

ANZIANI E DISABILI    Analisi del sistema socio-assistenziale piemontese e prospettive di sviluppo

# FONDAZIONE CRT

## ANZIANI E DISABILI

Analisi del sistema socio-assistenziale piemontese e prospettive di sviluppo

**FONDAZIONE ■ CRT**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI TORINO

# Anziani e disabili

Analisi del sistema socio-assistenziale piemontese  
e prospettive di sviluppo





## Presentazione

*Il settore socio-assistenziale piemontese rappresenta una concreta opportunità di studio e di investimento per le Fondazioni di origine bancaria che prendono sempre maggiormente in considerazione l'assistenza ad anziani e disabili come settore primario di intervento, destinandovi attenzione, progetti e risorse.*

*La presente ricerca, svolta in collaborazione con CRESAM (Centro di Ricerche Economiche Sociali Aziendali e Manageriali) e la Facoltà di Economia-Università di Torino, è promossa e finanziata dalla Fondazione CRT.*

*Essa propone una articolata analisi della domanda/offerta di servizi per gli anziani e per i disabili sul territorio piemontese finalizzata a:*

- 1) monitorare i servizi offerti e i correlati bisogni;*
- 2) verificare la coerenza con le esigenze del territorio delle attività di erogazione della Fondazione CRT nel settore di riferimento;*
- 3) definire un articolato e coerente sistema quali-quantitativo di valutazione delle performance, individuando le variabili fondamentali di riferimento;*
- 4) proporre spunti interpretativi e proposte migliorative per la definizione di efficienti ed efficaci politiche di intervento, tenendo conto anche di quanto effettuato a livello internazionale e delle best practices.*

*Il lavoro, frutto di un'indagine capillare sul territorio, rappresenta, oltre che una fotografia dell'esistente, una ricerca della migliore strategia futura di pianificazione delle attività nel settore.*

Andrea Comba  
*Presidente Fondazione CRT*

Gaetano Golinelli  
*Presidente CRESAM*



## GRUPPO DI LAVORO

Prof. Giuseppe Tardivo (Coordinatore)

*Ordinario di Economia e direzione delle imprese - Università degli Studi di Torino  
Segretario Generale CRESAM*

Prof.ssa Milena Viassone

*Professore Aggregato di Economia e direzione delle imprese - Università degli Studi di Torino*

Prof. Eraldo Olivetta,

*Professore Incaricato di Scienze sociali - Università degli Studi di Torino*

Dottorandi in Economia aziendale

*Università degli Studi di Torino*

Dott Simone Cimino

*Chairman & C.E.O. della Società di Gestione del Risparmio Cape Natixis - Milano*

Dott. Silvio Crudo

*Presidente del Consorzio Monviso Solidale - Fossano*

*La ricerca è stata coordinata dal Prof. Giuseppe Tardivo, Ordinario di Economia e direzione delle imprese-Università degli Studi di Torino, che ne ha curato l'iter logico-formale, elaborato la sintesi e supervisionato il contenuto. La stesura dei paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 è stata curata dalla Prof.ssa Milena Viassone. Il Prof. Eraldo Olivetta ha sviluppato i paragrafi 12 e 15. Il paragrafo 14 è stato curato dalla Fondazione CRT. Le proposte avanzate negli allegati 2 e 3 sono state formulate dal Dott. Simone Cimino, Chairman & C.E.O. della Società di Gestione del Risparmio Cape Natixis. La realizzazione delle interviste agli utenti anziani e disabili è stata agevolata dalla preziosa opera del Dott. Silvio Crudo, Presidente del Consorzio Monviso Solidale di Fossano. Le interviste sono state effettuate dai Dottorandi in Economia aziendale dell'Università degli Studi di Torino.*

# Indice

	Pag.
NOTA METODOLOGICA	I
1. LA DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELL'OFFERTA DI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI PIEMONTESI	1
1.1. DISTRIBUZIONE ENTI GESTORI PER PROVINCIA	1
1.2. DISTRIBUZIONE ENTI GESTORI PER COMUNE	1
1.3. DISTRIBUZIONE PRESIDI	3
1.4. DISTRIBUZIONE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO	3
2. VECCHIAIA E DISABILITÀ: COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE	4
2.1. VECCHIAIA	4
2.2. PERSONE DISABILI	5
3. TIPOLOGIA DI SERVIZIO	6
4. PATENTI DI DISABILITÀ	9
5. TIPOLOGIA DI UTENTE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI	9
5.1. UTENTI ANZIANI IN PIEMONTE	10
5.2. UTENTI DISABILI IN PIEMONTE	10
6. PERSONALE	11
7. LE COOPERATIVE SOCIALI	12
8. IL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE: ANALISI COMPARATIVA CON REGIONI ITALIANE ED ESTERE	13
9. VERSO UN MODELLO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DEL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE PIEMONTESE: LO SCHEMA DI RIFERIMENTO	14
10. IL LIVELLO DI APPRENDIMENTO DEL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE PIEMONTESE	15
10.1. INDICATORI DEL PERSONALE	16
A) COMPOSIZIONE DEL PERSONALE	16
B) FORMAZIONE	16

	Pag.
10.2. <i>INNOVAZIONE</i>	19
11. <i>PROSPETTIVA ECONOMICO-FINANZIARIA</i>	20
A) <i>CLIENTI</i>	21
B) <i>PERSONALE</i>	21
C) <i>COLLETTIVITÀ</i>	22
D) <i>FORNITORI</i>	22
E) <i>FINANZIATORI</i>	23
F) <i>IMMOBILI</i>	24
12. <i>IL BISOGNO DEGLI ANZIANI: UN'INDAGINE SOCIOLOGICA (EXECUTIVE SUMMARY)</i>	27
13. <i>CONGIUNTURA 2007-2008</i>	29
14. <i>IL CONTRIBUTO DELLA FONDAZIONE CRT IN AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE</i>	31
15. <i>SPUNTI DI RIFLESSIONE</i>	32
ALLEGATO 1. <i>CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI</i>	37
ALLEGATO 2. <i>LA STRUTTURAZIONE DI UN FONDO IMMOBILIARE PROMOSSO DA     FONDAZIONE CRT</i>	39
ALLEGATO 3. <i>IL PROCESSO OPERATIVO DELLA POLIZZA DOMANI SERENO</i>	40



## Nota metodologica

*Il tema della misurazione delle performance del sistema socio assistenziale ha assunto un ruolo di rilievo nel dibattito economico internazionale dell'ultimo decennio.*

*Nasce da queste considerazioni l'esigenza di effettuare un'analisi dettagliata delle principali componenti della domanda e dell'offerta del sistema socio-assistenziale piemontese, individuandone i principali punti di forza e di debolezza, al fine di delineare politiche di governo e possibili linee d'azione strategiche veramente efficaci e capaci di promuovere lo sviluppo del sistema nel territorio piemontese.*

*L'obiettivo di questo lavoro consiste nella costruzione di un modello descrittivo, prescrittivo e comparativo di analisi delle performance del sistema socio assistenziale capace, da un lato, di dare enfasi al ruolo che ogni driver gioca nella sua determinazione e, dall'altro, di permettere una comparazione tra diverse aree.*

*A tal fine è stata predisposta un'indagine nel periodo febbraio-luglio 2009 che ha coinvolto due differenti macrogruppi di stakeholder privilegiati: erogatori dei servizi socio-assistenziali (suddivisi a loro volta tra enti gestori e responsabili dei presidi) e utenti (classificati in anziani e disabili).*

*Le differenti categorie di stakeholder sono state approcciate con due diversi strumenti; mentre agli erogatori del servizio è stata rivolta un'intervista semi-strutturata, per gli utenti si è optato per l'intervista in profondità con la quale è stato possibile cogliere l'essenza del pensiero degli intervistati attraverso lo studio, oltre di ciò che è stato spontaneamente dichiarato, delle modalità con cui tali opinioni sono state condivise, della convinzione che le ha accompagnate e degli atteggiamenti assunti dall'intervistato nei confronti delle differenti variabili studiate.*

*L'indagine è stata condotta presso una popolazione composta da 20 erogatori dei servizi, selezionati in base alla distribuzione dell'offerta di servizi socio-assistenziali tra le province piemontesi, alla numerosità dell'utenza e alla tipologia di servizi offerti e da 63 utenti (53 anziani e 10 disabili) diversificati per provincia, età e status.*

*La prima parte del lavoro si basa su un'analisi desk svolta principalmente su dati forniti dalla Regione Piemonte<sup>1</sup>, volta a delineare le principali caratteristiche dell'utenza e dei servizi socio-assistenziali erogati sul territorio piemontese.*

*In un secondo step si è proceduto alla realizzazione di un modello di valutazione delle performance del sistema socio-assistenziale piemontese comprensivo dei seguenti elementi di analisi: indicatori del personale (composizione e formazione), innovazione, aspetti economico-finanziari (relativi a clienti, personale, collettività, fornitori, finanziatori ed immobili) .*

*La ricerca sviluppa successivamente un'analisi di tipo sociologico volta a studiare i problemi quotidiani di utenti disabili e anziani, al fine di migliorare le politiche sociali di intervento nei confronti di questi ultimi.*

*La fase conclusiva entra nel merito delle azioni propositive, suggerite da stakeholder privilegiati attraverso un focus group, che ha permesso di giungere alla formulazione di importanti proposte, scaturite non solo dalla sintesi dell'indagine svolta, quanto piuttosto dall'esplicitazione di una comune chiave di lettura.*

<sup>1</sup> I dati utilizzati nella ricerca fanno riferimento all'anno 2006

# Anziani e disabili

## Analisi del sistema socio-assistenziale piemontese e prospettive di sviluppo

### **1. La distribuzione geografica dell'offerta di servizi socio-assistenziali piemontesi**

#### *1.1. Distribuzione enti gestori per provincia*

Il compito principale dell'Ente gestore consiste nel fornire al cittadino le prestazioni socio-assistenziali informandolo adeguatamente sui servizi attivati.

La distribuzione degli enti gestori per provincia corrisponde in buona parte alla distribuzione della popolazione regionale con 23 enti nella provincia di Torino, 9 nel Cuneese, 7 nella provincia di Novara, 7 nella provincia di Alessandria, 5 nella provincia di Vercelli, 3 nelle province di Asti e Verbania e 2 nel Biellese.

#### *1.2. Distribuzione enti gestori per comune*

L'assetto organizzativo con cui le amministrazioni comunali gestiscono gli interventi e i servizi sociali è regolato da diversi provvedimenti legislativi sia a livello nazionale sia regionale.

Le principali funzioni assegnate al comune riguardano gli interventi sociali svolti a livello locale e la programmazione regionale, con particolare riferimento all'elaborazione di proposte per la definizione del piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

La distribuzione degli enti gestori in Piemonte può essere così sintetizzata:

**TAVOLA 1. DISTRIBUZIONE ENTI GESTORI PER PROVINCIA**

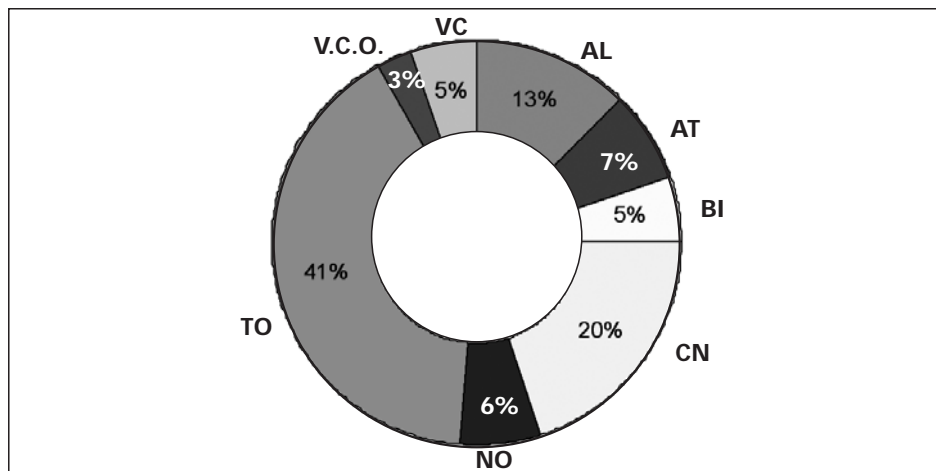
ENTE GESTORE	PROV.	ENTE GESTORE	PROV.
C.I.S.S.A.C.A. ALESSANDRIA	AL	C.I.S.S.A.PIANEZZA	TO
C.I.S.S. VALENZA	AL	C.I.S. CIRIE'	TO
C.I.S.A. TORTONA	AL	C.I.S.S.P. SETTIMO TORINESE	TO
CONSOZIO NOVI LIGURE	AL	C.I.S.A. GASSINO TORINESE	TO
CONSORZIO OVADA	AL	C.I.S. CHIERI	TO
A.S.L.21 CASALE MOFERRATO	AL	C.I.S.A. 31 CARMAGNOLA	TO
COM.MONTANE CONV. PONZONE	AL	C.I.S.S.A. MONCALIERI	TO
COMUNE DI ASTI	AT	C.I.S.A. NICHELINO	TO
CO.GE.SA ASTI	AT		
C.I.S.A NIZZA MONFERRATO	AT	COMUNITA' MONTANA GIAVENO	TO
I.R.I.S. BIELLA	BI	CON ISA SUSA	TO
CISSABO COSSATO	BI	COMUNITA' MONT. COM. CONV. CERES	TO
CONSORZIO DRONERO	CN	C.I.S.S. 38 COURGNE'	TO
CONS.MONVISO SOLIDALE FOSSANO	CN	C.I.S.S. CHIVASSO	TO
C.S.S.M MONDOVI'	CN	C.I.S.S.-A.C. CALUSO	TO
COMUNITA' MONTANA CEVA	CN	COMUNITA' MONTANA PEROSA ARG	TO
CONSORZIO ALBA	CN	COMUNITA' MONTANA TORRE PELLICE	TO
COMUNITA' MONTANA BOSSOLASCO	CN	C.I. DI S. ORBASSANO	TO
CONS. INT.ES.A BRA	CN	C.I.S.S.PINEROLO	TO
CONSORZIO CUNEO	CN	ASL 10 PINEROLO- SESTRIERE	TO
COM MONTANA CONV. ROBILANTE	CN	CONS.IN RE.TE IVREA	TO
COMUNI CONVENZIONATI VERCELLI	VC	CONSORZIO DEL VERBANO VERBANIA	VB
COM. CONVENZ. GHEMME, SIZZANO, MAGGIORA, BOCA	NO	C.I.S.S.PALLANZENO	VB
COMUNE DI NOVARA	NO	CONSORZIO OMEGNA	VB
C.I.S.A.S CASTELLETTO S. TICINO	NO	COMUNI CONVENZIONATI VERCELLI	VC
CONS. SERV. SOCIO ASS. C.I.S.A. 24 BIANDRATE	NO	C.I.S.A.A.SANTHIA'	VC
CONS. SERV. SOCIO ASS. OVEST TICINO-ROMENTINO	NO	COMUNITA' MONT. CONV. VARALLO	VC
COMUNI CONVENZIONATI ARONA	NO	COMUNI CONVENZ. BORGOSIESA	VC
CONS. SERVIZI SOCIO-ASS. C.I.S.S. BORGOMANERO	NO	C.A.S.A. GATTINARA	VC

