

Capitolo 2

Il modello di intervento emiliano-romagnolo a favore degli anziani non autosufficienti

La valutazione degli operatori

Sommario

1. *Introduzione.* – 2. *La valutazione del modello di interazione con la Regione.* – 3. *La valutazione delle politiche proposte dalla Regione.* – 4. *Il Servizio Assistenza Anziani: caratteristiche e capacità di intervento* – 4.1 *Il funzionamento.* – 4.2. *Le risorse a disposizione.* – 4.3. *La rete di collaborazione.* – 4.4. *La capacità di intervento.* – 4.5. *Il ruolo del modello organizzativo.* - 5. *Osservazioni conclusive.*

1. Introduzione

Come illustrato nel capitolo precedente, lo sviluppo di una ampia rete di servizi per la non autosufficienza in Emilia-Romagna si è basato su una forte interazione fra il livello regionale, spesso promotore di innovazioni sotto il profilo degli interventi, e quello locale in cui ha preso forma il sistema di protezione.

In questo campo il ruolo regionale, così come per le politiche sociali e socio-sanitarie più in generale, è attualmente definibile in termini di *enabling* ⁽¹⁾. La funzione regionale non è infatti tanto quella di fornire direttamente servizi ai cittadini, quanto di regolare l'azione di altri soggetti che agiscono a livello locale, in particolare Comuni e Distretti.

Il rapporto con i Comuni appare particolarmente delicato per una serie di motivi. La normativa nazionale in tema di gestione

(1) G. WISTOW, M. KNAPP, B. HARDY e C. ALLEN, *Social Care in a Mixed Economy*, Buckingham, Open University Press, 1994.

dei servizi sociali, a partire dal d.P.R. 616/77 fino alla l. 328/00, sancisce il principio per cui è il Comune il soggetto di riferimento principale per quanto attiene la gestione di questo tipo di interventi: nell'articolo 25 della normativa del 1977 vennero infatti attribuite al Comune "tutte le funzioni amministrative relative alla organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza". Per quanto riguarda il ruolo delle Regioni, poco chiaro e lacunoso nel d.P.R. 616/77, molto ben più delineato nella l. 328/00, si riconosce ad esse un ruolo programmatico e di coordinamento, che tuttavia nel concreto rimane complesso da esercitare vista l'attribuzione ai Comuni della titolarità di tutte le principali funzioni amministrative in materia.

Inoltre la spesa comunale per i servizi sociali tende ad essere finanziata sempre più tramite fondi *extra*-regionali (da un lato statali o dell'Unione Europea, dall'altro comunali). La leva finanziaria come modalità di imporre le scelte della Regione agli enti locali, in particolare ai Comuni, risulta pertanto sempre meno efficace, visto il suo ridotto e decrescente peso ⁽²⁾. Già alla fine degli anni '90 in Emilia-Romagna i Comuni tendevano infatti ad autofinanziarsi per oltre il 50% ⁽³⁾.

All'interno di questo quadro l'interazione fra Regione ed enti locali si caratterizza pertanto sempre meno come un rapporto *gerarchico* fra 'centro' e 'periferia', con la prima in grado di imporre le proprie scelte agli altri attori, e più come un rapporto *reticolare* ⁽⁴⁾, basato su rapporti di collaborazione e di confronto, all'interno di 'arene' di formulazione e di implementazione di politiche, fra differenti soggetti, interdipendenti fra loro ma anche in grado, se necessario, di recedere dalla relazione, seppur sopportandone alcuni costi.

(2) E. PAVOLINI, *Le Regioni italiane di fronte alle nuove sfide del welfare. Il caso delle politiche per la non autosufficienza*, Carocci, Roma, in corso di pubblicazione, 2004.

(3) U. ASCOLI e E. PAVOLINI, *Le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna*, in U. ASCOLI, M. BARBAGLI, F. COSENTINO e G. ECCHIA (a cura di), *Le politiche sociali in Emilia-Romagna*, Rosenberg e Sellier, Torino, 2001.

(4) F. SCHARPF, *Games in Hierarchies and Networks*, Boulder, Westview Press, 1993.

Un modello di regolazione “a rete” delle relazioni fra attori istituzionali è quindi necessario quanto più diffuse e disperse sono le risorse fra una molteplicità di attori ⁽⁵⁾, come appunto nel caso delle politiche sociali regionali, fra Distretti e Comuni.

Il fatto che tali interdipendenze siano sempre meno di natura finanziaria caratterizza ulteriormente le modalità di relazione fra gli attori: la capacità effettiva di indirizzo e di influenza da parte della Regione risulta infatti sempre meno legata ad una facoltà di pressione ed indirizzo diretti e tende sempre più a prendere forma all'interno di un'arena in cui la Regione deve da un lato convincere e dall'altro acquisire i rilievi fatti dagli altri attori, in un processo di tipo prevalentemente argomentativo e discorsivo di *policy learning*.

All'interno di questo quadro, gli obiettivi della presente indagine sono stati fondamentalmente tre: ottenere informazioni e valutazioni in merito al *metodo* adottato dalla Regione per formulare le proprie politiche relative alla non autosufficienza degli anziani; ricavare un giudizio degli attori territoriali circa il *contenuto* di tali politiche (il senso delle scelte compiute alla luce dei cambiamenti nella domanda sociale e del più generale dibattito sulle modalità migliori per fare fronte a tali cambiamenti); svolgere un approfondimento sul *Servizio Assistenza Anziani* (SAA), le cui caratteristiche sono state illustrate nel capitolo precedente a questo. La scelta di analizzare in particolare il funzionamento del SAA è di carattere sia teorico che pratico: si tratta di uno degli strumenti più innovativi per la gestione del sistema degli interventi, introdotto dalla Regione con la l.r. 5/94 e contemporaneamente esso assume un ruolo centrale nella rete dei servizi, svolgendo una funzione di perno connettore fra una molteplicità di attori e di prestazioni. Tentare di valutarne il funzionamento e l'applicazione a livello locale significa quindi comprendere come e quanto i territori della Regione abbiano implementato una delle più rilevanti linee di indirizzo di *policy* regionali degli ultimi 10 anni nel campo della non autosuffi-

(5) T. BOERZEL, *Le reti di attori pubblici e privati nella regolazione europea*, in *Stato e Mercato*, n. 3, Bologna, Il Mulino, 1998.

cienza.

Sotto il profilo metodologico, l'analisi presentata in questo capitolo si è basata su una *survey* rivolta ad un campione di Comuni, ai Distretti sanitari e direttamente anche ai SAA ⁽⁶⁾. A questa analisi si è aggiunta la raccolta di informazioni tramite alcune interviste qualitative effettuate presso alcuni SAA della Regione.

La struttura del capitolo è pertanto la seguente: nel prossimo paragrafo si riportano le valutazioni di Comuni e Distretti rispetto alle modalità di *policy making* adottate dalla Regione; in quello successivo sono contenuti i giudizi sempre degli stessi attori in merito alle politiche regionali per la non autosufficienza; l'ultimo paragrafo prima delle conclusioni è infine dedicato ad una analisi approfondita del funzionamento del SAA.

2. La valutazione del modello di interazione con la Regione

La presente analisi ha tentato quindi di centrare inizialmente l'attenzione su come i Comuni ed i Distretti valutino il modello di *policy making* adottato dalla Regione Emilia-Romagna (tabb. 1, 2 e 3).

Nel caso dei Comuni si erano poste cinque domande: le prime due riguardavano il livello di conoscenza in merito agli strumenti ed organismi regionali istituiti ai fini della concertazione fra Regioni ed enti locali; la terza indagava la partecipazione diretta dei Comuni ai tavoli relativi a tali organismi; le ul-

(6) In particolare per i Comuni si è proceduto con un campionamento causale stratificato rispetto all'ampiezza demografica e alla collocazione provinciale. Il campione complessivo, composto da 164 Comuni della Regione, è risultato possedere al termine della rilevazione una distribuzione quasi perfetta in relazione alle due variabili di stratificazione appena citate. Si è comunque proceduto a pesare i singoli casi comunali per migliorare ulteriormente la struttura delle risposte fornite. Per quello che riguarda i SAA ed i Distretti, l'intenzione era quella di somministrare il questionario a tutti gli organismi presenti sul territorio: visto che alcune realtà non hanno risposto al questionario, è stato possibile raccogliere informazioni rispettivamente su circa il 90% e l'86% dei casi. Occorre tenere presente che le considerazioni che seguono sono state espresse dagli operatori, tecnici e dirigenti di Comuni e AUSL e non da amministratori.

time due erano di tipo più valutativo e volte a far emergere un giudizio in merito allo stile e alle modalità di *policy making* regionale nel campo della non autosufficienza.