Fonte: Regione Piemonte, (2008), sito: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/dwd/numeri2008.pdf>

### 1.3. Distribuzione presidi

Il maggior numero di presidi è presente nelle province di Torino (41%) e di Cuneo (20%) dove vive la maggior parte della popolazione piemontese; valori molto elevati sono presenti anche nelle province di Alessandria e Asti, le quali presentano il tasso di vecchiaia più elevato. A livello regionale i presidi per anziani rappresentano l'85% del totale con punte rilevanti nelle province di Novara, Vercelli e Asti. Con riferimento alla categoria di utenza anziana, la percentuale maggiore è autosufficiente anche se una situazione opposta si presenta nelle province di Alessandria (1982 autosufficienti e 2126 non autosufficienti), Biella (732 autosufficienti e 1118 non autosufficienti), Novara (798 autosufficienti e 1200 non autosufficienti), Verbania (381 autosufficienti e 436 non autosufficienti) e Vercelli (611 autosufficienti e 613 non autosufficienti). Di seguito è riportata la distribuzione dei presidi per provincia:

**Figura 1. Distribuzione presidi per provincia**



Fonte: Elaborazione propria su dati Regione Piemonte, 2006

La classificazione nazionale e regionale delle strutture residenziali è specificata in dettaglio nell'allegato 1.

### 1.4. Distribuzione organizzazioni di volontariato

Il Piemonte è caratterizzato da un'antica tradizione di presenza del volontariato testimoniata dalle oltre 2100 organizzazioni operanti a favore delle svariate categorie di utenza. La distribuzione delle organizzazioni di volontariato per

provincia mostra la percentuale più cospicua nel torinese (42,87%) e quella più ridotta nel Verbano Cusio Ossola (2,81%). Il numero maggiore di organizzazioni di volontariato è registrato nei settori tradizionali del Welfare, ovvero quello socio-assistenziale e sanitario, che riguardano circa 64 unità su 100. Da un confronto interprovinciale emerge il primato della provincia biellese nei settori del welfare, in particolare per il socio-assistenziale e quello del verbanese limitatamente al sanitario, mentre la provincia di Torino si distingue per le attività di “tutela e di promozione dei diritti” e, insieme all’astigiano, per la diffusione di OdV dedite alla promozione della donazione del sangue e di organi.<sup>2</sup>

## **2. Vecchiaia e disabilità: composizione della popolazione piemontese**

### **2.1. Vecchiaia**

La popolazione piemontese ammonta a 4.401.266 abitanti ed è caratterizzata da valori molto elevati nella provincia di Torino (2.277.686 abitanti) seguita, seppur a distanza, dalle province di Cuneo (580.513 abitanti) e di Alessandria (435.891 abitanti). L’indice medio regionale di vecchiaia, che mette in rapporto il numero di anziani con quello dei ragazzi minori di 15 anni, risulta pari a 180,1 cioè a quasi due anziani per ragazzo; vi sono poi situazioni limite, quali la provincia di Alessandria, l’area con la struttura per età tra le meno equilibrate al mondo, con un indice di vecchiaia corrispondente a 235,6, seguita a ruota da Vercelli (211,6). Con riferimento a tale indice, i valori della provincia di Cuneo (163,3) sono significativamente più bassi dei corrispettivi delle altre province e di quelli regionali. L’allarmante livello di vecchiaia che caratterizza la popolazione delle province piemontesi è da attribuirsi, in particolare, a un incremento delle nascite pressoché nullo correlato ad un già ridotto tasso di natalità e ad un incremento dell’età media corrispondente a 45 anni per il Piemonte, con picchi nelle province di Alessandria (46,7) e di Vercelli (45,8). Secondo le previsioni regionali, con riferimento all’età anagrafica, si evince come il progressivo invecchiamento della popolazione persisterà anche nei prossimi anni con probabili ricadute sociali ed economiche: le nascite continueranno incessantemente a ridursi mentre tenderanno ad aumentare le morti; questo comporterà un calo molto accentuato del saldo naturale.

<sup>2</sup> Regione Piemonte, (2007), *Il volontariato in Piemonte*, p.28. Consultabile sul sito: [http://www.regione.piemonte.it/polsoc/volonta/dwd/vol\\_piem07.pdf](http://www.regione.piemonte.it/polsoc/volonta/dwd/vol_piem07.pdf)

## 2.2. Persone disabili

Per disabilità si intende qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità si riferisce in particolare a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che, per generale consenso, costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno<sup>3</sup>. Il livello di disabilità in Piemonte cresce al crescere delle fasce d'età: si passa infatti dall'1,2% di disabili in età compresa tra gli 0 e i 14 anni al 49,6% di disabili con un'età superiore agli 80 anni. Le principali tipologie di disabilità sono: confinamento, ovvero costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana consistenti nella completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, difficoltà nel movimento, ovvero problemi nel camminare, impossibilità nel salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, di chinarsi per raccogliere oggetti ed infine difficoltà della comunicazione ovvero limitazioni nel sentire, nel vedere e difficoltà nella parola. La tipologia di disabilità maggiormente presente è quella per funzioni, con valori molto accentuati per le femmine (4 per 100 persone della stessa classe di età) rispetto ai maschi (2,1 per 100 persone della stessa classe di età), mentre valori molto più ridotti si riscontrano nelle disabilità comunicative (2,1 per 100 persone della stessa classe di età). Le donne presentano un grado di disabilità decisamente maggiore in tutte le tipologie, raddoppiando il valore presentato per gli uomini. La ripartizione delle persone disabili per provincia è profondamente influenzata dalle caratteristiche demografiche caratterizzanti il quadro regionale. La provincia di Torino accoglie più della metà (55%) delle persone disabili ed è giustificabile con la predominanza della popolazione residente in tale provincia, oltre che con la vasta gamma di servizi offerti a questa tipologia di utenza. Al secondo posto, si posiziona la provincia di Cuneo che ospita il 14% di disabili seguita a ruota da quella di Alessandria (11%). Biella (3%), Novara (6%) e Verbania (2%) registrano invece un ridotto livello di disabilità. Nell'intera regione la percentuale maggiore di disabili è anziana (60,62%).

<sup>3</sup> Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali & ISTAT, *Disabilità in cifre*, consultabile sul sito: <http://www.disabilitaincifre.it/documenti/concettodisabilita.asp>

### 3. Tipologia di servizio

I servizi socio-assistenziali erogati in Piemonte sono:

*Assistenza domiciliare:* l'insieme di tutte quelle prestazioni di aiuto per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona nella propria abitazione, compreso il governo della casa e, ove necessario, per consentire l'accesso ai servizi territoriali.

*Assistenza economica:* interventi finalizzati a sostenere redditi che temporaneamente o stabilmente risultino insufficienti a garantire il raggiungimento o il mantenimento di un livello di vita in grado di evitare l'instaurarsi di processi di emarginazione.

*Assistenza socio educativa,* caratterizzata da interventi di sostegno rivolto ai soggetti a rischio di emarginazione, mediante attività di tipo educativo mirate al raggiungimento o mantenimento della massima autonomia personale.

*Attività istruttorie per minori incapaci:* attività professionali a favore di persone in situazioni di pregiudizio che necessitino di interventi di tutela, nei rapporti con le Autorità Giudiziarie.

*Cure domiciliari:* modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato.

*Inserimento in centro diurno:* si rivolge in particolare ai minori che si trovano in difficoltà nel proprio ambiente di vita, alle persone disabili di età superiore ai 14 anni, agli anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

*Inserimento in presidio:* ricomprende quelle azioni di aiuto effettuate nel periodo che trascorre dal momento dell'inserimento nel nuovo contesto abitativo al momento in cui si considera ultimata la fase di verifica dell'idoneità della nuova condizione abitativa.

*Interventi economici a sostegno della domiciliarità:* si inseriscono all'interno di un progetto individuale integrato di assistenza sanitaria e sociale, erogata a domicilio e si suddividono in buoni famiglia, assegni di cura e buoni servizio.

*Interventi complementari all'assistenza domiciliare:* sono considerate forme di prestazioni complementari il servizio lavanderia, la consegna di pasti caldi, i centri diurni.

*Interventi di tutela curatale, amm. di sostegno:* la Regione Piemonte, con propria L.R. 01/2004, ha previsto l'istituzione, in ogni Provincia, di un Ufficio Provinciale di Pubblica Tutela, con compiti di sostegno alle persone in difficoltà, con particolare riferimento alle tutele, alle curatele ed alle amministrazioni

di sostegno, in necessario coordinamento con gli Uffici Giudiziari competenti e con le altre amministrazioni pubbliche che intervengono in materia, in particolare gli Enti gestori di interventi e servizi sociali, e secondo gli indirizzi ricevuti dalla stessa Regione Piemonte.

*Integrazione rette:* la Giunta regionale ha introdotto i criteri omogenei a cui i Comuni e gli enti gestori dovranno fare riferimento nella valutazione degli anziani non autosufficienti ricoverati in struttura a cui spetta la cosiddetta "integrazione della retta socio-assistenziale". Attraverso questi nuovi criteri verrà tenuta in considerazione soltanto la situazione economica dell'utente e non più di quella del suo nucleo familiare.

*Residenza temporanea:* la residenza temporanea costituisce un servizio socio-assistenziale importante al fine dell'inserimento sociale di alcune particolari classi di utenza.

*Servizio sociale professionale:* con tale termine la Regione Piemonte identifica la figura professionale di assistente sociale, il quale rivolge i propri servizi a soggetti singoli, ai nuclei familiari e a gruppi di cittadini, ad associazioni e, più in generale, ad agenzie pubbliche e private. In particolar modo tali interventi sono finalizzati a promuovere l'autonomia delle persone e si concretizzano attraverso azioni ed interventi mirati a promuovere, accompagnare e sostenere un percorso di aiuto definito attraverso un progetto che intende affrontare eventi e condizioni critiche, che potrebbero ostacolare la massima valorizzazione delle potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali ed essere causa di disagio ed emarginazione sociale.

*Telesoccorso:* il telesoccorso, eventualmente affiancato da una funzione di telecontrollo è un servizio finalizzato a favorire il permanere delle persone nel proprio domicilio fornendo loro una condizione di maggiore sicurezza grazie alla possibilità di pronta risposta per mezzo di un apparecchio telefonico collegato ad una centrale operativa attiva 24 ore su 24 e per tutti i giorni dell'anno<sup>4</sup>.

I servizi socio-assistenziali che raggruppano l'utenza maggiore sono il servizio sociale professionale (36%), le attività per UGV (Unità di Valutazione Geriatrica), UHV (Unità di Valutazione per l'handicap) e abusi (9%) e l'assistenza economica (8%). Le attività con il minor numero di utenti risultano i prestiti sull'onore, la residenzialità temporanea e gli interventi di mediazione familiare. L'erogazione all'utenza anziana e disabile di tali servizi suddivisi per provincia è rappresentata nelle tabb. 1 e 2.

<sup>4</sup> <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/telesoc.htm>

## 4. Patenti di disabilità

Le speciali patenti di disabilità sono particolarmente diffuse nella provincia di Cuneo (35 su 1000 abitanti), nel Torinese (30 su 1000 abitanti) e nella provincia di Vercelli (28 patenti ogni 1000 abitanti). Con riferimento al genere, è possibile rilevare una netta predominanza di uomini disabili in possesso di una patente speciale, con valori particolarmente accentuati nelle province di Asti, dove l'80% dei disabili in possesso di una patente speciale appartiene al genere maschile. Gli esami sostenuti per l'ottenimento di tali patenti sono 1019, con una percentuale di respinti pari al 25%. La percentuale maggiore di respinti si riscontra nelle province di Torino (30%), Novara (25%) e Biella (25%) ma solo nella prima il dato provinciale supera quello regionale. Il record di idonei si riscontra in provincia di Vercelli (86%) che supera di 11 punti percentuali il dato regionale.