Le risposte e le valutazioni espresse da entrambi questi attori istituzionali sono tendenzialmente positive anche se vengono messe in luce alcune criticità (tab. 1):

- i tre quarti dei Comuni sono a conoscenza del CALER (75,1%), la Conferenza Autonomie Locali Regione Emilia-Romagna, cioè l'organismo regionale di coordinamento degli enti locali dell'Emilia-Romagna, mentre solo poco più di un terzo ha dichiarato di sapere che cosa sia il CRAL (36,7%), organismo regionale di rappresentanza degli enti locali presso la Regione Emilia-Romagna; il CALER ed il CRAL, in particolare il primo, sono stati istituiti quali forme principali di interazione fra enti locali e Regione ai fini della concertazione in merito alle politiche adottate a livello emiliano-romagnolo e quindi al loro interno passano anche le eventuali forme di confronto per quello che riguarda la non autosufficienza;
- sono circa un quinto gli enti locali che vedono partecipare un proprio rappresentante politico (un assessore o il sindaco) o un funzionario ai lavori di uno dei due organismi precedenti;
- solo una metà dei Comuni (51,9%) ritiene tali strumenti di concertazione, relativa alla formulazione di politiche per la non autosufficienza, adeguati per coinvolgerli nelle fasi di programmazione di leggi e di altri atti deliberativi regionali; in particolare, le valutazioni si sono concentrate lungo le modalità di intermedie di risposta (poco o abbastanza d'accordo, piuttosto che per niente o molto d'accordo);
- per quanto attiene infine allo stile di *policy* adottato, la metà esatta degli enti locali (50,1%) valuta come appropriata l'attuale impostazione delle politiche per la non autosufficienza, mentre le rimanenti realtà si suddividono fra municipi che vorrebbero un modello più prescrittivo regionale, grazie all'introduzione di direttive più stringenti per gli enti locali, al fine di garantire maggiore omogeneità ed equità a livello regionale, e realtà che all'opposto vorrebbero uno stile più lasco (28,9%); appare da queste risposte quindi un'area dalle dimen-

sioni abbastanza consistenti (circa un quarto dei Comuni), che preferirebbe un modello più sussidiario o delegato nei rapporti fra centro regionale ed enti locali.

Per quanto concerne queste due ultime domande di tipo valutativo, si è tentato di verificare se le risposte fornite siano influenzate da fattori specifici relativi alle caratteristiche comunali. Le variabili qui utilizzate non hanno dato risultati significativi. Né il colore della Giunta comunale, né l'ampiezza demografica dei Comuni, né l'esperienza maturata dai responsabili dei servizi comunali (funzionari e dirigenti) appaiono infatti significativamente correlate e collegate alle risposte fornite:

- le Giunte di centro-sinistra, se confrontate con quelle di centro-destra e con le liste civiche ⁽⁷⁾, non sembrano valutare in maniera differenziata gli stili di *policy* e le modalità di concertazione adottate dalla Regione;
- ugualmente non si nota una differenza significativa sulla base dell'ampiezza del Comune; i giudizi dei Comuni di minori dimensioni, anche di tipo montano, non appaiono diversi da quelli espressi dalle realtà di maggiori dimensioni demografiche ⁽⁸⁾;
- gli anni di esperienza quale dirigente dei servizi sociali co-

(7) La possibile significatività della variabile politica è stata testata in due maniere, collegate fra loro ma parzialmente differenti: con una analisi del chi quadrato per verificare la variazione delle risposte fra Comuni governati dal centro-destra, dal centro-sinistra o da liste civiche (dopo aver appurato che le liste civiche non fossero direttamente ricollegabili ad uno dei due principali schieramenti politici); sempre con un'analisi del chi quadrato prendendo come riferimento uno solo dei due principali schieramenti e confrontandolo con le risposte fornite dai restanti Comuni.

(8) La possibile significatività della variabile ampiezza demografica comunale è stata testata in varie maniere: innanzitutto si è proceduto con una analisi della significatività della correlazione (R di Pearson); poi con una analisi del chi quadrato con una suddivisione dei Comuni in varie classi di ampiezza: una prima generale (Comuni montani fino a 5.000 abitanti; Comuni non montani fino a 5.000 abitanti; Comuni fra 5.000 e 15.000 abitanti; Comuni fra 15.000 e 50.000 abitanti; Comuni con più di 50.000 abitanti); una seconda, simile alla precedente che, oltre a riprendere le altre classi, suddivideva i Comuni relativamente più ampi fra Comuni fra 5.000 e 20.000 abitanti e Comuni con più di 20.000 abitanti; una terza ed una quarta volta a comparare rispettivamente le risposte dei Comuni piccoli montani da un lato con quelle di tutti gli altri dall'altro e le risposte dei Comuni con almeno 20.000 abitanti da un lato con quelle di tutti gli altri dall'altro.

TAB. 1. *Conoscenza e valutazione del modello di policy making regionale: il giudizio dei Comuni (valori percentuali)*

Comuni che dichiarano di essere a conoscenza dell'esistenza del CALER	75,1
Comuni che dichiarano di essere a conoscenza del CRAL	36,7
Comuni che vedono partecipare un proprio componente della giunta o un funzionario / dirigente ai lavori di uno dei due organismi precedenti (CRAL o CALER) nel campo delle politiche per la non autosufficienza	18,3
Comuni che reputano adeguati gli attuali strumenti di concertazione della Regione per coinvolgerli nelle fasi di programmazione di leggi e di altri atti deliberativi regionali con valore strategico nel campo della non autosufficienza:	
Per niente	2,5
Poco	45,6
Abbastanza	50,1
Molto	1,8
Totale	100,0
Comuni che ritengono necessari altri strumenti di concertazione e negoziazione tra la Regione e gli enti locali oltre a quelli esistenti per quello che riguarda le politiche per gli anziani non autosufficienti	72,8
Comuni che ritengono come, rispetto alla situazione attuale, la Regione debba adottare uno stile ed un ruolo più prescrittivo nell'impostazione delle politiche per la non autosufficienza, introducendo direttive più stringenti per gli enti locali per garantire maggiore omogeneità ed equità a livello regionale:	
Sì	21,0
No, va bene così	50,1
No, servirebbe addirittura un modello meno prescrittivo	28,9
Totale	100,0

munali non influiscono sulla distribuzione delle risposte ⁽⁹⁾.

L'ampiezza demografica, se non incide sulle valutazioni in merito alle modalità di impostazione delle politiche regionali, influenza invece, come in parte ci si poteva attendere, la capacità di partecipazione degli enti locali ai lavori dei due organismi di concertazione prima indicati (tab. 2).

(9) In questo caso, oltre ad una analisi di correlazione basata sul semplice numero di anni di servizio del responsabile comunale, si è proceduto ad una analisi del chi quadrato basata su tre profili diversi di dirigenti/funzionari (quelli con esperienza massima di due anni; quelli con una responsabilità da 3-5 anni e quelli con incarichi da un numero superiore di anni).

TAB. 2. *La partecipazione dei Comuni agli organismi di concertazione regionale sulla base dell'ampiezza demografica (valori percentuali)*

	Fino a 5.000 ab.		5.000- 15.000 ab.	15.000- 50.000 ab.	oltre 50.000 ab.	Totale
	montagna	non di montagna				
Si	7,8	11,1	18,0	37,5	83,3	17,7
No	92,2	88,9	82,0	62,5	16,7	82,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L'esperienza dei funzionari e dei dirigenti incide invece sul solo livello di conoscenza del CALER: poco meno di sei ogni dieci, fra coloro che hanno al massimo due anni di esperienza (58,3%), sanno che cosa sia questo organismo, a fronte di una percentuale pari all'83% fra coloro con più esperienza.

Per quanto invece riguarda l'analisi compiuta sui Distretti, in questo caso si sono poste loro due domande, in buona parte correlate fra loro: una relativa alla capacità distrettuale di comunicare con la Regione, all'interno della propria AUSL e con gli altri Distretti nel proporre suggerimenti in merito ai modelli di intervento l'altra, più specifica al ruolo regionale, relativa alla capacità di questo ultimo ente di recepire o comunque elaborare le indicazioni fornite dal territorio ed in particolare dai Distretti.

Le valutazioni espresse da questi ultimi attori istituzionali appaiono positive in misura relativamente più marcata di quelle emerse dall'analisi sui Comuni:

- circa il 63% di essi ritiene di avere una buona capacità comunicativa con gli altri attori sopra menzionati e solo in circa un ventesimo dei casi (5,6%) la valutazione espressa in tal senso è negativa;
- ugualmente positivo è in massima parte il giudizio in merito alla capacità regionale di ascoltare i suggerimenti che provengono dalle realtà distrettuali, anche se in genere si tratta di una valutazione di sufficienza e non più di questa (72,2%); solo un quinto dei Distretti (22,2%), infatti, si spinge a ritenere buona tale attitudine.

Le risposte fornite dai Distretti sono state analizzate alla luce

TAB. 3. *Valutazione del modelli di policy making regionale: il giudizio dei Distretti (valori percentuali)*

Distretti che ritengono di avere una sufficiente capacità di comunicazione con la Regione, con le ASL e con i Distretti, nel far ascoltare i propri suggerimenti in merito a come meglio rispondere ai problemi legati alla non autosufficienza degli anziani:	
Capacità insufficiente	5,7
Capacità sufficiente	62,9
Buona capacità	31,5
Totale	100,0
Valutazione sulla capacità di ascolto da parte della Regione dei suggerimenti che vengono dalle realtà distrettuali:	
Capacità insufficiente	5,6
Capacità sufficiente	72,2
Buona capacità	22,2
Totale	100,0

di alcune variabili: il bacino demografico di tali enti, composto dagli abitanti dei Comuni compresi al loro interno; il numero di Comuni appartenenti al Distretto; il livello di esperienza del responsabile distrettuale ⁽¹⁰⁾. L'unica variabile che risulta avere una correlazione significativa con i giudizi espressi è quella relativa al numero di Comuni appartenenti al Distretto: tale correlazione appare però negativa (-0,365) ed indica quindi come siano i Distretti composti da un numero più ridotto di Comuni quelli che ritengono migliore la capacità di ascolto regionale.

3. *La valutazione delle politiche promosse dalla Regione*

Accanto ad una valutazione sul come la Regione fa politiche, chiaramente era rilevante cogliere anche un giudizio sui

(10) Per la codifica e l'impiego di tale variabile si sono utilizzati gli stessi criteri adottati per i dirigenti ed i funzionari dei Comuni, di cui si è discusso in una nota precedente.