## 5. Tipologia di utenti dei servizi socio-assistenziali

La regione Piemonte, con 152.207 utenti, conferma un incremento di 14.950 utenti rispetto al 2005. La provincia con il maggiore numero di utenti di servizi socio assistenziali su base regionale risulta essere Torino, seguita da Cuneo e Novara. In posizioni più arretrate si collocano i dipartimenti di Alessandria, Vercelli e Biella, con Asti e Verbania come fanalini di coda. In particolare si osserva come il 3,45% della popolazione regionale faccia uso di servizi socio assistenziali, messi a disposizione da ciascuna provincia. La sintesi regionale individua come principali utenti dei servizi socio assistenziali del Piemonte gli adulti non disabili, seguiti da minori non disabili, anziani non autosufficienti, anziani autosufficienti, adulti disabili e infine dai minori disabili. La tendenza regionale trova corrispondenza anche nelle singole province per quanto riguarda Biella, Cuneo, Novara, Torino, Verbania e Vercelli, mentre risulta essere significativamente diversa per quanto riguarda la provincia di Alessandria e di Asti. Nell'Alessandrino la fetta maggiore di utenti è rappresentata da *minori non disabili* (28%) e da *anziani non autosufficienti* (27%), contro il solo 17,7% rappresentato dagli *adulti non disabili*. Nell'astigiano la distribuzione risulta avere caratteristiche ancora diverse in quanto il primato di utenza spetta per il 32,1% agli *anziani non autosufficienti*.

### 5.1. Utenti anziani in Piemonte

La ricerca mostra come l'ingente peso percentuale dell'utenza anziana sul totale sia il denominatore comune di tutte le province piemontesi, raggiungendo livelli molto elevati nelle province di Asti e di Alessandria con il 44% e il 41% rispettivamente. Nel 2008 gli ultra sessantacinquenni in Piemonte, sono pari al 23% dell'intera popolazione regionale. Con riferimento al grado di autosufficienza dell'utente anziano piemontese si può notare la presenza in 6 province su 8 di una percentuale maggiore di utenza non autosufficiente. Il numero totale di presidi radicati sul territorio piemontese è di 1152 per un'utenza di 29.451 anziani. Le province con un indice medio al di sopra del valore regionale (25,57 utenti per presidio) sono Asti, Cuneo, Biella, Alessandria e Novara. Il dato può essere interpretato con la presenza in quell'area di pochi presidi ad elevata capienza oppure di presidi strutturalmente più grandi o con prestazioni qualitativamente migliori a fronte di investimenti maggiori che conducano il servizio ad essere il più utilizzato tra quelli offerti dallo stesso territorio. Alcune delle province con indice medio elevato (Alessandria, Asti, Cuneo) risultano avere una maggiore percentuale di anziani non autosufficienti.

### 5.2. Utenti disabili in Piemonte

Seguendo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per "disabilità" si intende *"qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano ponendola in una condizione di svantaggio nei fattori socioculturali"*. La ricerca rivela la netta corrispondenza tra la percentuale di utenti disabili di ciascuna provincia, su base regionale, con i corrispondenti livelli demografici. Torino infatti detiene il 54% dell'utenza regionale, mentre le altre Province si spartiscono il restante 46%. Con riferimento all'analisi sulla tipologia di disabile che usufruisce maggiormente dei servizi socio assistenziali, in 7 province su 8 si registra la percentuale maggiore tra i *disabili anziani non autosufficienti*, alle quali possiamo aggiungere anche Torino se consideriamo insignificante lo scostamento con l'utente *disabile adulto* pari soltanto allo 0,3%. Tutte le province hanno però un denominatore comune: il *minore disabile* rappresenta la categoria di utenza che utilizza in misura più ridotta i servizi. Questo dato ha tre principali giustificazioni: per il minore disabile i servizi alla persona vengono svolti principalmente dai familiari, la propensione della Regione e di ciascuna Provincia a sostenere la domiciliazione del disabile a causa della maggiore onerosità dei servizi residenziali o semi-residenziali che gravano sulle spese degli Enti gestori e quindi sulle casse della Pubblica amministrazione regionale, una maggiore e più efficiente offerta assi-

stenziale verso le necessità di una disabilità di tipo senile. L'82% degli ospiti disabili e non autosufficienti nei presidi residenziali socio assistenziali piemontesi sono infatti *anziani non autosufficienti*, di cui il 72,99% ultraottantenni. L'attenzione della Regione Piemonte è rivolta alla sperimentazione di specifici progetti quali "Progetto di Vita indipendente", volto a sostenere le persone portatrici di gravi disabilità motorie fra i 18 e i 64 anni, inserite in percorsi formativi o lavorativi, attivando interventi di aiuto atti a garantire l'indipendenza e l'integrazione sociale degli stessi e "Strutture per il dopo di noi", le quali si rivolgono ai disabili adulti che si ritrovano nella situazione in cui non possano più contare sugli affetti di coloro che li hanno accuditi fino quel momento.

## 6. Personale

Il Piemonte è connotato da una moderata presenza di personale all'interno del settore socio assistenziale con 10.390 operatori per i 152.207 utenti. Si può quindi contare un operatore ogni 14,6 utenti: tale proporzione non risulta omogeneamente distribuita in tutte le province. La provincia di Torino, con un operatore ogni 11,7 utenti mostra la densità di operatori maggiore, seguita da Verbania e Novara. La situazione più critica è presente in provincia di Asti dove si registra la presenza di un operatore ogni 33,29 utenti. Le diverse tipologie di operatore nel settore socio-assistenziale sono così distribuite sul territorio:

1. *L'Assistente Sociale*, maggiormente addensato nella provincia di Torino (un assistente sociale ogni 135 utenti). Questo dato risulta decisamente più positivo rispetto a quello regionale che conta un assistente sociale ogni 157 utenti. L'unica altra provincia con un'offerta maggiore rispetto a quella regionale risulta il VCO, con un assistente sociale ogni 141 utenti. La situazione peggiore è riscontrabile nelle province di Vercelli ed Alessandria (rapporto 1 a 254 e 1 a 228).
2. *L'ADEST-OSS* (Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari- Operatore Socio Sanitario), con un numero di utenti per ogni operatore molto inferiore rispetto a quello per assistente sociale: vi è un'ADEST-OSS ogni 36 utenti circa, con la concentrazione maggiore in provincia di Verbania (rapporto 1 a 28) e Torino (1 a 30). La situazione più critica è riscontrabile in provincia di Asti e questo vale per ogni tipologia di figura professionale, ponendo l'Astigiano in coda alla classifica regionale per numerosità di personale.

3. *l'Educatore professionale*, la cui numerosità di utenti per singolo operatore (1 educatore per 52 utenti) è decisamente superiore rispetto all'ADEST-OSS. Il maggior numero di educatori è presente in provincia di Torino, l'unica provincia con un dato migliore rispetto a quello piemontese, seguita nella classifica per densità dalla provincia di Verbania con un educatore ogni 66 utenti. Anche in questo caso il fanalino di coda risulta essere la provincia di Asti con 36 educatori (1 educatore ogni 142 utenti). Se poi si analizza il dato relativo alle ore annuali di ogni singola figura professionale per utente ci si trova nuovamente di fronte ad una presenza molto più intensa degli operatori Adest Oss (46 ore annuali per utente), seguita dalla figura professionale dell'educatore (32,67 ore annuali per utente) e dalla figura dell'assistente sociale (circa 10 ore). Per tutte le tre tipologie di operatore il maggior numero di ore per utente è offerto dalla provincia di Torino (12,27 ore per gli assistenti sociali; 52,24 per gli educatori; 55,55 per Adest Oss). Il minor numero di ore per utente è offerto dalla provincia di Vercelli con riferimento alle prime due figure professionali e dalla provincia di Asti con riferimento agli Adest Oss.

## 7. Le cooperative sociali

In Piemonte esistono due tipologie di cooperative: le cooperative sociali di tipo A, di più vecchia costituzione (anno di fondazione: 1966) e quelle di tipo B (anno di fondazione: 1979). Questo fornisce una spiegazione alla presenza decisamente più diffusa delle prime (216) rispetto alle seconde (162)<sup>5</sup>. In particolare, nel 2002 la compagine sociale conta circa 23.000 soci, di cui il 73% appartiene alle cooperative di tipo A. Gli occupati delle cooperative sociali ammontano a 20.508, di cui il 75% appartenenti alle cooperative del primo tipo. Il dato relativo alle due tipologie di cooperative è concentrato nella provincia di Torino, che rappresenta la metà della cooperazione sociale di tipo A in Piemonte e il 46% della cooperazione di tipo B. Con riferimento alla prima tipologia occorre rilevare che su 107 cooperative di questa provincia, 69 (il 65%) hanno sede legale nel capoluogo, 38 (il 35%) nelle altre città; al secondo posto si colloca la Provincia di Cuneo con una presenza pari al 13,4% e la provincia di Alessandria con il 10,6%. Con riferimento alla seconda tipologia, nel 2002 si registra la presenza di una cooperativa sociale di tipo B ogni 26.119

<sup>5</sup> Regione Piemonte, *La cooperazione sociale in Piemonte*, consultabile sul sito: <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/cooperaz/dwd/public/intro.pdf>

abitanti, ovvero 4 cooperative ogni 100.000 abitanti. Le tipologie di utenti più frequenti delle cooperative di tipo A risultano i minori, seguiti dagli anziani, mentre per le cooperative di tipo B 2041 sono lavoratori svantaggiati, assunti con regolare rapporto di lavoro.

## 8. Il servizio socio-assistenziale: analisi comparativa con regioni italiane ed estere

La sempre crescente esigenza di processi di monitoraggio del settore socio assistenziale conduce la nostra ricerca verso un raffronto costruttivo dei dati piemontesi con quelli di alcune regioni italiane *benchmark* (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto) e di realtà estere (Francia). La politica socio-assistenziale italiana è da sempre contraddistinta da una marcata frammentazione istituzionale. Le caratterizzazioni del *welfare* sociale delle regioni summenzionate sono riassunte nei seguenti indicatori:

- **Spesa sociale pro-capite a livello locale:** Questo indicatore esprime la forte eterogeneità presente a livello decentrato ed è rilevata dall'ultimo aggiornamento dei dati Istat 2008. Le Regioni che superano il valore medio regionale sono: Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto, Lazio, Sardegna, Liguria e Lombardia.
- **Offerta di servizi agli anziani:** tra le principali modalità di intervento a sostegno delle persone maggiori di 65 anni delle Regioni italiane assumono particolare rilievo l'assistenza domiciliare, cui è destinato il 37% della spesa (rivolta agli anziani) e i servizi residenziali, che assorbono complessivamente un altro 37% delle risorse dell'area. Occorre inoltre sottolineare come la Lombardia ed il Veneto presentino una spesa elevata con riferimento all'utenza anziana, mentre in Emilia Romagna ed in Piemonte l'area famiglia abbia assunto la maggior parte delle risorse finanziarie. In particolare il Piemonte si colloca in una posizione elevata con riferimento ai servizi di tipo residenziale ma in una posizione meno positiva con riferimento all'assistenza domiciliare. Le uniche regioni a presentare una situazione ottimale con riferimento ad entrambe le tipologie di servizio sono Veneto, Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia.
- **Servizi, contributi pubblici e qualità offerta:** con riferimento alle RSA è possibile notare come anche in questo caso il primato sia detenuto dalla Lombardia con 607 RSA; occorre però sottolineare come il maggior incremento tra il 2000 e il 2007 si registri in Emilia Romagna (428%) e in Piemonte

(331%). Con riferimento al minutaggio settimanale per singolo ospite appare evidente come Emilia Romagna e Veneto ricoprano le prime posizioni in classifica. Quest'ultima può vantare inoltre il contributo pubblico di maggior entità (46-52 euro per ospite a settimana). Al secondo posto troviamo la regione Piemonte con un contributo pubblico che oscilla tra i 34 e i 56,5 euro. La regione Veneto si distingue positivamente anche per l'incremento subito nel 2007 in termini di qualità (+1), posizionandosi seconda solo all'Emilia Romagna.

Risultati interessanti emergono infine dal confronto del sistema socio-assistenziale italiano con quello francese. In entrambe le nazioni la percentuale di popolazione anziana è particolarmente elevata, con una predominanza dell'Italia (18%) rispetto alla Francia (16%). Mentre la Francia conta il 6,10% di anziani in RSA, occupando l'ottava posizione a livello europeo, l'Italia si posiziona soltanto al sedicesimo posto con una percentuale di anziani in RSA pari al 2,70%. I due settori con il maggior peso in entrambe le nazioni sono quello della spesa sociale per gli anziani e quello della spesa sanitaria. Quest'ultima, in particolare, risulta, se confrontata con la media europea (7%), superiore alla media in Francia (7,4%). La spesa sociale, in entrambi i casi leggermente incrementata nel 2006 rispetto al 1999, è pari al 31,1% del PIL in Francia e al 26,4% del PIL in Italia. Occorre sottolineare con riferimento alla spesa sociale per anziani una netta predominanza dell'Italia rispetto alla Francia nell'intero periodo preso in considerazione (1999-2006). In Italia, la spesa sociale per l'anzianità ammonta a circa il 50% della spesa totale. Per motivi sia migratori, sia naturali, l'Italia è tra i Paesi con una percentuale di popolazione sopra i 60 anni molto elevata e ciò spiega la forte incidenza di questo settore rispetto agli altri. La Francia presenta invece una spesa sanitaria (7,40%) conforme alla media europea (7%). Per quanto riguarda la disabilità, l'Italia si colloca nelle ultime posizioni a livello europeo, destinando ad essa soltanto l'1,6% del PIL nel 2006. Tuttavia, rispetto all'Italia, la Francia spende in termini percentuali un ammontare ancora inferiore (1,2% del PIL).