TAB. 4. *La valutazione complessiva delle politiche regionali per la non autosufficienza espressa da Comuni, Distretti e SAA (valori percentuali)*

	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	9,5	2,9	2,3
Sufficiente	13,4	11,4	4,7
Buona	68,2	74,3	81,4
Ottima	8,9	11,4	11,6
Totale	100,0	100,0	100,0
Valore medio 2004	7,2	7,5	7,6

contenuti di tali politiche. A tal fine sono state inserite nei questionari rivolti a Comuni, Distretti e SAA, tre gruppi di domande: un primo quesito generale e sintetico relativo alla valutazione complessiva delle politiche della Regione per la non autosufficienza; un secondo, composto da una batteria di domande, volto a far emergere quali siano gli aspetti più critici nell'attuale modello di intervento verso questo tipo di utenza; un terzo, caratterizzato da tre quesiti specificatamente relativi ad uno degli interventi più innovativi introdotti dalla Regione Emilia-Romagna nell'ultimo decennio, l'assegno di cura ⁽¹¹⁾.

Se vi è una ampia parte dei Comuni e un gruppo non irrilevante di Distretti che considera insufficiente o solo sufficiente le modalità di coinvolgimento nel *policy making*, tale tipo di giudizio negativo o solo parzialmente positivo è molto meno diffuso nel momento in cui si passa a ciò che la Regione propone e legifera in tema di non autosufficienza: oltre i tre quarti dei Comuni (77,1%), circa i cinque sesti dei Distretti (85,7%) e oltre i nove decimi dei SAA (93%) ritiene buoni o addirittura ottimi i contenuti delle politiche per la non autosufficienza sviluppate dalla Regione Emilia-Romagna (tab. 4). Sono praticamente assenti Distretti o SAA che ritengono insufficiente il tipo di intervento regionale e sono meno di un decimo i Comuni che esprimono tale giudizio.

Visto che si chiedeva a tali enti una valutazione espressa in

(11) In questo caso, viste le caratteristiche organizzative dell'intervento e la titolarità dello stesso, si sono raccolte le risposte dei Distretti sanitari e dei SAA.

TAB. 5. *I principali nodi problematici non ancora affrontati (o non affrontati in maniera soddisfacente) dalla Regione nelle politiche per la non autosufficienza (valori percentuali)*

Nodi problematici possibili:	Comuni	Distretti	SAA
Meccanismi di finanziamento in grado di assicurare maggiori risorse per gli interventi	68,0	38,9	43,2
Meccanismi di effettiva ed efficace integrazione socio-sanitaria	62,8	55,6	65,9
Livello di copertura dei bisogni (divario fra bisogni e risposte pubbliche)	47,0	27,8	31,8
Scarsa capacità di concertazione con gli enti locali	32,0	19,4	29,5
Interventi rivolti a specifici tipi di utenti anziani non autosufficienti	25,4	11,1	18,2
Fondi per specifici tipi di interventi	23,0	30,6	29,5
Normazione di nuovi tipi di intervento	15,2	25,0	31,8

una scala da 1 (politica totalmente insufficiente) a 10 (politica ottima), si può notare come sinteticamente il giudizio dei Comuni, Distretti e SAA sia mediamente superiore al 7 e, nel caso degli ultimi due tipi di organismi, sia almeno pari al 7,5. *Tale risultato è inoltre praticamente in linea con quello emerso circa cinque anni fa da un campione di Comuni e di Distretti emiliano-romagnoli a cui era stata sottoposta esattamente la stessa domanda* ⁽¹²⁾, a conferma di una stabilità nel tempo del rendimento regionale in questo campo di intervento.

Tenendo presente che i questionari sono stati sottoposti ad esperti nel campo della non autosufficienza, inseriti con compiti di responsabilità nei tre differenti enti, i giudizi che emergono corroborano nella sostanza quanto messo in luce nel capitolo precedente relativo alla comparazione fra le Regioni italiane in merito alle politiche per la non autosufficienza, da cui emergeva un ruolo di primo piano per l'Emilia-Romagna, in quanto ad innovazione e strutturazione del modello di intervento.

Se il giudizio espresso è sostanzialmente positivo e mediamente ben oltre la sufficienza, i responsabili dei servizi e degli enti analizzati sottolineano anche quali sono le *problematicità* da mettere nell'agenda regionale per i prossimi anni. Non vi è in genere perfetta coincidenza fra le priorità

(12) U. ASCOLI e E. PAVOLINI, *ibidem*.

in genere perfetta coincidenza fra le priorità indicate dai Comuni rispetto a quelle dei Distretti e dei SAA. In particolare (tab. 5):

- i Comuni pongono alla sommità delle proprie preoccupazioni (68%) nuovi meccanismi di finanziamento in grado di assicurare una maggiore copertura dei bisogni (socio-assistenziali) delle persone non autosufficienti; in Italia, tale tematica è al centro dell'attuale dibattito e la Regione Emilia-Romagna nella sua recente legge di riordino dei servizi sociali del 2003 ha previsto infatti l'istituzione di un Fondo al tal fine, fondo che – come già evidenziato nel Cap. 1 – fino ad oggi, per vincoli provenienti dal livello del governo centrale, non ha trovato una sua implementazione; le indicazioni dei Comuni sembrano spingere verso una introduzione quanto mai accelerata di tale strumento; questa problematica sembra relativamente meno sentita nei Distretti e nei SAA, anche perché, soprattutto i primi, sono meno direttamente influenzati dalle scelte in tal senso, visto che le risorse che ricevono per la non autosufficienza provengono in buona parte dal fondo sanitario regionale; non va comunque trascurato che tale tematica si colloca al secondo posto nella graduatoria dei problemi per entrambi questi attori;
- accanto al reperimento stabile di fondi aggiuntivi, l'altra grande tematica indicata dai responsabili di tutti e tre gli enti è quella dell'efficace integrazione socio-sanitaria; questa problematica riscuote una forte attenzione da parte di Distretti (55,6%), Comuni (62,8%) e SAA (65,9%) e sembra indicare come, nonostante gli sforzi regolativi regionali compiuti in tal senso, vi siano ancora alcuni ulteriori passi da compiere;
- il livello di copertura dei bisogni e il *gap* fra domanda sociale e risposta pubblica risulta di nuovo un tema più pressante per i Comuni (47%), rispetto ai Distretti (27,8%), visti i differenti meccanismi di finanziamento dei servizi sociali comunali (auto-finanziamento e fondi sovralocali in parte discrezionali) rispetto a quelli socio-sanitari e sanitari distrettuali (fondo sanitario regionale perlomeno per la parte di competenza sanitaria); tale tema risulta strettamente legato al primo, indicato sopra, relativo a nuovi meccanismi di finanziamento;

- tutte le altre tematiche tendono ad essere indicate in maniera molto più limitata dai servizi interpellati e riscuotono al massimo un terzo delle indicazioni dei responsabili degli enti, e in molti casi addirittura un quarto o un quinto (interventi rivolti a specifici utenti, in genere con riferimento a quelli affetti da demenze, o la normazione di nuovi tipi di intervento, quali ad esempio quelli rivolti al fenomeno delle badanti o all'accREDITAMENTO);
- fra queste tematiche ve ne era una che rimandava alla tematica affrontata nel paragrafo precedente e relativa al modello di *policy making*; un terzo dei Comuni (32%) e circa un quinto dei Distretti (19,4%) auspicano nuove linee di indirizzo per favorire una maggiore concertazione fra Regione ed enti locali; queste percentuali confermano quindi come, da un lato vi sia un insieme di realtà territoriali abbastanza consistente che desidererebbe un maggior coinvolgimento, dall'altro sia presente una larga maggioranza di enti che ritiene già soddisfacente il quadro normativo e le modalità di coinvolgimento attuali della Regione.

Come per la valutazione dello stile e delle modalità di *policy making* regionale, anche per queste prime due batterie di domande sui contenuti delle politiche regionali si è tentato di verificare se esistessero relazioni e correlazioni significative fra le risposte fornite ed alcune variabili di contesto, in particolare quelle già introdotte nel paragrafo precedente per i Comuni (ampiezza demografica, colore della giunta regionale ed esperienza dei responsabili dei servizi) e per i Distretti (bacino demografico, numero di Comuni presenti nel Distretto ed esperienza del direttore dello stesso). A queste ne sono state aggiunte alcune relative al SAA: essendo in genere quest'ultimo un servizio che coincide con il territorio distrettuale, i tipi di variabili considerate sono state dello stesso tipo dei Distretti.

L'analisi svolta non ha messo in luce alcuna particolare relazione fra la valutazione delle politiche regionali e di suoi singoli aspetti rispetto alle variabili introdotte, tranne che nel caso dei Comuni, suddivisi sulla base dell'ampiezza demografica, per quanto concerne l'integrazione socio-sanitaria (tab. 6).

TAB. 6. *Comuni che ritengono necessario un maggior intervento della Regione in merito ai meccanismi di effettiva ed efficace integrazione socio-sanitaria sulla base dell'ampiezza demografica (valori percentuali)*

	Fino a 5.000 ab.	5.000- 15.000 ab.	15.000- 50.000 ab.	Oltre 50.000 ab.	Totale
Si	53,8	69,4	75,0	83,3	62,7
No	46,2	30,6	25,0	16,7	37,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La necessità di integrazione sembra crescere con le dimensioni del Comune: ciò sembra spiegabile in quanto, mentre è probabile che i Comuni di piccole dimensioni tendano a delegare la gestione dei propri servizi ai Distretti e quindi tramite tale strumento risolvano il tema dell'integrazione, nei casi degli enti locali più grandi si pone un problema di maggiore conflittualità per la volontà dei Comuni di gestire in proprio, in tutto o in parte, le funzioni relative alla cura degli anziani non autosufficienti.