## **9. Verso un modello di valutazione delle performance del sistema socio-assistenziale piemontese: lo schema di riferimento**

Gli *stakeholder* di riferimento della ricerca possono essere suddivisi in due differenti gruppi: i gestori dei presidi e i direttori degli enti gestori delle province piemontesi. Il campione è stato selezionato tenendo in considerazione la

distribuzione degli utenti e delle strutture ricettive, ma soprattutto la tipologia di utenza. Con riferimento ai primi si è proceduto alla somministrazione di un questionario articolato in 96 domande; per i secondi è invece stata effettuata un'intervista in profondità al fine di individuare i principali punti di eccellenza e di criticità caratterizzanti il sistema socio-assistenziale piemontese. La tipologia di organizzazione maggiormente presente sul territorio corrisponde all'IPAB (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza) (50%), mentre le Onlus, i Comuni e i Consorzi coprono ciascuno una percentuale pari all'11% del totale. Il numero di utenti medio per ogni presidio è pari a 103,57 con un valore minimo di 22 e un valore massimo di 211. La **tipologia di servizio offerto** risulta prevalentemente di tipo residenziale (89,4%), mentre solamente il 10,5% degli intervistati offre entrambi i servizi (residenziale e assistenziale). Le **principali figure professionali** che collaborano con le organizzazioni sono: il direttore sanitario, il coordinatore, il segretario, lo psicologo, l'infermiere professionale, l'operatore socio-sanitario, il fisioterapista, l'animatore. **Le principali attività che hanno impegnato nel 2008 gli enti intervistati** corrispondono a fornitura di ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali ad anziani autosufficienti e non, servizio emergenza abitativa, assistenza alla persona, animazione e continuità assistenziale, prelievi del sangue e progetti di continuità assistenziale dopo il ricovero, a scopo riabilitativo. Per l'intero anno 2009 i presidi dichiarano di rinnovare le medesime attività del 2008 e di potenziarne altre, quali tele cardiologia, collaborazione con scuole e altre strutture per l'infanzia per progetti a cadenza annuale a scopo sociale e implementazione del servizio skype per permettere la costante comunicazione tra ospiti e parenti lontani.

## 10. Il livello di apprendimento del sistema socio-assistenziale piemontese

La prospettiva dell'apprendimento e della crescita spiega come i beni intangibili concorrano alla realizzazione della strategia, intesa come descrizione delle modalità con le quali il sistema socio assistenziale intende creare valore per i propri utenti. L'incidenza di alcuni beni immateriali quali capitale umano, database, sistemi informativi, sistemi qualità, rapporti con i clienti, capacità di innovare rappresenta oggi circa il 75% del valore complessivo di ogni organizzazione.

## 10.1. Indicatori del personale

### A) Composizione del personale

I risultati dell'indagine mostrano come, in Piemonte il numero medio di dipendenti per singolo presidio sia pari a 37,5. Ad essi occorre sommare la preziosa attività dei volontari che supportano efficacemente l'attività dei dipendenti della struttura. Con riferimento al sesso, il personale dipendente presso le strutture erogatrici di servizi socio assistenziali è costituito prevalentemente da donne (dato medio: 88%), mentre solo per il 12% (dato medio) da uomini. La maggior parte dei dipendenti ha un **titolo di studio** di media inferiore (58%), seguito a ruota dai soggetti in possesso di un titolo di scuola media superiore (26%) mentre una percentuale irrilevante ha conseguito un titolo di studio pari o superiore alla laurea. Nel 90% dei casi **l'età media del personale** è compresa tra i 31 e i 60 anni. Soltanto il 10% appartiene alla fascia di età compresa tra i 21 e i 30 anni. Il 100% degli intervistati ha dichiarato l'effettiva possibilità di effettuare attività di tirocinio/stage all'interno dell'organizzazione. A questi occorre aggiungere coloro che svolgono il servizio civile. Mediamente il numero annuale di stage/tirocini offerti risulta pari a 6. Le ore medie settimanali di lavoro procapite ammontano a 33,3 per i lavoratori dipendenti. Le **principali problematiche** riscontrate con riferimento al personale possono essere identificate:

- nel forte *turnover*, nel caso di servizi esternalizzati;
- nella demotivazione degli operatori collegata al forte carico emotivo che i servizi a favore di persone deboli determinano nel corso della vita professionale;
- nella necessità di un maggior numero di assistenti sociali;
- nella lunga lista di attesa di persone che richiedono servizi domiciliari e semi-residenziali;
- nell'esigenza per molti consorzi di una sede unica;
- nella necessità di esternalizzare una parte del servizio, in particolar modo quello domiciliare, riducendo il personale trasferito alle cooperative al fine di contenere gli elevati costi.

### B) Formazione

**Il numero medio di ore di formazione** in cui è stato coinvolto il personale è pari a 22,825. **Le principali aree su cui si è concentrata la formazione** del personale sono:

*Formazione annuale in tema di sicurezza D.Lgs. 81/08.* Obiettivi: promuovere

un aggiornamento annuale in materia di sicurezza a cui si aggiunge la consegna del libretto "Guida pratica per il lavoratore" e il questionario di apprendimento ai sensi del Testo Unico 81/08.

*Corso di formazione ai preposti D.Lgs. 81/08.* Obiettivi: trasmettere conoscenze utili affinché i preposti aumentino la propria consapevolezza relativamente al ruolo conferitogli dal D.Lgs. 81/08 di "sensori per la sicurezza", fornendo loro il bagaglio di competenze necessarie per poter vigilare, sovrintendere e verificare l'osservanza da parte dei lavoratori delle disposizioni normative, delle procedure di lavoro in sicurezza e gestione delle emergenze.

*Corso Antincendio Alto Rischio D.Lgs. 81/08.* Obiettivi: acquisire le competenze necessarie per la gestione di un'emergenza incendio ai sensi del Testo Unico 81/08, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi di estinzione disponibili.

*Esame Antincendio VVFF.* Obiettivi: conseguire l'attestato di idoneità tecnica per l'espletamento dell'incarico di "addetto antincendio" ai sensi del Testo Unico 81/08.

*Corso di Primo Soccorso (BLS) D.Lgs. 81/08.* Obiettivi: acquisire le competenze necessarie per gestire un'emergenza sanitaria, in caso di incidente o malore, o informare in modo accurato i soccorritori esterni specializzati ai sensi del D.M. n. 388/03 e del Testo Unico 81/08.

*Formazione/aggiornamento annuale sul "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Lg. 196/03).* Obiettivi: formare tutto il personale rispetto alla normativa riferita alla protezione dei dati personali e fornire indicazioni operative rispetto al loro trattamento nel normale svolgimento dell'attività lavorativa.

*Formazione annuale sul "Sistema Qualità ISO 9000".* Obiettivi: formare tutto il personale rispetto alle procedure di qualità in uso all'interno delle strutture afferenti alla Cooperativa e fornire aggiornamenti in occasione dell'introduzione di nuove procedure e/o modulistica.

**Le tematiche affrontate all'interno dei corsi formativi necessitano però di una costante opera di aggiornamento**, soprattutto considerati i numerosi cambiamenti che hanno coinvolto il sistema socio-assistenziale negli ultimi anni (es. *la legge 328, le commissioni di valutazione per l'handicap e l'anziano, la deliberazione della Giunta regionale n. 17*). In questo scenario di cambiamento il **livello di formazione** delle organizzazioni risulta nel complesso sufficiente ma in futuro la situazione potrebbe mutare radicalmente a causa dei tagli ai finanziamenti e di un cambiamento della destinazione degli stessi ad altre attività. Nonostante i buoni risultati presenti in ambito formativo, la strada da percorrere è ancora lunga; nel 35,3% dei presidi si è riscontrato un bisogno formativo alto, mentre nel 64,7% un bisogno formativo medio. In questo

contesto occorre sottolineare l'esistenza di alcuni **elementi di criticità, che necessiterebbero di maggiori e più approfonditi programmi formativi:**

-gli *aspetti emotivi della professione*, consistenti nel contatto continuativo con dolore e lutto;

- la *difficoltà di lavorare in rete tra operatori di enti diversi*;
- le *figure professionali all'interno dei vari consorzi risultano solo qualitativamente sufficienti* a coprire il bisogno territoriale;
- il *percorso di unificazione nell'operatore socio-sanitario*, precedentemente distinto in operatore tecnico di assistenza e assistente domiciliare ai servizi *ha evidenziato l'esigenza di completare il percorso formativo con ulteriori elementi di qualificazione sul versante sanitario*;
- la *ridotta importanza attribuita ai consorzi rispetto al ruolo che rivestono*;
- la *carenza del personale di animazione, della figura del mediatore culturale e dell'OSS*;
- la *necessità di inserire la figura professionale dello psicologo di territorio*;
- la *necessità della formazione sulla sicurezza*: occorre infatti rilevare che l'85,39% di dipendenti ha seguito corsi di formazione in tale ambito. Con riferimento alla valorizzazione del personale è interessante notare come il 77,6% di dipendenti sia sottoposto a valutazione delle performance o a programmi di sviluppo. I presidi nei quali sono state condotte le interviste prevedono mediamente 3 incontri al mese per la comunicazione interna;
- rilevanti *carenze formative nell'ambito amministrativo, in cui l'aggiornamento non è attualmente sufficiente*. Si cerca di rispondere a questa carenza con programmi formativi finanziati con fondi propri. Con riferimento all'aspetto più prettamente economico il costo medio di formazione ammonta a 4.977,6 euro, mentre il costo totale medio del personale a 598.670,33 euro;
- *i fondi, a livello provinciale sono insufficienti a coprire l'effettiva necessità di formazione del personale assistenziale* destinato ai disabili e agli anziani poiché devono finanziare e coprire l'aggiornamento di tutte le figure professionali.

Con riferimento all'**organizzazione dei programmi formativi** si può notare una situazione alquanto differenziata tra i consorzi: alcuni enti gestori, infatti, hanno al proprio interno un'agenzia formativa mentre altri delegano questa attività all'esterno, sopportando oneri molto più elevati. Nella maggior parte dei casi l'ente decide di esternalizzare i corsi di formazione e nel 90% dei casi questi corsi sono finanziati con risorse provinciali. Con specifico riferimento alla

**comunicazione** il numero medio di segnalazioni o suggerimenti mensili ricevuti dai dipendenti è pari a 9. Più che a nuove figure professionali l'attenzione è posta dunque verso la loro valorizzazione.

## 10.2. Innovazione

Il 79% della popolazione intervistata ha dichiarato di aver introdotto, negli ultimi 5 anni, innovazioni di prodotto e/o di processo, che hanno migliorato l'efficienza economica, l'efficacia e/o la qualità per gli utenti. Di seguito sono riportati i **principali ambiti di intervento**:

- attivazione con i fondi regionali di *buoni famiglia* o assegni di cura;
- attivazione di una forma di *convivenza guidata* dove in comuni alloggi sono state inserite più persone anziane autosufficienti alle quali è stato fornito un semplice supporto assistenziale;
- ingenti investimenti sull'utente anziano non autosufficiente. In particolare è stato inaugurato a Cuneo nel 2009 un *nuovo centro per l'Alzheimer*;
- attivazione, per quanto riguarda i servizi ai disabili, di un *servizio di supporto alle famiglie dell'utente*, consistente nella possibilità da parte di queste ultime di affidare il parente in custodia agli operatori il sabato al fine di potersi concedere una giornata libera ogni settimana.
- *attivazione dell'accesso diretto all'anagrafe e ai dati inps, di un servizio di protocollo informatizzato, della ragioneria e della fatturazione automatizzate.*
- *predisposizione di un centralino unico situato nella sede centrale* in cui convogliare tutte le telefonate, in sostituzione di telefoni diversi da zona a zona.
- *introduzione di nuovi servizi ed azioni sempre più integrate con i servizi sanitari, scolastici e l'associazionismo locale.*
- *riordino, da parte della Regione Piemonte, degli interventi di sostegno alla domiciliarità per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.*
- *tentativo di modificare l'ottica dell'inserimento nel mondo lavorativo del disabile*, grazie ad un proficuo rapporto con il Centro per l'impiego.
- *modifica del modo di presentarsi al mondo del lavoro da parte dei singoli consorzi*: non più come consorzio che rivendica un diritto di dignità per la persona disabile, bensì come ente specializzato che offre forza lavoro qualificata, in grado di adattarsi alle esigenze del mercato.
- *la presenza di un'unica rete telematica che unisca tutte le sedi del consorzio* e di alcuni addetti con il compito di aggiornare il sito internet. In alcuni casi si segnala la presenza della firma digitale.

Il 63,2% degli *stakeholder* intervistati sostengono che nel periodo 2009-2010 verranno apportate innovazioni nei servizi quali: l'incremento di assegni di cura e buoni famiglia, l'apertura di nuclei per disabili gravissimi, l'attivazione di stanze di sollievo per dare supporto ed assistenza ai familiari dei minori disabili gravissimi, un forte investimento sul fronte della formazione e della supervisione degli operatori per limitare al massimo il processo del *burnout*, l'adozione di strategie capaci di anticipare l'insorgere di nuovi fenomeni e nuovi bisogni assistenziali, anche attraverso azioni di ricerca sociale, l'implementazione del sistema informativo dei servizi sociali per orientare le scelte dei decisori politici nei confronti della popolazione residente, l'attivazione di servizi ad alta specializzazione per il soddisfacimento di bisogni derivanti da patologie quali demenze senili o Alzheimer, l'attivazione di servizi definiti "il dopo di noi" per ragazzi disabili con genitori molto anziani. Con riferimento all'aspetto formativo l'indagine mostra come il 21% dei presidi dichiarati di aver coinvolto il proprio personale in corsi di formazione a distanza. La maggior parte dei presidi non ha sostenuto costi di ricerca e sviluppo, che risultano, con riferimento alle risposte valide, in media pari a 5.937,5 euro. Relativamente all'aspetto più prettamente informatico, il 95% degli intervistati ha dichiarato di avere un responsabile o una società di informatica che si occupa dell'assistenza informatica/tecnologica. La totalità dei presidi è dotata di PC (con una numerosità media degli stessi pari a 4,66), di stampanti e di connessione ad Internet. Il 56% dei presidi possiede attualmente il proprio sito internet e l'11% ne sta progettando l'attivazione. La capacità comunicativa dei progetti realizzati risulta particolarmente ridotta: soltanto nel 16% dei casi l'organizzazione ha partecipato a iniziative pubbliche tendenti a valorizzare le innovazioni.