Un'ultima batteria di domande è stata infine riservata agli *assegni di cura* e al loro utilizzo (tab. 7). L'introduzione di tali strumenti ha generato e sta generando in Italia un ampio dibattito sulla loro efficacia e sull'impatto che possono avere all'interno della rete di intervento pubblica. Alcuni sostenitori ne sottolineano i vantaggi in termini di flessibilità e facilità con cui le famiglie possono utilizzarli, personalizzando l'intervento. Altri ritengono tale strumento dannoso in quanto, da un lato sottrae risorse alla restante rete dei servizi, dall'altro il suo impiego tende a sfuggire al controllo pubblico, visto che, trattandosi di risorse monetarie, esso può pertanto risultare erroneamente utilizzato a fini non di cura.

Nella tab. 7 sono riportati i valori medi espressi dagli intervistati sulle tre domande scelte, attinenti ai termini del dibattito appena riportato, per misurare il tipo di giudizio complessivo in merito allo strumento da parte dei Distretti e dei SAA:

- generalmente sia i Distretti che i SAA esprimono apprezzamento per il funzionamento di tale prestazione, con un giudizio talvolta più positivo da parte dei Distretti;
- gli intervistati indicano innanzitutto come l'assegno sia uno

TAB. 7. *Le valutazioni dei responsabili dei SAA e dei direttori di Distretto in merito all'impiego degli assegni di cura nella rete dei servizi. Valori medi e deviazioni standard (1 = per niente d'accordo; 4 = molto d'accordo)*

	SAA		Distretti	
	Media	Deviazione Std.	Media	Deviazione Std.
Strumento utile per la personalizzazione e la flessibilizzazione degli interventi rivolti agli anziani e alle loro famiglie	3,2	0,51	3,4	0,55
Strumento dannoso che sposta potenziali risorse da servizi direttamente erogati a trasferimenti monetari alle famiglie	1,7	0,70	1,5	0,56
Strumento utile visto che, pur essendo un trasferimento monetario, è possibile supervisionare tramite i servizi pubblici (SAA) l'uso effettivo che la famiglia ne fa	3,1	0,61	3,1	0,69

strumento utile per la personalizzazione e la flessibilizzazione degli interventi rivolti ad anziani non autosufficienti e alle loro famiglie;

- ugualmente ritengono che sia possibile supervisionare, tramite i servizi pubblici (SAA, responsabile del caso), l'uso effettivo ed appropriato che la famiglia ne fa, pur essendo un trasferimento monetario;
- all'opposto tendono a non considerarlo dannoso in quanto sposta potenziali risorse dai servizi direttamente erogati a trasferimenti monetari alle famiglie.

L'esperienza concreta dei gestori degli assegni di cura in Emilia-Romagna, Distretti e SAA, sembra quindi fugare molti dei dubbi emersi a livello di dibattito teorico in merito al loro utilizzo: l'impiego di tale strumento appare assicurare flessibilità e personalizzazione, senza in genere dover far rinunciare a forme di supervisione pubblica. Inoltre le risposte indicano come, seguendo in questo senso la filosofia dello strumento così come normata dalla Regione Emilia-Romagna, esso si collochi bene all'interno della rete e del pacchetto di interventi offerti dal soggetto pubblico a livello locale, e non si trasformi quindi in un intervento parallelo e non integrato rispetto a tale sistema.

L'analisi delle deviazioni *standard* ci permette inoltre di no-

tare come in genere non vi sia una forte variazione delle risposte rispetto al valore medio qui indicato: ciò si verifica in particolare modo per quanto attiene la prima domanda relativa alla personalizzazione e alla flessibilizzazione dell'intervento.

4. Il Servizio Assistenza Anziani: caratteristiche e capacità di intervento

Sulla base della ricostruzione effettuata nel capitolo precedente e secondo il parere di Comuni, Distretti e SAA interpellati, i tratti del modello di intervento emiliano-romagnolo, nel campo delle politiche per la non autosufficienza, sembrano essere un buon grado di intervento, supportato da una rete diversificata ed ampia di prestazioni e spesso basato su un coinvolgimento nel processo decisionale (auspicabilmente da ampliare) degli enti locali da parte della Regione.

Questo modello trova concettualmente uno dei suoi cardini nel SAA, quale porta di accesso e di accompagnamento alla rete dei servizi pubblici. Il SAA rappresenta sicuramente una delle innovazioni più rilevanti ed interessanti non solo a livello regionale, ma anche nazionale. Da qui la necessità di approfondire e dedicare un'analisi a questo tipo di strumento. Lo studio compiuto ha potuto basarsi da un lato sulle risposte ad un questionario somministrato ad un campione di Comuni e alla totalità dei Distretti e dei SAA stessi, dall'altro su interviste effettuate in alcuni SAA. Le prossime pagine presentano i risultati dell'analisi mettendo in luce nell'ordine: i meccanismi di funzionamento dei SAA; le risorse umane e finanziarie a loro disposizione; la rete di collaborazione con altri attori presenti sul territorio; la capacità di intervento.

4.1 Il funzionamento

La legge n. 5/94 lasciava una relativa possibilità di scelta ai territori su come organizzare il SAA e soprattutto rimandava al-

TAB. 8. *Modalità di gestione e di finanziamento dei SAA (valori percentuali)*

Modello di gestione del SAA previsto dall'Accordo di Programma: (*)		
Essenzialmente appoggiata sulla struttura dei Comuni	19,0	(15,8)
Essenzialmente appoggiata sulla struttura del Distretto	31,0	(34,2)
Che vede in modo paritario impegnati Comuni e Distretto	50,0	(50,0)
Totale	100,0	(100,0)
Modalità di ripartizione degli oneri per il funzionamento del SAA fra Comuni e Distretto:		
Per più dell'80% a carico del Distretto		21,2
Tra il 60%-80% a carico del Distretto		12,1
All'incirca per la metà a carico del Distretto		33,3
Tra il 60%-80% a carico del Comune		18,2
Per più dell'80% a carico del Comune		15,2
Totale		100,0

* Dato riferito ai soli SAA comunali e non a quelli di quartiere.

lo strumento dell'accordo di programma, sottoscritto da Distretto sanitario e Comuni appartenenti alla medesima area, l'indicazione di come da un lato questi attori si dovessero ripartire i compiti gestionali così come quelli finanziari.

Per quanto riguarda il primo aspetto, le opzioni percorribili erano tre: un modello organizzativo appoggiato principalmente sui Comuni, uno all'opposto sul Distretto ed uno infine misto. Possiamo notare come *il modello relativamente prevalente sia quello misto con un impegno paritario di Comuni e Distretto (50%)*, seguito da quello appoggiato alla struttura del Distretto (31%). Solo un quinto dei territori ha scelto infine il modello a prevalente gestione comunale (19%). La limitata rilevanza di questo terzo assetto risulta anche più accentuata se le percentuali vengono calcolate sui soli SAA presenti almeno a livello comunale ed escludendo quindi la struttura dei SAA di quartiere del Comune di Bologna: in questo caso le strutture prevalentemente gestite dai Comuni contano per circa un sesto del totale (15,8%) ed aumenta l'incidenza di quelle a gestione distrettuale (34,2%) (tab. 8).

Si è tentato di verificare se vi fossero alcune variabili in gra-

grado di discriminare la differente collocazione dei SAA all'interno dei tre modelli, ma non è emerso nulla di significativo: né la numerosità dei Comuni appartenenti al Distretto né l'ampiezza demografica complessiva di tale bacino, sembrano essere correlati con le scelte compiute, probabilmente più legate a fattori contingenti locali, in particolare la storia dei rapporti pregressi fra i due attori e il relativo grado di sviluppo della rete dei servizi.

I SAA si suddividono in tre gruppi di uguali dimensioni per quello che riguarda le modalità di ripartizione degli oneri di funzionamento di tale strumento: un terzo si basa in prevalenza su fondi distrettuali (in particolare circa un SAA ogni cinque ha risorse economiche almeno all'80% a carico del Distretto), un altro terzo su fondi comunali (in particolare circa un SAA ogni sei ottiene risorse finanziarie almeno all'80% a carico di tali enti locali), ed un ultimo terzo presenta oneri egualmente ripartiti.

Non sempre ad una modalità di gestione è associato uno specifico meccanismo di finanziamento, anche se chiaramente quanto più il SAA è organizzato attorno al Distretto o ai Comuni tanto è più probabile un finanziamento proveniente rispettivamente dal primo o dal secondo attore (ad esempio, circa il 60% dei SAA essenzialmente appoggiati sui Comuni e il 64% di quelli coordinati strettamente dal Distretto ottengono finanziamenti in prevalenza, rispettivamente dalla prima e dalla seconda istituzione).