## 11. Prospettiva economico-finanziaria

Le entrate e le uscite dei diversi enti gestori tendono in tutte le province al pareggio; i valori maggiori si registrano nella provincia di Torino seguita, seppur con notevole distacco, dalla provincia di Cuneo. Con riferimento alle spese degli enti gestori piemontesi occorre rilevare come più del 60% delle stesse siano costituite da attività territoriali, circa il 14% da spese per strutture residenziali e semiresidenziali, mentre soltanto il 10% da spese per funzioni generali. Le spese per funzioni di istruzione pubblica e per strutture residenziali e semiresidenziali per minori ricoprono percentuali irrisorie. Negli ultimi anni sono aumentate anche le retribuzioni al personale a causa della forte richiesta di

alcune figure quali il fisioterapista e l'infermiere. Occorre però rilevare come i presidi tendano a manifestare dei disallineamenti tra costi e ricavi, in particolare nelle aree montane, in cui i costi sono troppo elevati e la domanda non copre l'offerta. Particolari punti di criticità emergono dai centri per soggetti non autosufficienti ospitanti utenti affetti da diverse tipologie di malattie senili e/o Alzheimer, con rette e costi per il personale molto ingenti.

### *A) Clienti/utenti*

I presidi piemontesi presentano un fatturato medio pari a 1.679.641 euro a fronte di un costo medio mensile per utente pari a 5317,4, mentre le spese per promozioni/pubblicità/sponsorizzazioni coprono una cifra media pari a 1560,69 euro. Con riferimento alla clientela i presidi hanno accolto nell'ultimo anno una percentuale di nuovi utenti pari al 25%, con un incremento del fatturato da nuovi utenti del 14%. Volgendo la nostra attenzione al singolo utente è possibile notare come la retta media mensile procapite sia pari a 1.439,7 euro. Le rette mensili risultano spesso insufficienti a coprire le spese di gestione; in particolare la retta base è sufficiente a coprire i bisogni standard dell'utente, ma non a coprire i bisogni specifici individuali aggiuntivi, di cui devono così farsi carico in maniera integrata Asl e Consorzi. In particolar modo con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 37-6500 del 23/07/07 si è deciso di adottare come riferimento il solo reddito ed il patrimonio dell'anziano non autosufficiente, mentre si lascia libertà ai territori di stabilire quali siano le fasce Isee più opportune per definire gli aventi diritto. La capienza media dei presidi piemontesi rilevata dalle interviste, in termini di posti letto è pari a 70,63. La percentuale di occupazione annuale di posti letto è pari al 93,5%.

### *B) Personale*

Dall'indagine emerge come la retribuzione media procapite ammonti a circa 1606,5417 euro. In particolar modo è possibile assistere ad una percentuale di incremento medio delle retribuzioni nel 2008 rispetto al 2007 pari al 4%. Agli *stakeholder* intervistati è stato chiesto di esprimere un parere con riferimento all'**adeguatezza del livello di retribuzione al personale** e soltanto una parte della popolazione intervistata ritiene tali retribuzioni adeguate, fatta eccezione per la categoria delle OSS operanti sul territorio, poco regolamentata e costantemente sottopagata. Le ore medie di assistenza giornaliera al singolo paziente rilevate dalle interviste ammontano a 4,57, con un costo orario del personale pari a 18,15 euro per un complessivo costo totale medio del personale nel 2008 di 967.178 euro. Emerge infine come il *welfare* in Italia sia fortemente orientato al sistema previdenziale e meno al settore dei servizi.

### *C) Collettività*

Nonostante la costruzione di un presidio o altra struttura erogante servizi socio assistenziali abbia un impatto positivo sul territorio circostante, molti intervistati ritengono che le strutture per anziani dovrebbero essere utilizzate in misura maggiore a supporto della domiciliarità; è facilmente immaginabile come un servizio domiciliare efficiente richieda risorse ingenti: una persona anziana o disabile costretta a vivere da sola presso la propria abitazione avrà necessità di assistenza 24 ore su 24. La struttura residenziale è stata pensata invece quale intervento nei soli casi gravi in cui il soggetto non sia autosufficiente neppure con una assistenza costante. Purtroppo i posti per i soggetti parzialmente autosufficienti non sono molti poiché il tentativo degli enti gestori piemontesi è quello di creare il più possibile strutture specializzate sulla gravità. Una distribuzione capillare di strutture residenziali sul territorio assolve inoltre al compito di permettere all'anziano o al disabile di poter essere accudito in prossimità del suo territorio di appartenenza. In ultima istanza occorre proporre una riflessione: ogni servizio erogato genera l'induzione al bisogno, per cui l'apertura sul territorio di una nuova comunità per disabili o di una casa di riposo potrebbe generare l'induzione della popolazione all'inserimento. D'altro canto, a volte il ricorso al servizio è strettamente necessario, a prescindere dalla presenza di una struttura sul territorio. E' innegabile come la creazione di un nuovo presidio crei ulteriori posti di lavoro: la quasi totalità del personale dipendente, infatti, appartiene alla regione in cui esso è situato (96%), così come l'utenza (95%). L'attività di comunicazione non risulta ancora sufficientemente sviluppata: il numero medio di incontri pubblici del 2008 è di 6, mentre il numero di articoli ammonta a 5.

### *D) Fornitori*

La fornitura di beni e prestazioni per ciò che riguarda la gestione pubblica dei presidi è regolamentata dal Testo Unico sugli appalti che, nei servizi sociali, è orientato al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e non al massimo ribasso. Il costo medio per acquisti per singolo fornitore ammonta a 776.880 euro. In particolare occorre rilevare come la percentuale dei costi d'acquisto sul totale fatturato sia del 26% in media. Nella maggior parte dei casi i fornitori operano nella regione di appartenenza del presidio (87%) e nel 65% dei casi appartengono alla medesima provincia. In Piemonte i pagamenti ai fornitori avvengono nelle scadenze prestabilite dal contratto nell'81% dei casi. La percentuale di ricorso a nuovi fornitori ammonta nel 2008 al 44,4%, ma la percentuale di acquisto da nuovi fornitori non risulta particolarmente elevata

(8%). Ancora più ridotta è la percentuale di acquisti da imprese sociali ed enti no profit (pari al 4% in media), mentre addirittura inferiore (3%) la percentuale di acquisto di prodotti riciclati. Gli enti gestori si avvalgono in via prioritaria della CONSIP, una S.p.A. che fornisce allo stato italiano servizi di consulenza, assistenza e soluzioni mirate all'introduzione dell'informatica nella pubblica amministrazione. Laddove questo non sia possibile, si indicano delle grosse gare in cui si confrontano i migliori prezzi proposti. Mentre le nostre leggi regionali e nazionali sul sistema socio assistenziale si sono evolute in diverse forme sperimentali in termini di rapporto con gli enti no profit, di fatto la normativa europea non le considera assolutamente e riconosce la gara come unica forma di contatto. Le due normative dunque si scontrano, rendendo ancora più problematico il rapporto con il no profit.

### *E) Finanziatori*

L'indebitamento complessivo medio dei presidi piemontesi ammonta a 1.150.583,6 euro. L'ammontare totale degli interessi pagati dai presidi nel 2008 corrisponde a 71.479,5 euro. Dalle interviste emerge come i finanziamenti nel settore socio assistenziale piemontese siano insufficienti. Con riferimento alla **tipologia di indebitamento finanziario** per tipologia di tasso occorre sottolineare la seguente suddivisione percentuale: fisso (33%), variabile (67%). Con riferimento alla **natura del soggetto creditore** occorre rilevare come il prestito bancario rimanga la tipologia rilevante con una percentuale pari al 77% del totale. Le percentuali di debito per tipologia possono infatti essere così schematizzate: mutuo (70%), debiti v/fornitori (27%), debiti tributari (3%). Occorre inoltre sottolineare come *la Regione* rappresenti per molti enti uno dei principali finanziatori mentre viene definito esiguo il finanziamento *a livello nazionale*, sintomo di una fiducia non troppo marcata nelle politiche sociali; si riscontra infatti come spesso i fondi vengano parcellizzati tra varie attività in modo tale da accontentare, seppur parzialmente, molte aree, senza però finanziarne adeguatamente nemmeno una. Oltre alla Regione sono riconosciuti quali enti finanziatori i *Comuni* e la *Provincia*, seppur in percentuali molto più ridotte, i contributi dei singoli cittadini e, negli ultimi anni, le *Fondazioni*. Con riferimento ai rapporti coi finanziatori, i nostri interlocutori privilegiati dichiarano di aver organizzato in media 2 incontri con i finanziatori nello scorso anno. Nel 2008, inoltre, il numero medio di nuovi finanziatori acquisiti è stato pari a 0,5, per un ammontare di finanziamento pari a 64.375 euro. Negli ultimi tre anni soltanto il 7% degli intervistati dichiara di aver aperto procedure formali di ricerca di soggetti in grado di essere coinvolti in operazioni di *project financing*. Il reperimento di finanziamenti comporta però alcune importanti proble-

matiche che occorre sottolineare. **Le principali criticità emerse nel reperimento di finanziamenti** non riguardano tanto la certezza collegata all'ottenimento degli stessi quanto il ritardo nella comunicazione dell'assegnazione dell'Ente Regione; questo comporta un peggioramento della già critica situazione di cassa e l'incertezza nella continuità delle risorse economiche, non consentendo una programmazione di medio-lungo periodo dei servizi che dovrebbero essere garantiti al cittadino. Un altro problema riguarda la forma sempre più diffusa di finanziamenti vincolati dalle regioni che costituiscono dei grossi aggravii amministrativi per la complessità del loro iter. Sorge sovente da parte dei consorzi la richiesta di erogazione di finanziamenti indistinti (poiché spesso si ottengono risorse finanziarie per ambiti non prioritari di un determinato territorio); si dovrebbe attribuire maggior autonomia agli enti gestori nella definizione e nell'utilizzo delle risorse al fine di non appesantire la parte amministrativa attraverso l'individuazione di forme di rendicontazione più snelle. I nostri interlocutori suggeriscono quali **principali miglioramenti al fine di garantire un maggior reperimento di "finanziamenti"**:

- *la realizzazione di "progetti" a lungo termine* e non soltanto a valenza biennale o triennale;
- *l'attuazione di una diversificazione tariffaria* non solo per la quota socio-assistenziale ma anche per quella sanitaria della retta attuando il principio già in uso per la fiscalità generale;
- *maggior ricorso ai bandi europei* per implementare le possibilità di finanziamento;
- *il ricorso al finanziamento privato sociale* da parte delle imprese locali che potrebbero investire maggiormente nel sociale in un'ottica di ritorni di lungo periodo, generando buoni risultati.
- *Sovvenzioni a fondo perduto/tasso agevolato* da parte di Istituzioni/Enti Pubblici.

## **F) Immobili**

Le condizioni degli immobili, quasi esclusivamente di proprietà del presidio (78%), si presentano nel 44,4% dei casi "buone", nel 33,3% "ottime", mentre solo nel 22,3% dei casi "discrete".

**L'anno di costruzione degli immobili** risulta nel complesso compreso tra il 1700 e il 1998, ma la maggior parte di essi è stato costruito nel periodo successivo agli anni Trenta e la concentrazione maggiore degli stessi si registra negli anni Settanta. Nel 94,4% dei casi gli immobili hanno subito ristrutturazioni/ampliamenti nel corso dell'ultimo decennio. Le principali tipologie di ristrutturazioni/ampliamenti sono:

turazione/ampliamento corrispondono a operazioni di ampliamento e di trasformazione da RA a RAF. I costi relativi a tali ristrutturazioni/ampliamenti ammontano a 1.456.173,1 euro medi. In particolare l'ammontare di costi imputabili a interventi per garantire la sicurezza corrisponde a 518.030,23 euro, mentre la spesa sostenuta per l'eliminazione di barriere architettoniche negli ultimi 10 anni è pari a 156.823,9 euro. I finanziamenti utilizzati per ristrutturazioni/ampliamenti ammontano complessivamente a 1.018.089,4 euro (valore medio). L'88% degli intervistati dichiara che i costi sostenuti per le ristrutturazioni/ampliamenti hanno influito positivamente sui ricavi della sua organizzazione. In particolare occorre sottolineare come nel 68% dei casi questi interventi siano stati voluti dall'organizzazione mentre solo nel 32% dei casi siano stati apportati al fine di ottenere l'accreditamento dalla Regione. Nella maggior parte dei casi non emerge la necessità di costruire nuove residenze in quanto il territorio ne è già molto ricco, in alcune aree addirittura saturo, ma risulta molto più avvertita da parte del territorio la necessità di azioni di ampliamento per soddisfare la crescente domanda. Il 50% degli *stakeholders* intervistati segnala come l'immobile necessiti attualmente di nuovi interventi, mentre nel restante 50% gli immobili presentano condizioni buone, in alcuni casi ottime, con ambienti molto confortevoli.

Le **principali necessità** riguardano *gli interventi di ristrutturazione per la messa in sicurezza degli immobili* in base alla nuova normativa sulla sicurezza, *gli interventi di ampliamento per la creazione di posti per non autosufficienti* per un ammontare medio di spesa pari a 503.600 euro.

**Le principali fonti di finanziamento** a cui gli enti gestori pensano nel caso di ristrutturazione/ampliamento sono individuabili nei bandi regionali, delle Fondazioni e dei Comuni. Con riferimento alla programmazione degli interventi occorre sottolineare come soltanto nel 57,10% dei casi sia prevista la predisposizione e l'utilizzo di un *business plan*. Oltre alle opere di ristrutturazione/ampliamento i presidi devono affrontare quotidianamente una serie di costi di gestione il cui peso maggiore è coperto dalle spese di riscaldamento, corrispondenti ad un importo medio di 127.772,69 euro, seguite dalle spese dell'energia elettrica (circa 34.570,846 euro medi). Con riferimento al contenimento dei costi energetici e di gestione complessiva del presidio, gli investimenti possono prevedere l'utilizzo di soluzioni tecnologiche alternative e, laddove possibile, la distribuzione orizzontale nella gestione dello stesso.

In conclusione nella tavola 2 sono indicati i principali punti di forza e debolezza del sistema socio-assistenziale piemontese, nonché le opportunità e le minacce che lo stesso si trova ad affrontare.