Prevedendo il SAA una forma di co-gestione fra Distretto e Comuni, questo organismo tende a dotarsi di un cabina di regia che nella maggioranza dei casi (circa i cinque sesti) è duplice, con da un lato un coordinamento politico, dall'altro uno tecnico (tab. 9). All'interno del coordinamento politico tendono ad essere presenti i sindaci o loro rappresentanti (in particolare gli assessori con delega ai servizi sociali), il direttore di Distretto ed il responsabile del SAA, talvolta supportati da altre figure tecniche (funzionari dei servizi comunali, ecc.): questo tipo di organo svolge funzioni di indirizzo e di programmazione da un lato, di valutazione e di verifica dall'altro. Ad esso spesso si accompagna una struttura di coordinamento di tipo tecnico che

TAB. 9. *Strumenti di gestione e di coordinamento del SAA (valori percentuali)*

SAA con presenza di un solo organo di coordinamento						15,8
SAA con due organi di coordinamento uno tecnico e uno politico						84,2
<hr/>						
Frequenza incontri dei due organismi:	Mensile	Ogni due mesi	Trimestrale	Semestrale	Totale	
<hr/>						
Coordinamento politico	7,2	19,2	23,6	50,0	100,0	
Coordinamento tecnico	33,3	12,5	41,7	12,5	100,0	
<hr/>						
Partecipazione effettiva dei membri dei coordinamenti agli incontri:		Un quarto	La metà	Tre quarti	Tutti	Totale
<hr/>						
Coordinamento politico		5,9	17,6	47,1	29,4	100,0
Coordinamento tecnico		0,0	6,5	41,9	51,6	100,0
<hr/>						
Presenza di momenti specifici di incontro fra due organi:						
No						43,3
Occasionalmente						40,0
Regolarmente						16,7
Totale						100,0

vede al centro il responsabile del SAA, i funzionari dei servizi sociali e talvolta il direttore del Distretto (in circa la metà dei casi), a cui si affiancano sia specifici professionisti, quali i rappresentanti dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatria), medici di medicina generale, medici geriatri, ed altri operatori del SAA, sia rappresentanti degli enti gestori (presenti in circa i due terzi dei coordinamenti): in questo caso si tratta di un lavoro più di rete rispetto alla conduzione quotidiana e puntuale del SAA.

Come si può notare, sempre dai dati riportati nella tabella 9, i due organismi tendono a differenziarsi sia in termini di frequenza di convocazione che per assiduità di partecipazione da parte dei membri: mentre i coordinamenti tecnici prevedono incontri su base spesso mensile (33,3%) ed in genere al massimo trimestrale (87,5%), con la presenza di tutti o quasi tutti coloro che ne fanno ufficialmente parte, i coordinamenti politici sono

TAB. 10. *Le risorse finanziarie (valori percentuali)*

Ammontare complessivo costi di funzionamento del SAA* :	
Massimo 40.000 euro	14,3
Fra i 40.001-60.000 euro	39,2
Fra i 60.001-80.000 euro	14,3
Fra gli 80.001-120.000 euro	10,7
Oltre i 120.000 euro	21,5
Totale	100,0
SAA suddivisi in base al livello di spesa procapite per il servizio stesso:	
Fino a 0,50 euro procapite	21,4
Fra 0,50 ed 1 euro procapite	28,6
Fra 1 euro - 1,50 euro procapite	32,1
Oltre 1,50 euro procapite	17,9
Totale	100,0

*Nel calcolo di tali costi sono considerati quelli relativi al personale dedicato esclusivamente alle funzioni del SAA, alla sola parte relativa al SAA del personale dedicato parzialmente a tali funzioni, alle altre spese di gestione (utenze, ecc.) e sono esclusi i costi riferiti al finanziamento della funzione di responsabile del caso e dell'UVG.

più rari e spesso come minimo trimestrali (73,6%) se non frequentemente semestrali (50%), e si caratterizzano per una presenza un poco meno regolare di tutti i suoi componenti (solo in circa il 29% dei casi, contro il 51% dei coordinamenti tecnici, sono presenti tutti i membri). Momenti istituzionalizzati di confronto fra i due organi in genere non ci sono ma questo sembra dipendere dal fatto che spesso in entrambi i coordinamenti siano presenti alcune figure che fanno da collegamento (ad esempio, i responsabili stessi dei SAA). Anche per tali aspetti di gestione non si registrano particolari differenziazioni sulla base delle variabili di contesto fin qui utilizzate (numero di Comuni appartenenti al SAA, ecc.).

TAB. 11 *Le risorse umane a disposizione nei SAA (valori percentuali)*

SAA suddivisi per anni di esperienza nel servizio da parte dell'attuale responsabile del SAA:	
1 anno	14,0
2-3 anni	25,6
4-5 anni	13,9
Oltre 5 anni	46,5
Totale	100,0
SAA suddivisi per numero di responsabili che si sono succeduti nel tempo:	
Uno	39,0
Due	36,6
Tre	12,2
Più di tre	12,0
Totale	100,0
SAA suddivisi per numero di operatori presenti (equivalente a tempo pieno):	
Massimo 5	18,6
6-10	25,3
11-15	27,9
Oltre 15	18,6
Totale	100,0
SAA suddivisi per numero abitanti nel bacino di competenza del SAA per ogni operatore presente:	
Fino a 5.000	25,6
5.001-10.000	34,9
10.001-15.000	25,5
Oltre 15.000	14,0
Totale	100,0
SAA suddivisi per l'incidenza percentuale dei responsabili del caso sul totale degli operatori:	
- fino ad un terzo	16,3
- dal 33% al 50%	23,2
- dal 51% al 75%	40,4
- oltre il 75%	21,1
- totale	100,0

(Segue)

TAB. 11. (Segue)

SAA suddivisi per contratto offerto ai responsabili del caso:		Inquadramento professionale
- part time	59,1	Assistente sociale
- a tempo pieno	79,5	Assistente sociale
SAA suddivisi in base alla valutazione in merito alle carenze di personale nella struttura:		
Sufficiente		22,0
Insufficiente		78,0
Figure più carenti:		
- assistenti sociali		56,0
- figure amministrative		29,2
- figure sanitarie (medici e infermieri)		17,1

4.2 Le risorse a disposizione

I SAA tendono a differenziarsi fra loro sulla base delle risorse finanziarie (tab. 10) ed umane a disposizione (tabb. 11a e 11b). In particolare sono circa un terzo le realtà che riescono a fare affidamento su più di 80.000 euro (32,2%) per la gestione delle attività e all'opposto circa un 14% quelle che hanno entrate inferiori ai 40.000 euro. Naturalmente, avendo i vari SAA bacini demografici diversificati, la loro capacità di spesa va rapportata a tale dato: circa la metà di essi presenta un finanziamento pro-capite pari o superiore all'euro, mentre solo in un quinto dei casi è inferiore ai 50 centesimi.

Sotto il profilo delle risorse umane ed in particolare della direzione dei SAA, il panorama regionale appare abbastanza eterogeneo, anche se si nota complessivamente l'emergere di un gruppo di responsabili che ormai da anni stanno svolgendo tale lavoro, assicurando quindi presumibilmente continuità e professionalità rispetto allo specifico intervento:

- quasi la metà dei SAA (46,5%) presenta responsabili presenti da almeno 6 anni e solo meno di uno su sette ha direttori appena arrivati;
- in relazione al dato appena riportato, appare ugualmente

contenuto il livello di *turn-over* fra responsabili succedutisi nel tempo; circa quattro SAA ogni dieci hanno avuto sempre la stessa persona quale responsabile e solo in circa un quarto delle strutture si sono succeduti almeno tre direttori.

Se si passa ad un'analisi più generale del personale presente appare un'immagine di molti SAA come strutture dotate di un personale abbastanza numeroso e diversificato per professioni (amministrativi, assistenti sociali, ecc.), ma frequentemente numericamente insufficiente rispetto alle finalità e agli obiettivi del servizio:

- circa il 46% ha oltre 10 operatori o l'equivalente a tempo pieno e meno di un quinto ne ha al massimo 5;
- se si considera congiuntamente la dotazione di personale in relazione all'ampiezza demografica del bacino di Comuni serviti dal SAA emerge come in circa il 60% delle strutture vi sia in media un operatore massimo ogni 10.000 abitanti (in un quarto dei casi addirittura uno ogni massimo 5.000 residenti);
- solo un settimo dei SAA è dotato di personale in un rapporto di uno ogni 15.000 o più abitanti;
- in genere la maggior parte di tali operatori sono responsabili del caso (61,5%); tali figure, che presentano una qualifica di assistente sociale in quasi tutti i contesti analizzati, lavorano spesso a tempo pieno (nel 79,5% dei SAA), anche se risulta abbastanza diffuso il ricorso ad occupati *part-time* (59,1%);
- il giudizio espresso dai responsabili in merito alla presenza di un numero sufficiente di operatori rimane però molto spesso negativo, visto che in quattro SAA su cinque si reputa che le risorse umane presenti, *in primis* le figure degli assistenti sociali quali responsabili del caso, seguite da quelle di tipo amministrativo e sanitario, siano troppo limitate rispetto agli obiettivi del servizio.

L'ampiezza del bacino demografico distrettuale così come il numero di Comuni presenti nel territorio del SAA non sembrano avere un'influenza sulla presenza di risorse umane e finanziarie. L'unica variabile che sembra in grado di far emergere alcune differenziazioni significative fra le risposte degli intervistati è relativa al modello organizzativo e di gestione adottato dal

TAB. 12. *Valutazione rapporti di collaborazione tra il SAA e alcuni attori*

	Valut. Media*	Senza rapporti	Insuff.	Sufficiente	Buona	Ottima
Comuni	8,4	0,0	2,6	2,6	48,8	46,1
Distretto	8,2	0,0	0,0	7,3	56,1	36,6
Famiglie utenti	8,2	0,0	0,0	2,4	69,0	28,5
Gestori nonprofit	8,1	13,6	0,0	11,4	54,2	34,3
Gestori IPAB	8,0	9,1	2,7	10,8	56,7	29,7
Sindacati pensionati	7,9	0,0	0,0	12,2	58,5	29,3
Gestori a scopo di lucro	7,7	22,8	3,2	9,7	64,5	22,6
Asl	7,6	6,8	5,3	15,8	57,8	21,1

* La valutazione poteva variare da 1 (totalmente insufficiente) a 10 (ottima).