**TAVOLA 2. L'ANALISI SWOT DEL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE PIEMONTESE**

<b>Forze</b>	<b>Debolezze</b>
<p>Sistema basato su una fitta rete di relazioni e collaborazioni</p> <p>Diversificazione degli interventi socio-assistenziali e adeguato recepimento della legge 328</p> <p>Distribuzione capillare delle strutture sul territorio</p> <p>Dimensioni ridotte delle strutture che permettono una conoscenza diretta degli utenti</p> <p>Numerosità delle strutture</p> <p>Molteplicità di servizi offerti</p> <p>Lavoro congiunto e perfettamente integrato con il volontariato e la collaborazione con il Consorzio socio assistenziale del territorio</p>	<p>Difficoltà economiche da parte degli anziani e delle loro famiglie dovute al ridotto budget sanitario a copertura delle rette</p> <p>Carenza di strutture per gli anziani con patologie particolari</p> <p>Carenza di strutture per i disabili</p> <p>Carenza di politiche volte a fornire servizi/cure che consentano la permanenza di anziani e disabili presso il loro domicilio</p> <p>Coincidenza dell'Assessorato Regionale per l'Assistenza con quello per il Lavoro</p> <p>Sistema sociale prevalentemente gestito dai privati e solo in misura ridotta prerogativa dello Stato</p> <p>Difficoltà nel reperire e ottenere finanziamenti</p> <p>Costi di gestione troppo alti</p> <p>Eccessiva burocrazia e sprechi nell'erogazione di contributi</p> <p>Numero troppo ridotto di corsi per operatori sanitari</p> <p>Frammentazione eccessiva delle competenze</p>
<b>Opportunità</b>	<b>Minacce</b>
<p>Miglior sfruttamento del network di relazioni</p> <p>Possibilità di incrementare le assunzioni, in particolar modo di personale specializzato</p> <p>Sempre maggior diversificazione dei servizi offerti</p> <p>Opportunità di potenziamento dei servizi di supporto domiciliare</p> <p>Sviluppo di strutture per casi ad alta necessità assistenziale</p>	<p>Crisi economica</p> <p>Diminuzione di finanziamenti per i servizi socio assistenziali all'anziano e al disabile</p> <p>Privatizzazione del sistema socio assistenziale</p> <p>Difficoltà di reperire fondi</p> <p>Badanti spesso prive di specializzazione</p> <p>Difficoltà delle strutture nel reperire personale infermieristico qualificato</p> <p>Graduale invecchiamento della popolazione</p> <p>Prevalenza di strutture macro a discapito di strutture piccole a volte qualitativamente migliori</p>

*Fonte:* elaborazione propria su dati rilevati dall'indagine ad enti gestori e responsabili dei presidi piemontesi

## 12. Il bisogno degli anziani: un'indagine sociologica (Executive Summary)

L'obiettivo fondamentale dell'indagine di comprendere la situazione degli anziani e dei disabili per far luce sui loro bisogni studiandone i problemi quotidiani è stato perseguito effettuando un'indagine di tipo qualitativo<sup>6</sup> presso una popolazione di riferimento<sup>7</sup> composta da 53 anziani e una decina di disabili residenti in Piemonte. L'analisi delle variabili<sup>8</sup> studiate presso la popolazione di riferimento degli **anziani** ha consentito, in estrema sintesi, di tracciare il seguente modello:

1. l'evidente bisogno degli anziani componenti la popolazione di riferimento di restare il più a lungo possibile presso la propria abitazione, rimandando l'eventuale ricorso a servizi residenziali (casa di riposo) a quando le condizioni di salute siano tali da non garantire più l'autosufficienza necessaria per questa soluzione;
2. l'insieme di bisogni derivanti dal primo e cioè la necessità di compensare il progressivo venir meno della propria autonomia, talvolta accentuata dall'isolamento derivante dal fatto che si risiede in località decentrate o dalla mancanza di familiari che possano in qualche modo essere d'aiuto. Si trat-

<sup>6</sup> L'indagine, condotta nel periodo compreso tra febbraio e luglio 2009, ha riguardato tutto il territorio del Piemonte, ad esclusione dell'area metropolitana torinese. L'area oggetto di indagine è quindi quella di tutte le otto province piemontesi, compresa la provincia di Torino, ma ad esclusione dell'area metropolitana del capoluogo. I dati sono stati raccolti combinando differenti metodi d'indagine: alle interviste semidirettive effettuate con il metodo dell'intervista in profondità si è aggiunto il *focus group*, tanto in sede d'indagine di sfondo, quanto nella fase finale della verifica dei risultati raccolti.

<sup>7</sup> Per la ricerca relativa agli anziani, la popolazione di riferimento è composta da 53 anziani residenti nelle differenti province piemontesi. Pur trattandosi di un'indagine di tipo qualitativo, nella scelta della sua composizione si è comunque tenuto conto della differente numerosità della popolazione ideale di anziani nelle differenti province, nonché del differente status dell'anziano (residente presso la propria abitazione o ospite di familiari o di presidi), ma anche, seppur in misura minore, dell'età, dello stato civile e del livello di istruzione. Per la ricerca relativa ai disabili, anche in questo caso la popolazione di riferimento riguarda tutto il territorio piemontese, ma le interviste sono state fatte prevalentemente ai familiari o, in ogni caso, alla presenza di assistenti del disabile.

<sup>8</sup> Le variabili studiate sono state: i bisogni dell'anziano (distinguendo fra problemi attuali e attesi), il suo atteggiamento nei confronti dell'offerta di servizi fruibili sul territorio (informazione, fruizione, livello di soddisfazione), il ruolo della famiglia nei processi di decisione relativi alla fruizione (soprattutto in merito alla scelta della casa di riposo).

ta, in questo caso, della necessità di tutta una serie di servizi domiciliari quali, per esempio, fra i più importanti:

- a. assistenza sanitaria;
  - b. assistenza domiciliare per l'igiene della persona e dell'abitazione;
  - c. servizi di trasporto dell'anziano (dal medico, in ospedale, presso uffici pubblici, ecc.);
  - d. servizi per lo svolgimento di necessarie pratiche quotidiane che comportino relazioni con l'esterno (per esempio, la spesa, ecc.);
  - e. servizio pasti a domicilio; ecc.;
  - f. il telesoccorso.
3. il bisogno di aiuti economici, nel caso dei redditi più bassi, per far fronte all'elevato costo della vita, in particolare degli affitti, per coloro che sono domiciliati presso la propria abitazione (Interventi economici a sostegno della domiciliarità), e per pagare le rette, per quelli che sono ospiti di case di riposo (Assistenza economica);
4. il bisogno di servizi volti a favorire la socializzazione, ad assicurare momenti ludici ma anche a combattere la solitudine ed il senso di emarginazione; servizi in grado di contenere gli effetti negativi del progressivo ridursi di capitale sociale che accompagna l'invecchiamento. (Per esempio: centri diurni di ritrovo per anziani, ecc.).

L'insieme di questi bisogni conferma l'ipotesi che le politiche sociali di intervento in questo settore debbano quindi promuovere, come si è già avuto modo di sottolineare, tutti quei servizi utili a sostenere il grado di autonomia ed autosufficienza dell'anziano al fine di permettergli la permanenza presso il proprio domicilio il più a lungo possibile (servizi domiciliari, ecc.). I servizi residenziali rappresentano quindi, per la popolazione di riferimento, la soluzione da adottare nel caso in cui non sia più assolutamente possibile soddisfare i propri bisogni a casa propria. Tanto la permanenza presso la propria abitazione, quanto il soggiorno presso una casa di riposo richiede spesso aiuti economici per compensare pensioni non adeguate all'alto costo della vita. Ma l'ipotesi che sembra essere particolarmente confermata dalla ricerca è proprio quella relativa al venir meno del capitale sociale con il raggiungimento delle più alte fasce d'età e il conseguente bisogno di socializzazione.

L'indagine di sfondo condotta presso la popolazione di riferimento dei **disabili** richiama invece queste riflessioni particolari:

- a. i problemi tendono a variare sensibilmente al variare della causa e del livello di disabilità. Questo aspetto rende particolarmente complessa

un'analisi presso questa tipologia di popolazione ideale, richiedendo un'articolata stratificazione della popolazione di riferimento;

- b. i problemi da cui discendono i bisogni che l'indagine vuole studiare tendono poi a variare al variare dell'età:
- nell'età scolare, sono di integrazione nel mondo scolastico, ma anche di adeguata formazione e di interventi ad hoc per sfruttare e promuovere al massimo le capacità del ragazzo (*assistenza socio-educativa*);
  - nell'adolescenza, sono di socializzazione, ludici, sportivi, ecc. al fine di favorire anche un processo, seppur parziale e laddove possibile, di distacco, quantomeno psicologico, dalla famiglia (*Centri diurni, ecc.*);
  - nell'età adulta, sono di integrazione nella società, di lavoro (quando possibile), ecc. ma anche di inserimento in strutture residenziali utili per sostituire la famiglia quando questa non potrà più farsi carico della necessaria assistenza (*Pre-inserimenti lavorativi, Inserimenti in presidi, ecc.*);
- c. nel mondo delle disabilità i problemi, e quindi i relativi bisogni, non sono soltanto quelli del disabile, ma anche quelli della sua famiglia. Un'indagine approfondita richiederebbe pertanto un'analisi distinta dei differenti attori sociali.

Nel complesso, tanto la ricerca presso gli anziani, quanto l'indagine di sfondo presso i disabili, sembrano mettere in evidenza tutta la complessità delle popolazioni ideali studiate. Quella stessa complessità che ha suggerito un metodo d'indagine di tipo qualitativo al fine di capire come stanno le cose *per davvero*. E' dalla realtà abbozzata dall'indagine che occorre partire per la definizione delle politiche sociali nei confronti delle popolazioni studiate, superando i limiti delle categorizzazioni astratte di cui si è detto nel report della ricerca ed a cui si rimanda per un'analisi più dettagliata ed approfondita dei risultati.

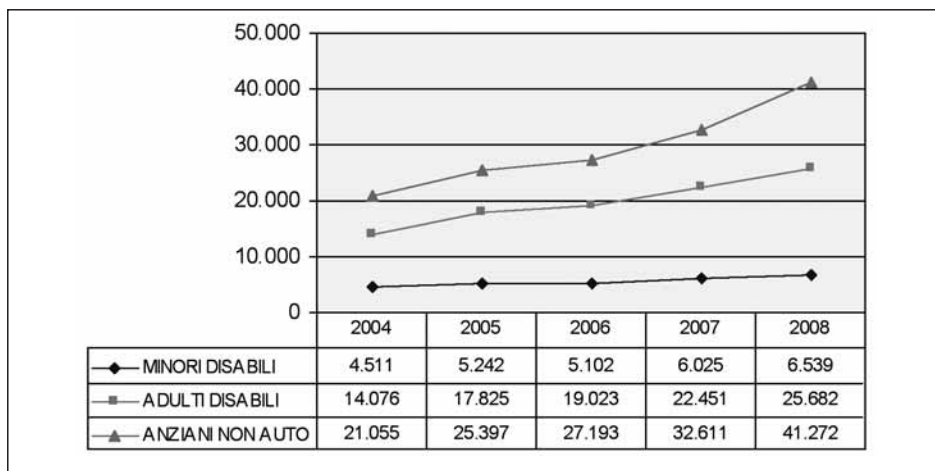
### 13. Congiuntura 2007-2008

Sulla base della relazione annuale sull'attività socio-assistenziale inviata dai soggetti gestori relativamente agli anni 2007-2008 si evince che i servizi sociali territoriali hanno seguito complessivamente:

- 170.771 persone nel 2007
- 194.445 persone nel 2008.

In particolare si è registrato un forte aumento per i servizi dedicati agli anziani e ai disabili e la situazione è la seguente:

**FIGURA 2. SERVIZI DEDICATI AI DISABILI E AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**



Fonte: Regione Piemonte, 2008

Sulla base del prospetto di rendicontazione relativo al conto consuntivo si registrano i seguenti incrementi:

**TAB. 3. ENTRATE E SPESE DEI SOGGETTI GESTORI**

totale entrate Soggetti Gestori - anno 2006 - sintesi regionale	percentuale increm. 2007 rispetto al 2006	totale entrate Soggetti Gestori - anno 2007 - sintesi regionale	percentuale increm. 2008 rispetto al 2007	totale entrate Soggetti Gestori - anno 2008 - sintesi regionale
460.662.000,00	6,48	490.493.000,00	6,12	520.508.000,00

totale spese correnti Soggetti Gestori - anno 2006 - sintesi regionale	percentuale increm. 2007 rispetto al 2006	totale spese correnti Soggetti Gestori - anno 2007 - sintesi regionale	percentuale increm. 2008 rispetto al 2007	totale spese correnti Soggetti Gestori - anno 2008 - sintesi regionale
458.347.000,00	6,19	486.731.000,00	6,33	517.546.000,00

Fonte: elaborazione Regione Piemonte, 2008

## 14. Il contributo della Fondazione CRT in ambito socio-assistenziale

La Fondazione CRT è un ente privato non profit interamente dedicato alla crescita economica e sociale del nord ovest d'Italia, in particolare del Piemonte e della Valle d'Aosta. La Fondazione CRT prende forma nel 1991 dalla privatizzazione della Cassa di Risparmio di Torino, costituita nel 1827 per tutelare i risparmi delle classi meno abbienti e che destinò fin da subito una parte dei ricavi ad attività di interesse pubblico e utilità sociale. La *mission* di oggi della Fondazione CRT affonda le proprie radici in questa istanza filantropica che ne costituisce la sostanziale ragion d'essere nel rispetto delle regole di trasparenza e di libero mercato.

Pur avendo uno status privato, la Fondazione ha una valenza di carattere collettivo che ne orienta l'operato in direzione degli interessi comuni e pubblici del territorio di riferimento. La Fondazione persegue esclusivamente scopi di utilità sociale e di promozione dello sviluppo economico, orientando la propria attività e destinando le risorse in tutti i settori del sociale: dalla conservazione e valorizzazione dei beni artistici e delle attività culturali alla ricerca scientifica; dall'istruzione e formazione alla sanità e assistenza alle categorie sociali deboli; dalla protezione civile e tutela ambientale all'innovazione negli enti locali.