SAA (centrato sui Comuni, sul Distretto o condiviso): a tale aspetto si è deciso di dedicare un paragrafo specifico a parte in conclusione della presente analisi.

4.3 *La rete di collaborazione*

Il SAA è pensato fondamentalmente come una struttura di integrazione della rete dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti, così come punto di raccordo e di coordinamento con i vari attori, istituzionali e non, che intervengono sul territorio verso questa particolare categoria di utenti. In quest'ottica è quindi importante comprendere quale sia la capacità dei SAA di costruire relazioni collaborative con i soggetti che operano in varia maniera nei confronti delle persone anziane disabili (tab. 12). Mediamente i rapporti intessuti dai SAA sono buoni, se non spesso ottimi, visto che la valutazione media è per tutti gli attori con cui i SAA interagiscono almeno superiore a 7,6, lungo una scala che va da 1 ai 10. I Comuni sono in assoluto i soggetti con cui i SAA mantengono i rapporti migliori; praticamente sono quasi assenti realtà che ritengono insufficienti le relazioni con tali attori, mentre all'opposto sono circa il 95% le strutture che hanno rapporti come minimo buoni;

- seguono i Distretti sanitari e i rapporti con gli utenti e le loro

famiglie, anch'essi in genere improntati ad una collaborazione forte; nessun SAA ha indicato infatti rapporti di tipo insufficiente;

- le IPAB, i gestori *nonprofit* e i sindacati pensionati, quando interagiscono, si presentano come altri attori con cui le relazioni sono molto positive;
- i due soggetti che, pur presentando un buon livello di collaborazione, mostrano talvolta alcune difficoltà di interazione sono i gestori a scopo di lucro e le ASL (in quest'ultimo caso sono circa un quinto i SAA che ritengono al massimo sufficiente la relazione).

Nella valutazione su quali possano essere le correlazioni e le relazioni significative fra quanto qui descritto e alcune variabili di contesto, si è preferito, per non appesantire l'analisi, offrire un quadro sintetico basato sulla costruzione di un indice di «capacità di creazione di una rete collaborativa da parte dei SAA», ottenuto da un'analisi dei componenti principali sulle risposte alla batteria di otto domande in merito alla interazione con gli attori prima indicati: tale procedimento ha permesso di individuare un solo componente con circa il 67% della varianza spiegata e una buona correlazione media e significativa delle otto variabili alla base dell'indice fra loro ⁽¹³⁾.

Costruito tale indice abbiamo compiuto uno studio delle correlazioni con alcune variabili ⁽¹⁴⁾. Fra queste ne sono risultate significative due: la forma di gestione adottata dal SAA e la capacità di intervento e di rendimento di queste strutture. In

(13) In particolare, le relazioni fra le variabili sono tutte positive tranne che in due casi e in 20 casi su 28, con un livello di significatività pari almeno a 0,05.

(14) In particolare si sono utilizzate le seguenti variabili: tre variabili riferite al differente grado di diffusione dei servizi semi-residenziali (centri diurni), residenziali e domiciliari nei territori dei SAA (livello di diffusione, inteso come percentuale di anziani *over 75* beneficiari di interventi); il numero di abitanti presenti nei Comuni appartenenti al Distretto; il numero di Comuni del Distretto; gli anni di esperienza del responsabile del SAA ed il livello di *turn-over* fra i responsabili; le risorse umane e finanziarie presenti (il numero di residenti per ogni operatore ed il livello di finanziamento *procapite*); il modello di gestione adottato (appoggiato essenzialmente al Distretto, ai Comuni o misto); la capacità di intervento dei SAA (si tratta di una variabile costruita a partire da una analisi dei componenti principali illustrata nel paragrafo seguente).

TAB. 13. *Capacità del SAA di svolgere effettivamente i propri compiti. Valori medi (1=per nulla; 5=molto)*

	Distretti		Comuni		SAA		Totale*	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Prima valutazione situazione anziano	4,0	0,7	4,1	0,9	4,3	0,7	4,1	0,2
Informazione in merito al funzionamento servizi e modalità accesso a strutture	3,9	0,8	3,8	0,9	4,1	0,9	3,9	0,2
Raccolta ed elaborazione dati sui servizi per gli anziani esistenti sul territorio	3,7	0,9	3,7	0,8	3,8	1,0	3,7	0,1
Coordinamento rete fra servizi sociali comunali e socio-sanitari distrettuali	3,7	0,8	3,7	1,0	3,8	1,0	3,7	0,1
Collegamento operativo fra servizi socio-sanitari e sanitari	3,6	0,8	3,5	0,9	3,5	1,1	3,5	0,1
Formazione e aggiornamento del personale	3,9	0,8	3,1	1,1	3,2	1,2	3,4	0,4
Controllo funzionamento della rete e verifica qualità prestazioni	3,3	0,9	3,4	1,0	3,2	0,9	3,3	0,1

* Media e deviazione *standard* totali sono state calcolate a partire dai valori medi presentati nelle colonne precedenti della stessa tabella.

quest'ultimo caso si tratta di una variabile costruita a partire dalle risposte fornite nel paragrafo seguente in merito alle caratteristiche dell'*output* dei SAA. Il commento e l'analisi di tali correlazioni è sviluppato nei due prossimi paragrafi.

4.4 *La capacità di intervento*

Dopo aver analizzato l'organizzazione e le risorse a disposizione dei SAA, possiamo valutare quali siano gli interventi effettivamente svolti e le modalità di accesso a questa struttura.

La prima dimensione analizzata riguarda quanto il SAA riesca a svolgere l'insieme di funzioni che la legge regionale sugli anziani n. 5 del 1994 affida ad esso. La batteria di domande in merito ai compiti realizzati è stata posta sia direttamente ai SAA, che ai Comuni e ai Distretti (tabb. 13 e 14):

- *i tre tipi di attori concordano, con giudizi mediamente simili,*

nel ritenere che la valutazione della situazione dell'anziano sia la funzione più diffusamente svolta in maniera soddisfacente dai SAA; solo circa l'8% dei Comuni e meno del 5% dei Distretti e dei SAA ritiene insufficiente le modalità di svolgimento di tale funzione; all'opposto, almeno i quattro quinti delle realtà analizzate ritengono abbastanza o molto sviluppata tale funzione;

- ugualmente c'è concordanza, anche se con valori leggermente inferiori a quelli precedenti, in merito al funzionamento

TAB. 14. Valutazioni di Comuni, Distretti e SAA sulla capacità del SAA di svolgere effettivamente i propri compiti (valori percentuali)

Prima valutazione della situazione anziano	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	7,7	3,0	4,7
In maniera appena sufficiente	6,6	15,2	2,3
Buona	85,8	81,8	93,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Informazione in merito al funzionamento della rete e dei servizi esistenti sul territorio	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	10,4	5,7	7,0
In maniera appena sufficiente	17,3	25,7	9,3
Buona	72,4	68,6	83,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Coordinamento rete servizi socio-assistenziali comunali e socio-sanitari distrettuali	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	14,8	13,9	13,9
In maniera appena sufficiente	15,4	13,9	14,0
Buona	69,8	72,2	72,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Raccolta e elaborazione dati informativi sui servizi per gli anziani esistenti sul territorio	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	8,2	13,9	16,3
In maniera appena sufficiente	20,2	22,2	16,3
Buona	71,5	63,9	67,4
Totale	100,0	100,0	100,0

(Segue)

TAB.14. (Segue)

Collegamento operativo tra i servizi socio-sanitari integrati e i servizi sanitari	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	18,2	11,1	21,0
In maniera appena sufficiente	24,8	27,8	18,6
Buona	57,0	61,1	60,5
Totale	100,0	100,0	100,0

Formazione e aggiornamento del personale	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	31,4	8,6	34,1
In maniera appena sufficiente	21,1	17,1	12,2
Buona	47,5	74,4	53,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Controllo del funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni	Comuni	Distretti	SAA
Insufficiente	21,6	20,0	23,3
In maniera appena sufficiente	20,0	31,4	39,5
Buona	58,4	48,6	37,2
Totale	100,0	100,0	100,0

del SAA come porta di accesso e sportello informativo per gli utenti circa le caratteristiche dei servizi e le modalità di entrata nelle strutture; solo circa un Comune su dieci ritiene svolto tale compito in maniera insoddisfacente, a fronte di percentuali anche più ridotte fra i Distretti e SAA; all'opposto almeno sette decimi dei responsabili intervistati reputano buono il livello di informazione fornito;

- da un lato la raccolta e l'elaborazione dei dati, dall'altro l'integrazione socio-sanitaria fra servizi socio-sanitari distrettuali e servizi sociali comunali sembrano spesso raggiungere un buon livello, anche se leggermente inferiore rispetto a quelli precedenti (punteggio medio 3,7); i giudizi di SAA, Comuni e Distretti sotto tale profilo sembrano essere in buona parte coincidenti per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, con circa un 14-15% che reputa insufficiente l'azione dei SAA in questa direzione e all'opposto un 70-72% che è soddisfatto; per

quanto riguarda la raccolta e l'elaborazione dei dati sui servizi presenti sul territorio, le opinioni appaiono più differenziate con i Comuni da un lato caratterizzati da un giudizio più positivo, SAA e Distretti dall'altro relativamente più cauti (non dimenticando comunque come anche in quest'ultimo caso sono rispettivamente il 64% ed il 67% i Distretti ed i SAA che valutano buona la capacità di intervento);

- *se quindi l'integrazione socio-sanitaria sembra essersi giovata dell'introduzione del SAA, lo stesso si può affermare, ma in maniera relativamente meno forte, per quanto riguarda l'integrazione all'interno della sanità fra Distretti e altri tipi di intervento fra cui quelli residenziali (ospedali, strutture di lungo degenza, ecc.); su tale aspetto tendono a concordare le valutazioni dei tre tipi di istituzioni, con circa il 60% di essi che ritiene soddisfacente tali forme di coordinamento in sanità;*

- *da un lato la formazione e l'aggiornamento del personale, dall'altro la capacità di controllo e di supervisione delle prestazioni appaiono le funzioni relativamente meno sviluppate e talvolta più carenti, anche se sotto tali due ultimi profili tendono a differenziarsi i giudizi di Comuni, Distretti e SAA, soprattutto in riferimento alla formazione; circa un terzo dei Comuni e dei SAA ritiene insoddisfacente il livello di formazione e di aggiornamento del proprio personale e solo circa la metà in entrambi i casi da un giudizio abbastanza o molto positivo, mentre tale problematica sembra molto meno rilevante per i Distretti;*

- *le valutazioni in merito al controllo e alla supervisione della rete meritano alcune considerazioni aggiuntive a sé, visto che i due terzi dei SAA e la metà dei Distretti ritengono non buona (in un quinto dei casi assolutamente insufficiente) la capacità dei propri servizi assistenza anziani di monitorare i servizi; chiaramente una rete funziona non solo se si presenta come porta di accesso unitaria ai servizi ed integra i differenti attori, ma anche se è in grado di valutare il comportamento di questi ultimi e l'efficacia di quanto erogato agli utenti.*

TAB. 15. *La capacità di risposta dei SAA (valori percentuali)*

SAA suddivisi in base ai tempi di attesa per un soggetto che richiede per la prima volta una valutazione del proprio caso:					
Massimo 15 gg.	Un mese	Due mesi	Più di due mesi	Totale	
59,5	35,7	4,8	0,0	100,0	
SAA suddivisi in base ai tempi di attesa che intercorrono fra la valutazione del caso e l'intervento:					
Interventi	Una settimana	Due/Tre settimane	Un mese	Due mesi	Oltre due mesi
Domiciliari/ Territoriali	45,0	32,5	15,0	7,5	0,0
Interventi Residenziali	7,9	28,9	28,9	13,2	21,1
SAA suddivisi in base alla presenza di procedure di valutazione e di intervento differenziate per situazioni di emergenza, in grado di assicurare un percorso più rapido per la valutazione e l'inserimento nella rete dei servizi:					
	No	Sì occasionalmente	Sì regolarmente		
Procedure Valutazione	2,4	7,3	90,3		
Procedure Intervento	2,4	4,8	92,8		

Se quindi a livello generale i SAA sembrano aver, in maniera spesso buona e talvolta con più difficoltà, tentato di svolgere e realizzare le funzioni loro affidate dalla normativa del 1994, possiamo ulteriormente sviluppare un'analisi delle loro capacità a partire da alcune domande in merito alle modalità e ai tempi di accesso al SAA stesso, e tramite esso, alla rete dei servizi (tab. 15). *Complessivamente la struttura regionale dei SAA appare relativamente efficiente ed in grado, compatibilmente con le risorse ed i servizi a disposizione sul territorio, di rispondere all'utenza:*

- *praticamente tutti i SAA riescono a contenere, entro il mese di tempo, l'attesa per una prima valutazione del caso di un*

nuovo potenziale utente; in circa sei casi su dieci tale arco temporale si riduce ulteriormente a due settimane dalla formulazione della prima richiesta di valutazione (59,5%);

- *risulta frequentemente molto contenuto anche il lasso di tempo intercorrente fra la valutazione del caso e l'intervento; ciò è particolarmente vero per l'accesso ai servizi domiciliari e territoriali* (fra cui anche i centri diurni) nei quali oltre i tre quarti dei SAA riescono ad assicurare un accesso agli utenti entro tre settimane (77,5%) e poco meno della metà entro una settimana (45%); *la situazione appare ugualmente soddisfacente per l'accesso alle strutture residenziali*, tenendo presente che vi è complessivamente una più limitata capacità di offerta ed una maggiore pressione della domanda per questo tipo di interventi; in quest'ultimo caso, circa i due terzi dei SAA riescono ad intervenire entro il mese (65,6%);

- *il sistema dei SAA sembra inoltre sempre più orientarsi ad una segmentazione dell'utenza sulla base del livello di urgenza dei bisogni, seguendo quindi l'impostazione che ormai a livello perlomeno teorico, si sta diffondendo in Italia sul cosiddetto «welfare dell'emergenza»* (si veda in questo senso la legge sul sistema dei servizi sociali n. 328/00) e cioè un insieme di interventi pensati per fronteggiare una domanda sociale che improvvisamente esprime un bisogno immediato (si pensi a famiglie con anziani non autosufficienti che, per altre complicazioni interne al nucleo, quali ad esempio una malattia o la morte di una figura cardine adulta, sono costrette temporaneamente ad interrompere il proprio lavoro di cura); oltre nove SAA su dieci hanno infatti adottato su base regolare procedure di valutazione del caso e di intervento differenziate per le situazioni di emergenza, in modo tale da assicurare un percorso più rapido di inserimento nella rete dei servizi.

Come già effettuato nei precedenti paragrafi, anche per questo insieme di variabili si è cercato di valutare quali potessero essere alcuni fattori correlati in grado di spiegare il differente grado di sviluppo degli interventi. Anche in questo caso, per non appesantire l'analisi presentata in queste pagine e offrire un quadro sintetico si è preferito, piuttosto che discutere sulle sin-

TAB. 16. *La presenza di correlazioni significative fra livello di rendimento dei SAA ed alcune variabili*

	Capacità di rendimento del SAA
Livello di copertura degli anziani <i>over 75</i> tramite strutture resid.	0,479 (**)
Capacità di creare una buona rete di collaborazione	0,352 (*)
Modello di gestione del SAA con un ruolo rilevante del Distretto	0,299 (*)

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

gole correlazioni e relazioni fra variabili, seguire la strada di costruire un «indice di rendimento dei SAA» ottenuto da un'analisi dei componenti principali sulle risposte alla batteria di sette domande in merito alla capacità del SAA di svolgere alcune funzioni base (prima valutazione dell'anziano, ecc.): tale procedimento ha permesso di individuare un solo componente con circa il 55% della varianza spiegata e una buona correlazione media e significativa delle sette variabili alla base dell'indice fra loro ⁽¹⁵⁾.

Anche in questo caso si è proceduto con un'analisi delle correlazioni fra questo indice e le medesime variabili introdotte nel paragrafo precedente. Fra queste ne sono risultate significative tre (tab. 16):

- appare una forte relazione positiva (0,479) fra il livello di copertura assicurato tramite le strutture residenziali su cui i SAA possono fare affidamento per inviare utenti in tempi veloci e il livello di rendimento, proprio a dimostrazione di come in parte la capacità di intervento dei SAA possa essere influenzata dalla dotazione di servizi sul territorio e quindi non dipenda dalla propria diretta abilità nel fornire prestazioni;
- come già rilevato, appare anche significativa la relazione fra indicatore di rendimento e capacità di creare una buona rete collaborativa (0,352); è probabile che tali due dimensioni ten-

(15) In particolare le relazioni fra le variabili sono tutte positive e in 17 casi su 22 con un livello di significatività pari almeno a 0,05.

dano a rafforzarsi a vicenda e cioè un buon livello di collaborazione favorisce un miglior rendimento, così come una soddisfacente capacità di intervento si basa anche sulla creazione di una rete collaborativa;

- la terza variabile correlata con il rendimento è infine rappresentata dal modello di gestione adottato dal SAA ⁽¹⁶⁾; quanto più quest'ultimo vede un ruolo forte del Distretto (in forme miste o in modelli di delega ad esso), tanto più aumenta il livello di rendimento; letto in altri termini la presenza di questa correlazione sembra indicare come la capacità di intervento sia più limitata nei casi in cui i Comuni scelgano di gestire in relativa autonomia lo strumento. Il prossimo paragrafo è comunque dedicato ad approfondire tale aspetto.

4.5 *Il ruolo del modello organizzativo*

Nell'analisi fin qui proposta sulle caratteristiche ed il funzionamento del SAA risulta quindi come in genere la maggior parte delle variabili di contesto, quali ad esempio il numero di abitanti e di Comuni nel Distretto di riferimento, non si correla a capacità differenti di azione. I due paragrafi precedenti hanno invece messo in luce come il modello di gestione adottato, più o meno centrato sui Comuni o sul Distretto, si dimostra collegabile ad alcuni meccanismi di funzionamento dei SAA.

In particolare l'analisi svolta, così come gli approfondimenti riportati nella tab. 17 mostrano come:

- i modelli di gestione appoggiati prevalentemente sui Comuni, se da un lato sono quelli con problemi relativamente meno pressanti di personale, seppur molto consistenti (solo un quarto dei SAA hanno un operatore ogni 10.000 o più abitanti e il 57% di essi ritiene insufficiente il proprio personale, a fronte di due dati medi, rispettivamente pari al 40% e al 78%), dall'altro dimostrano meno capacità di fare rete e fanno regi-

(16) In questo caso si è pensato di utilizzare le tre modalità di risposta a tale variabile come una maniera per esprimere il ruolo più o meno rilevante giocato dal Distretto o all'opposto dai Comuni.