Le risorse erogate dal 1991 ad oggi ammontano a circa 1 miliardo di euro: in particolare per il settore "Volontariato, Filantropia, Beneficenza" la Fondazione CRT ha deliberato oltre 132 milioni di euro. La continuità e la portata di questo impegno rendono la Fondazione CRT motore primario dello sviluppo economico, sociale e culturale del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Fondazione CRT ha sempre posto particolare attenzione all'assistenza nei confronti delle persone anziane, avvertita come una questione di diritti fondamentali e dignità sociali. A partire dal 2005 ha sistematizzato l'impegno preso nell'affiancare gli enti senza scopo di lucro gestori di strutture residenziali per anziani nel sostenere i costi per adeguare gli immobili alle normative vigenti. Ha così preso il via il progetto Residenzialità Anziani finalizzato a sostenere gli interventi di ristrutturazione ed adeguamento normativo delle strutture residenziali per anziani, arrivando a finanziare ad oggi 143 progetti. Altra parte consistente degli interventi nel sociale è costituita dal sostegno alle iniziative che promuovono l'integrazione delle persone disabili. Il progetto Vivomeglia si è strutturato in questi anni per affiancare gli operatori - sia a livello pubblico sia a livello di volontariato/terzo settore - che lavorano per migliorare la qualità della vita delle persone disabili e per consentire loro la piena realizzazione delle potenzialità individuali. Particolare attenzione è stata data ai progetti a soste-

gno della domiciliarità. I progetti finanziati all'interno di Vivomeglia sono ad oggi 346. L'impegno a favore di un approccio inclusivo alle istanze della disabilità – pur essendo parte importante delle attività della Fondazione fin dalla sua nascita – ha assunto con Vivomeglia un carattere più strutturato ed ha ricevuto un impulso molto forte dopo la partecipazione della Fondazione CRT all'organizzazione dei Giochi Paraolimpici Invernali di Torino 2006 ed il conseguente ingresso in un certo numero di organizzazioni internazionali attive sul tema.

## 15. Spunti di riflessione

Di seguito si riporta una breve sintesi dei passaggi più significativi emersi durante la discussione da parte degli opinion leader esperti intervenuti al focus-group di verifica dei risultati della ricerca sul settore socio-assistenziale piemontese.

### *a. ANZIANI*

Prima di entrare nel merito delle considerazioni più significative fatte durante il focus, va richiamata la diversità delle province piemontesi emersa dall'indagine precedente, soprattutto in merito all'offerta e, nello stesso tempo, la loro relativa omogeneità per quanto riguarda le caratteristiche del bisogno rilevate dall'indagine sociologica.<sup>9</sup> D'altro canto, durante il focus è stata ribadita la diversità fra la situazione del Piemonte e quella della Lombardia, esprimendo soddisfazione per il sistema piemontese dei consorzi fra comuni.

Il focus ha sostanzialmente confermato i risultati relativi all'indagine effettuata nella fase precedente della ricerca.

In particolare, per quanto riguarda gli anziani, è stato confermato ed ulteriormente ribadito dagli opinion leader intervenuti l'aspetto più rilevante emerso dall'analisi del bisogno della popolazione studiata che è la tendenza a rimandare quanto più possibile l'eventuale inserimento in strutture e la preferenza, da parte dell'anziano, di restare presso la propria abitazione, almeno fintanto che il proprio livello di autonomia lo consenta. L'inserimento in struttura tende pertanto ad avvenire solo quando è venuto significativamente meno il livello di autosufficienza e non si può contare sulla presenza di altri attori sociali (familiari) che possano farsi carico della necessaria assistenza all'anziano.

<sup>9</sup> L'unica eccezione è quella delle aree che, per la loro localizzazione, presentano talvolta problemi di relativo isolamento rispetto ai centri urbani di maggiori dimensione dove sono più concentrati i servizi (aree montane o certe località di campagna).

Da ciò deriva una serie di bisogni indotti dalla permanenza presso la propria residenza e che possono essere riepilogati nell'ampia categoria dell'assistenza domiciliare e che, al pari della precedente ricerca presso la popolazione di riferimento, il focus group ha confermato in una serie di servizi collegati appunto alla domiciliarità, tra cui, fra i più importanti:

- l'assistenza domiciliare quotidiana per l'igiene della persona;
- l'assistenza domiciliare periodica per l'igiene della casa;
- l'assistenza periodica per l'accompagnamento a visite mediche o ad altri luoghi, compresa la spesa settimanale;
- il servizio pasti a domicilio;
- il telesoccorso;
- l'affidamento familiare;
- ecc.

Per quanto riguarda l'affidamento, sembra interessante la proposta che prevede che, nei casi in cui ciò sia necessario, l'affidatario si impegni anche ad ospitare presso la sua abitazione l'anziano dietro pagamento di un corrispettivo che dovrebbe essere per metà a carico del SSN e per metà dell'utente. Qualora quest'ultimo non abbia la relativa disponibilità economica, interverrebbe l'ente gestore.

Per quanto riguarda invece il caso in cui l'anziano o la famiglia vogliano provvedere autonomamente assumendo una badante, gli enti gestori potrebbero eventualmente segnalare, come già avviene in altre regioni, delle cooperative o agenzie accreditate a cui potersi rivolgersi per la richiesta.

Nell'ambito dei servizi domiciliari, è stata fatta rientrare altresì l'assistenza sanitaria (terapia iniettiva, prelievi a domicilio, ecc.).

Dal focus group emergono infine due considerazioni in merito all'assistenza domiciliare che sembrano assumere una certa rilevanza:

- gli opinion leader intervenuti hanno sottolineato il problema della scarsa o comunque non sufficientemente adeguata informazione in merito ai servizi di cui l'utenza potrebbe usufruire, del resto già ampiamente emersa dall'indagine presso la popolazione di riferimento.
- l'attenzione è poi stata focalizzata sul costo dell'assistenza domiciliare, talvolta in parte a carico dell'utente in relazione alle fasce di reddito (e questo si è detto che talvolta rappresenta un disincentivo alla fruizione), in parte a carico dell'ente gestore e, a volte, in parte a carico del SSN che, tramite convenzioni con quest'ultimo, interveniva a sostenere il fabbisogno finanziario degli interventi. L'orientamento degli opinion leader emerso durante il focus

è quello della necessità del coinvolgimento del SSN nel sostegno degli interventi di assistenza domiciliare, quantomeno per la parte di assistenza sanitaria, non soltanto in relazione alla mission degli enti stessi ed alla funzione sociale dell'intervento, quanto anche in relazione al risparmio nei costi di cui il SSN beneficerebbe con questa soluzione.

Un ulteriore problema emerso dal focus è quello della peculiarità degli interventi relativi ai malati di Alzheimer. In questo caso, gli opinion leader intervenuti hanno richiamato l'attenzione sui parametri imposti dalla DGR n. 38-11189 del 6 aprile 2009 che impone dei requisiti organizzativi, gestionali e soprattutto strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei destinati a coloro che sono affetti da tale patologia, secondo gli opinion leader, troppo rigidi e che comportano notevoli investimenti per l'adeguamento delle strutture esistenti. Da qui la necessità di finanziamenti.

L'affermarsi del principio della domiciliarità che rimanda l'inserimento dell'anziano in struttura a quando il suo livello di non-autosufficienza abbia raggiunto gradi elevati richiama poi, secondo gli opinion leader, il processo di trasformazione delle strutture R.A. in R.A.F./R.S.A. Tale processo richiede opportuni finanziamenti nel momento in cui, per esempio, la Casa di Riposo si tramuta da R.A. in R.A.F. e da R.A.F. in R.S.A. perché gli ospiti sono sempre meno autosufficienti. Se la percezione degli opinion leader risultasse esatta, ciò comporterebbe la necessità di finanziamento di interventi volti all'adeguamento delle strutture esistenti per l'erogazione degli specifici servizi alla nuova tipologia di utenza, come di fatto il focus ha rilevato stia già avvenendo in alcune realtà locali. Tale processo, inoltre, richiede una maggior quantità di personale, spesso professionalmente qualificato. Ciò comporta, a sua volta, la necessità di opportuni interventi di formazione.

In merito al problema della formazione, il focus ha messo anche in evidenza l'importante ruolo delle OSS che, oltre a svolgere il proprio servizio presso il domicilio dell'utenza, contribuiscono anche al mantenimento del necessario capitale sociale che la ricerca ha dimostrato tenda a venir meno con l'avanzare dell'età. Tuttavia, se da un lato si è riconosciuta l'importanza del ruolo delle OSS, dall'altro gli opinion leader ne hanno lamentato la scarsità o comunque un numero non adeguato alle effettive esigenze del territorio. Ciò soprattutto in relazione al livello di preparazione che il ruolo richiede e che lo rende incompatibile con soluzioni basate esclusivamente sul volontariato. Da qui la necessità di opportuni interventi formativi.

Se tutto questo riguarda la caratteristica più rilevante del bisogno della popolazione di riferimento in merito all'assistenza domiciliare, diverso risulta essere invece il discorso per le strutture appositamente create per ospitare gli anziani

che non possono o non vogliono più vivere presso la propria abitazione. Il focus ha evidenziato come problema più rilevante, per tali strutture, quello dei costi di gestione. Anche se è emersa una realtà non del tutto univoca, nel complesso le voci di costo che tendono ad incidere maggiormente sono quella del personale, quelle di manutenzione (ordinaria e straordinaria) ed in particolare quella relativa agli eventuali interventi di ristrutturazione ed adeguamento delle strutture ai requisiti richiesti dalle norme vigenti.

Dagli alti costi di gestione derivano le altrettanto elevate rette che, come la ricerca ha ampiamente rilevato, spesso rappresentano un problema economico alquanto rilevante per l'utenza con scarse disponibilità finanziarie.

A tal proposito, nell'ambito del focus è emersa, da una lato, la proposta di forme di assicurazione integrativa volte a finanziare le rette che l'utente dovrà pagare quando, non più autosufficiente, entrerà in una struttura; dall'altro, la proposta di utilizzo di un fondo immobiliare. Senza entrare nei dettagli delle due proposte<sup>10</sup> si ritiene opportuno riassumere brevemente alcuni passaggi più significativi della seconda proposta, perché non alternativa alla maggior domanda di servizi domiciliari emersa dall'indagine e di cui si è più sopra detto, bensì ad essa complementare.

La proposta prevedrebbe la vendita, da parte delle strutture alla Fondazione CRT, degli immobili in cui esse sono locate.

Per la Fondazione, è stato detto, rappresenterebbe un diverso investimento di parte del proprio patrimonio che, anziché essere mobiliare (titoli) sarebbe Immobiliare (Fabbricati). Il rendimento di tale investimento sarebbe assicurato comunque dall'affitto, pur basso, che le strutture pagherebbero alla Fondazione proprietaria dell'immobile ma, soprattutto, dal mancato esborso dei finanziamenti che essa invece ora versa periodicamente alla strutture per far fronte alle loro esigenze finanziarie.

Queste ultime, infatti deriverebbero dalla vendita degli immobili una riserva di liquidità con cui potrebbero coprire gli eventuali disavanzi gestionali, intervenire eventualmente nell'integrazione della retta per i più bisognosi, migliorare altresì il servizio. Per quanto riguarda la manutenzione, potrebbero essere prese in considerazione ipotesi differenti: a fronte di un affitto più contenuto, la struttura si farebbe carico tanto della manutenzione ordinaria, quanto della straordinaria, grazie alla liquidità acquisita con la cessione dell'immobile; nel caso invece di un affitto più elevato, la manutenzione ordinaria potrebbe spettare alla struttura, mentre della straordinaria se ne potrebbe far carico la Fondazione.

<sup>10</sup> In media il dato non è + alto di quello del Veneto perchè ha un valore minimo molto minore

Questa proposta emersa nel corso del focus non esclude l'intervento verso le iniziative rientranti nell'assistenza domiciliare di cui, tanto la ricerca, quanto gli opinion leader intervenuti al focus, hanno riconosciuto la priorità. Anziché alternativi, gli interventi paiono complementari, nella misura in cui l'intervento nei confronti delle strutture garantirebbe loro una riserva di liquidità per far fronte alle proprie esigenze finanziarie e consentirebbe alla Fondazione di concentrare eventualmente la propria attenzione sul finanziamento di interventi legati alla soddisfazione del bisogno dell'utenza che, si è visto, tende ad indirizzarsi maggiormente verso forme di assistenza domiciliare.

### ***b. DISABILI***

Per quanto riguarda invece i disabili, gli opinion leader hanno confermato la complessità della popolazione di riferimento, data la diversità delle disabilità e il variare del bisogno al variare dell'età del diversamente abile.

Pur avendo quindi soltanto accennato alla specifica categoria, il focus ha comunque richiamato l'attenzione su alcuni aspetti del relativo bisogno, distinguendo fra disabilità non gravi e disabilità gravi. Nel primo caso, un aspetto del bisogno richiamato dagli opinion leader è quello dell'inserimento del disabile nel mondo del lavoro, come del resto rilevato anche dall'indagine. Una delle possibili risposte a tale bisogno potrebbe essere quella del finanziamento di borse lavoro. Nel secondo caso, le disabilità più gravi richiedono, ancora una volta, interventi di assistenza domiciliare, ancor più indispensabili nel caso di traumatizzati.

Nel caso dei disabili, inoltre, assume ancor più rilevanza la formazione, soprattutto nei casi in cui l'assistito presenta anche dei problemi psichici: in questi casi occorre personale professionalmente formato e risulta ancora più inadeguato il semplice ricorso al volontariato.