TAB. 17. *Modelli di gestione dei SAA e capacità di intervento*

Percentuale di SAA con:	Appog- giata sui Comuni	Impegno paritario Comuni e distr.	Appog- giata sul Distretto
Un operatore ogni 10.000 abit. o più	25,0	28,6	69,2
Personale ritenuto insufficiente	57,1	80,0	92,3
Integrazione socio-sanitaria buona	50,0	76,2	84,6
Integrazione sanitaria buona	50,0	57,1	76,9
Capacità di controllo e verifica buoni	25,0	33,3	53,8
Formazione e aggiornamento personale buoni	25,0	52,4	75,0
Capacità di raccolta ed elaborazione dati	62,5	61,9	84,6
Correlazione fra modello organizzativo con ruolo rilevante del Distretto e capacità di rendimento del SAA			0,299 (*)
Correlazione fra modello organizzativo con ruolo rilevante del Distretto e capacità di creazione di una rete collaborativa			0,429 (**)

* La correlazione è significativa al livello 0,05.

** La correlazione è significativa al livello 0,01.

strare una minore capacità di sviluppare tutta una serie di funzioni, in particolare quelle di integrazione socio-sanitaria e rispetto al settore sanitario, così come di controllo, elaborazione dati e formazione del personale;

- all'opposto i SAA essenzialmente appoggiati sul Distretto e, in misura leggermente inferiore, quelli che prevedono un impegno paritario fra Comuni e Distretto tendono a creare una rete più collaborativa, così come a sviluppare meglio tutta una serie di interventi, in particolare quelli di integrazione socio-sanitaria e sanitaria (in quest'ultimo caso soprattutto quelli gestiti all'interno del Distretto), pur in presenza di maggiori carenze di personale rispetto ai SAA legati essenzialmente ai Comuni.

L'analisi qualitativa che è stata svolta presso tre SAA ⁽¹⁷⁾, caratterizzati appunto da modelli di gestione differenti, ha confermato in buona parte l'immagine fin qui presentata. In particolare risulta fondamentale per un buon funzionamento di tale

(17) In particolare si è trattato dei SAA di Sassuolo, Faenza e Imola.

struttura la capacità di integrare due interventi all'interno del percorso di cura: l'assistenza domiciliare di tipo sociale (SAD) con quella socio-sanitaria (ADI) e il passaggio dal ricovero in strutture ospedaliere o di lungodegenza / riabilitazione a interventi socio-sanitari territoriali (ADI e centri diurni) o residenziali (RSA e case protette). Il secondo tipo di percorso tende ad essere facilitato nei SAA a gestione distrettuale o mista, vista l'inclusione del Distretto all'interno delle ASL, rispetto a quelli di tipo comunale, dove invece si mantengono binari paralleli di intervento. Il primo tipo di intervento risulta invece integrato con difficoltà in tutti e tre i tipi di SAA. Il servizio assistenza anziani è infatti pensato innanzitutto quale strumento di intervento per prestazioni socio-sanitarie: nella maggior parte dei contesti ciò significa che i Comuni, anche quando hanno optato per un modello gestito principalmente da loro, spesso non includono il SAD all'interno della rete dei servizi di pertinenza del SAA e continuano ad organizzare l'assistenza domiciliare in proprio, spesso neanche sotto forma di gestione associata. In questo caso, avendo difficoltà ad interagire in maniera stretta con il Distretto, il SAA si limita nel campo dei servizi domiciliari a gestire l'assegno di cura.

Il modello del SAA appoggiato sui Comuni appare presentare più svantaggi degli altri due per quello che riguarda l'integrazione socio-sanitaria, in particolare quella di tipo territoriale, così come sotto il profilo dell'integrazione all'interno della sanità.

Il modello misto, pur mostrando una maggiore capacità di rendimento rispetto alla situazione precedente, si caratterizza per la complessità di gestione e di coordinamento, che rappresenta contemporaneamente una potenziale ricchezza e una debolezza, così come espresso da uno dei nostri intervistati: «se sei troppo sganciato dal sanitario sei meno riconosciuto; se sei fuori dal mondo dei Comuni sei fuori dalla domiciliarità, dalla parziale non autosufficienza e dalle forme di sostegno agli anziani più di tipo generale (attività sociali e culturali, ecc)», ma è anche vero che «nel modello misto il rischio è che con appartenenze molto diverse (Distretto e Comuni) diventi difficile la ge-

stione del servizio [...] il responsabile è più sul sociale o sul sanitario? Il personale impiegato in prevalenza deve essere sociale o sanitario, visto che poi si risponde più al proprio ente di appartenenza? O c'è molta intesa, o è meglio che sia chiara la responsabilità del Comune o del Distretto».

Il modello distrettuale è quello che attualmente sembra dare buone risposte, assieme in buona parte a quello misto. Certamente questo tipo di strutturazione rischia di favorire fenomeni di sanitarizzazione degli interventi, così come sostenuto da un altro degli intervistati: «non sono d'accordo col modello SAA più spostato sul Distretto perché vi può essere una difficoltà a sviluppare un piano di intervento globale, che è fondamentale per le famiglie [...] il timore che si sia molto più centrati sulla prestazione [...] una volta che il Distretto è intervenuto a domicilio e fatto la medicazione, può semplicemente pensare di aver già svolto il proprio compito, lasciando il resto dell'intervento al sociale, ma il servizio non può funzionare così».

La limitata diffusione di SAA appoggiati sui Comuni (circa un sesto del totale) sembra indicare come i pro ed i contro di tale modello siano stati spesso valutati a livello locale e abbiano prevalso altri assetti, in genere misti. La sfida insita in questi ultimi, relativa alla effettiva ed efficace integrazione fra Distretto e Comuni, li ha resi solo alcune volte veramente in grado di realizzare tutti i compiti loro teoricamente affidati, spesso per via di carenze di personale⁽¹⁸⁾.

5. Osservazioni conclusive

L'analisi presentata in queste pagine permette di completare, almeno parzialmente, il quadro sulle politiche regionali emiliano-romagnole per la non autosufficienza, già sviluppato nel capitolo precedente. Da un lato infatti si è ricostruito il quadro

(18) Buona parte delle considerazioni qui svolte ed ottenute dall'analisi dei questionari e delle interviste tende a coincidere con quelle rilevate da Berti nel suo studio, presentato in questo volume, rivolto direttamente a gruppi di utenti di servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti che interagiscono con il SAA.

normativo ed il livello di diffusione dei servizi a partire da una analisi, in parte comparata, con altre Regioni italiane. Dall'altro si sono studiati le valutazioni in merito alle politiche regionali e le modalità di azione adottate direttamente dagli attori sul territorio, in particolare Comuni, Distretti e SAA.

Il giudizio complessivo è certamente positivo sia in termini comparati che assoluti: l'Emilia-Romagna è fra le Regioni in Italia, se non la Regione, che più hanno sviluppato una rete vasta e diversificata di servizi e di interventi nei confronti delle famiglie con problemi di non autosufficienza degli anziani.

In queste ultime pagine è preferibile però concludere con il riferimento a quegli elementi problematici che permangono come sfide per lo sviluppo della rete di intervento.

Il livello di coinvolgimento degli enti locali nel *policy making* regionale è considerato in genere soddisfacente da molti Comuni ed anche, per quanto di loro competenza, dai Distretti. Rimane comunque un'area relativamente consistente, anche se sicuramente non maggioritaria, di realtà locali che auspicherebbe un processo di maggiore partecipazione ai processi decisionali regionali. In questo senso si potrebbe suggerire una rivisitazione del funzionamento del CALER e del CRAL, prevedendo magari altri strumenti di interazione aggiuntivi (ad esempio delle conferenze assembleari sui servizi, ecc.).

La soddisfazione da parte dei Comuni e delle altre strutture territoriali appare generalizzata per il contenuto e per il tipo di interventi proposti e fra questi anche verso l'assegno di cura. Questi soggetti tendono però a mettere in risalto l'urgenza di trovare risposte più efficaci soprattutto in due direzioni: l'introduzione di meccanismi di finanziamento in grado di assicurare una maggiore copertura dei bisogni; l'utilizzo di strumenti che facilitino ulteriormente l'integrazione socio-sanitaria. La Regione ha già avviato risposte in tal senso che, soprattutto per la prima tematica, richiedono però un mutamento nel contesto nazionale di riferimento.

Venendo infine al funzionamento dei SAA, appare complessivamente buona la loro capacità di intervento e di realizzazione degli obiettivi loro assegnati dalla l.r. 5/94. Molto spesso pe-

rò tali strutture lamentano una carenza di personale, soprattutto per le funzioni di servizio e di presa in carico a diretto contatto con l'utenza, che può quindi limitare la loro capacità di azione. Sicuramente quello delle risorse umane è uno degli aspetti su cui provare ad investire maggiormente nel futuro. Ugualmente lo studio sembra indicare come un'ulteriore priorità sia quella di favorire nei SAA assetti organizzativi che valorizzino forme di aggregazione e di maggiore integrazione fra Comuni e Distretti: l'analisi qui presentata indica infatti come risultino in genere più efficaci, a parità di altre condizioni, i modelli di gestione in cui il Distretto assume un ruolo rilevante, perlomeno assieme ai Comuni, mentre sia più problematica la scelta di una gestione delegata principalmente solo a questi ultimi.