Il focus group ha pertanto confermato le conclusioni dell'indagine svolta sul territorio, ha posto l'accento su alcune priorità di finanziamento, ha formulato delle proposte di intervento ma, soprattutto, ha auspicato la creazione di un sistema integrato in cui i differenti attori chiamati ad operare nello specifico settore operino realmente in modo sistematico, beneficiando delle sinergie derivanti da tale integrazione.

## ALLEGATO 1.

### Classificazione delle strutture residenziali

Le strutture residenziali sono state raggruppate secondo alcune caratteristiche previste nel DM 308/2001 e integrate con quanto emerso dalle definizioni fornite dalle Regioni. Esse sono state classificate secondo tre livelli: carattere della residenzialità, funzioni di protezione sociale, assistenza sanitaria. A questi tre criteri è inoltre associato il descrittore del target di utenza.

#### *Definizioni di primo livello: carattere della residenzialità*

- 1• **Struttura familiare:** di piccole dimensioni, caratterizzata dalla organizzazione di tipo familiare, che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia. In caso di strutture per minori vi è la presenza di una coppia o di uno o due adulti che svolgono funzioni genitoriali.
- 2• **Struttura comunitaria:** di dimensioni variabili a secondo dell'area di utenza (di norma superiore a 6-10 posti) è caratterizzata dalla presenza di operatori assistenziali, socio-sanitari o educatori e da una organizzazione di tipo comunitario.

#### *Definizioni di secondo livello: Funzioni di protezione sociale*

- 1• **Accoglienza di emergenza:** ha la funzione di rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti e temporanei di ospitalità e tutela per evitare l'esposizione a particolari fattori di rischio, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali. Vi sono comprese anche le strutture ad accesso diretto da parte dell'utenza.
- 2• **Prevalente accoglienza abitativa:** offre ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria. Può essere rivolta all'accoglienza di immigrati o adulti in condizioni di disagio o a anziani autosufficienti. In relazione al tipo di utenza fornisce aiuto nelle attività quotidiane, e stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione.
- 3• **Prevalente funzione tutelare:** comprende Osservazione sociale (Il tipo di protezione da parte dei servizi è leggero ed è finalizzato all'osservazione. Ad esempio: strutture per adulti che, pur non prevedendo un progetto individuale, oltre ad offrire prestazioni specifiche, fungono anche da punto di osservazione per monitorare ed arginare lo sviluppo della marginalità), Accompagnamento sociale (accoglienza rivolta a utenti che hanno concordato un Progetto di assistenza individuale e sono in fase di ri-acquisizione dell'autonomia. I tempi di permanenza sono strettamente correlati e funzionali al progetto individuale) e Supporto all'autonomia (accoglienza in alloggi privi di barriere architettoniche e attrezzati con tecnologie e servizi per

offrire una permanenza sicura e funzionale finalizzata al mantenimento dell'autonomia dell'utente. Ad esempio: alloggi protetti con servizi per anziani o disabili con una buona condizione di autosufficienza)

- 4• Socio-educativa: tutela ed assistenza educativa di carattere professionale a minori temporaneamente allontanati dal nucleo familiare
- 5• Educativo- psicologica: assistenza educativa, terapeutica e riabilitativa per i minori in situazione di disagio psico-sociale e con disturbi di comportamento. Ha finalità educative, terapeutiche e riabilitative volte al recupero psico-sociale ed e' ad integrazione sanitaria.
- 6• Integrazione socio-sanitaria: offre ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria, aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione. Viene garantita l'assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere. Destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti o adulti disabili.

#### *Definizioni di terzo livello: Assistenza sanitaria*

- Assente
- Bassa
- Medio-alta

*Target di utenza:* MINORI, ADULTI, IMMIGRATI, ANZIANI A/PA: anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, ANZIANI NA: anziani non autosufficienti, DISABILI, MULTIUTENZA, DIPENDENZE, SALUTE MENTALE

La **Regione Piemonte** prevede, in particolare, le seguenti tipologie di presidio:

**C.A.S.A.** = COMUNITÀ ALLOGGIO SOCIO ASSISTENZIALE

**CASA DI RIPOSO**

**COMUNITÀ ALLOGGIO**

**NUCLEO ALZHEIMER**

**R.A.** = RESIDENZA ASSISTENZIALE

**R.A.A.** = RESIDENZA ASSISTENZIALE ALBERGHIERA

**R.A.B.** = RESIDENZA ASSISTENZIALE DI BASE

**R.A.F.** = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE

**R.S.A.** = RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

**RAF** (PER DISABILI) = RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE PER DISABILE

## ALLEGATO 2.

### La strutturazione di un fondo immobiliare promosso da Fondazione CRT

Il principio del Fondo Immobiliare si basa su uno schema di intervento relativamente semplice: un'istituzione finanziaria lancia il Fondo Immobiliare con l'obiettivo di raccogliere un certo capitale al fine di investirlo, acquistando o costruendo beni immobili (tipicamente complessi industriali/commerciali). Terminata la prima fase di raccolta dei fondi, i gestori iniziano l'attività di investimento.

Nella fattispecie proposta dal Dottor Cimino, viene prospettata l'ipotesi che la Fondazione si faccia promotrice e, allo stesso tempo, unico sottoscrittore delle quote del Fondo Immobiliare, mettendo a disposizione il capitale necessario agli investimenti nelle strutture.

Lo schema di intervento prevede l'acquisto da parte del Fondo Immobiliare promosso dalla Fondazione, della proprietà degli immobili che ad oggi figurano tra le attività nei bilanci degli enti assistenziali.

Perseguendo tale ipotesi, si otterrebbe un duplice vantaggio :

1. Primo e più immediato effetto per gli enti assistenziali, a seguito della vendita degli immobili, sarebbe quello di incamerare una quantità di denaro tale da poter sollevare la struttura da una situazione di tensione economica latente e successivamente, supportare la gestione corrente per un periodo di tempo variabile, ma comunque definito;
2. La Fondazione, dalla strutturazione di una tale operazione, configurerebbe il proprio intervento come un investimento a lungo termine (con rendimenti al di sotto del mercato ma al di sopra dell'inflazione) e non più come un finanziamento degli enti a fondo perduto: infatti il rendimento per la Fondazione verrà rappresentato dagli affitti percepiti, quantificati in ragione di una percentuale del valore dell'immobile ceduto in locazione (e comunque in misura inferiore ai prezzi di mercato) e da una successiva rivalutazione degli immobili stessi.

TAB. 1. UTENTI ANZIANI PER TIPOLOGIA DI SERVIZIO-VALORI PERCENTUALI

	Serv. Soc. Profès.	Assist. Econom.	Assist. Domic.	Assist. Domic. cil.	Interventi economici a sostegno della domic. cil.	Cure domic.	Interventi complen. all'assist. Domic.	Assist. socio educat.	Inserim. in centro diurno	Inserim. in presidi	Integr. rete	Residenza temporanea	Attività istrutt. per minori incapaci	Int.di tutela curatale,amm. di sostegno	Telesoccorso
AL	17%	8%	12%	5%	21%	2%	0%	2%	12%	10%	39%	5%	6%	7%	
AT	5%	1%	4%	7%	1%	1%	8%	0%	7%	2%	0%	1%	7%	7%	
BL	5%	3%	3%	4%	1%	2%	8%	7%	7%	4%	1%	2%	3%	4%	
CN	25%	9%	9%	11%	15%	4%	28%	8%	9%	17%	4%	10%	23%	8%	
NO	9%	15%	7%	3%	18%	3%	0%	4%	7%	5%	12%	4%	8%	5%	
TO	33%	53%	22%	61%	38%	86%	40%	76%	54%	60%	33%	72%	43%	60%	
VB	3%	2%	5%	2%	2%	1%	4%	1%	1%	1%	0%	3%	3%	1%	
VC	2%	9%	38%	7%	4%	2%	12%	2%	8%	1%	11%	3%	6%	8%	
tot	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Fonte: elaborazione propria su dati Regione Piemonte, 2008

TAB. 2. UTENTI DISABILI PER TIPOLOGIA DI SERVIZIO-VALORI PERCENTUALI

	Serv. Soc. Assist.	Assist. Econom.	Assist. Domicil.	Assist. Domicil.	Interventi complen. all'assist. Domicil.	Assistenza socio educativa	Inserim. in centro diurno	Inserim. in presidi	Integr. rette	Resid. tempor.	Attività istrutt. per minori incapaci	Int.di tutela, amm. di sostegno	tele socio corso
Prov.	15%	7%	4%	3%	11%	3%	4%	6%	2%	0%	1%	6%	5%
AL	15%	2%	10%	5%	21%	7%	4%	9%	10%	34%	4%	4%	2%
AT	7%	2%	4%	7%	1%	3%	4%	3%	2%	0%	0%	6%	5%
BL	4%	2%	3%	3%	1%	11%	3%	4%	5%	1%	2%	3%	2%
CN	22%	15%	7%	12%	19%	11%	9%	8%	14%	10%	10%	23%	6%
NO	11%	8%	7%	3%	15%	14%	7%	6%	6%	10%	5%	10%	2%
TO	34%	53%	23%	61%	40%	46%	71%	60%	59%	36%	67%	45%	74%
VB	3%	4%	5%	2%	2%	5%	1%	1%	2%	0%	6%	2%	1%
VC	3%	11%	42%	7%	2%	4%	2%	7%	2%	8%	4%	8%	9%
tot	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborazione propria su dati Regione Piemonte, 2008

## ALLEGATO 3.

### Il processo operativo della polizza Domani Sereno

Domani sereno A company of Allianz RAS

# Ricerca di Mercato Polizza Domani Sereno

L

Domani sereno A company of Allianz RAS

## Il processo in fase di definizione

The diagram illustrates a five-step process for policy definition, shown as a sequence of five blue chevron-shaped boxes pointing from left to right. Below each box is a list of key activities. A bracket at the bottom groups the last three steps (3, 4, and 5) under the heading 'Domani Sereno'.

1. Sottoscrizione del contratto	2. Denuncia di sinistro	3. Accettazione del sinistro	4. Erogazione della prestazione	5. Modifica della prestazione
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condizioni contrattuali</li><li>• Scelta dell'importo di rendita e del pacchetto Mondial</li><li>• Questionario medico + visita medico di base</li><li>• Delega di pagamento alla RSA del partner Domani Sereno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunica del sinistro</li><li>• Attivazione di Mondial per servizi di assistenza domiciliare</li><li>• Invio del medico convenzionato per verifica dello stato di non-autosufficienza</li><li>• Comunica dell'esito della visita</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comunica all'assicurato delle RSA disponibili</li><li>• Comunica da parte dell'assicurato della scelta tra prestazione monetaria e di servizi</li><li>• Attivazione per l'inserimento in RSA</li><li>• Scadenza copertura Mondial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erogazione della prestazione alla RSA scelta o all'assicurato</li><li>• Possibilità di dover separare l'importo di rendita in parte all'assicurato ed in parte alla RSA, nel caso in cui il costo mensile di quest'ultima sia inferiore alla rendita erogata.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In qualunque momento l'assicurato potrà scegliere o di cambiare RSA all'interno del circuito o rientrare a casa propria cominciando a ricevere la rendita monetaria.</li></ul>

Domani Sereno

2

## Il processo (3/5) - Accettazione del sinistro

	Azione	Attori	Esecutore	Ricettore
1	Comunica dell' accettazione del sinistro	RAS + Assicurato	RAS	Assicurato+ Domani Sereno
2	Comunica della lista di RSA disponibili	Domani Sereno + Assicurato	Domani Sereno + RAS	Assicurato
3	Comunica della RSA scelta o della revoca di delega	Assicurato+ RAS+ Domani Sereno	Assicurato	RAS+ Domani Sereno

3

## Il processo (4/5) - Erogazione della prestazione

	Azione	Attori	Esecutore	Ricettore
2a	Inserimento in RSA	Domani Sereno + Assicurato	Domani Sereno	Assicurato
3a	Erogazione rendita alla RSA scelta	RAS + Domani Sereno	RAS	Domani Sereno
4a	Nel caso in cui il costo della RSA sia inferiore alla rendita erogata: opt. 1: il credito viene erogato all'assicurato  opt. 2: il credito rimane a disposizione dell' assicurato sul conto della RSA	RAS + Assicurato	RAS	Assicurato
		RAS + Domani Sereno + Assicurato	RAS	Domani Sereno + Assicurato
5a	Nel caso in cui il costo della RSA sia maggiore della rendita erogata	Assicurato + Domani Sereno	Assicurato	Domani Sereno
2b	Erogazione rendita diretta	RAS + Assicurato	RAS	Assicurato

4

## Il processo (5/5) - Modifica della prestazione

	Azione	Attori	Esecutore	Ricevitore
1a	Cambio di RSA	Assicurato+ Domani Sereno+ RAS	Assicurato	Domani Sereno+ RAS
2a	Revoca della delega di pagamento	Assicurato+ Domani Sereno+ RAS	Assicurato	Domani Sereno+ RAS
3a	Erogazione rendita diretta	RAS + Assicurato	RAS	Assicurato
1b	Inserimento in RSA dopo l'inizio dell'erogazione della rendita diretta	Domani Sereno + Assicurato	Domani Sereno	Assicurato

## CONTATTI

Prof. Giuseppe Tardivo - Università degli Studi di Torino  
E-mail: [tardivo@econ.unito.it](mailto:tardivo@econ.unito.it)

Dott.ssa Roberta Delbosco - Fondazione CRT  
E-mail: [roberta\\_delbosco@fondazionecrt.it](mailto:roberta_delbosco@fondazionecrt.it)

Dott. Simone Cimino - Cape Natixis Società di Gestione del Risparmio S.p.A.  
E-mail: [s.cimino@cape.it](mailto:s.cimino@cape.it)

Dott. Silvio Crudo - Consorzio Monviso Solidale  
E-mail: [silvio.crudo@libero.it](mailto:silvio.crudo@libero.it)

La versione integrale della ricerca è consultabile sul sito  
[www.fondazionecrt.it](http://www.fondazionecrt.it)

Edizione a cura della Fondazione CRT  
Torino, Novembre 2009

