

NON AUTOSUFFICIENZA/ Il network «Nna» pubblica il secondo report sulle strategie

# Il puzzle delle cure agli anziani

In assenza di un piano nazionale si moltiplicano i modelli delle Regioni

**È** appena uscito il secondo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, curato dal «Network non autosufficienza» (Nna). Si tratta dell'unica pubblicazione che - con frequenza regolare - discute l'evoluzione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Il rapporto (pubblicato dall'Editore Maggioli e scaricabile gratuitamente dal sito [www.maggioli.it/rnasi](http://www.maggioli.it/rnasi)) si divide in due parti: la prima propone il monitoraggio degli interventi realizzati da Stato e Regioni, la seconda contiene un approfondimento monografico sui servizi domiciliari.

Ecco i dieci punti principali riguardanti l'azione di Stato e Regioni.

1 Il confronto con gli altri Paesi mostra che l'assenza delle politiche nazionali ha rappresentato una carenza cruciale degli ultimi 15 anni ed è risultata una peculiarità italiana, poiché nel resto d'Europa questo livello di governo si è mostrato molto attivo. Quando si guardi a quanto avvenuto dalla metà degli anni Novanta a oggi l'assenza dello Stato ricorre costantemente, si tratti di stanziamenti inadeguati (i servizi), di risorse non governate (l'indennità di accompagnamento) o di regole non definite (a esempio quelle mai emanate per l'applicazione del decreto 130/2000 sull'Isee).

2 Gli interventi sulle prestazioni monetarie d'invalidità civile non toccano i problemi reali. Davanti all'evidenza di un aumento della spesa complessiva per le invalidità del 47%

tra il 2002 e il 2009, si è puntato sui controlli straordinari tesi a scovare i «falsi invalidi». Il 90% dell'incremento di spesa, però, è dovuto all'indennità di accompagnamento, fruita perlopiù da anziani. Qui il problema non è l'eccessiva crescita degli stanziamenti - considerando l'invecchiamento della popolazione e il complessivo ridotto sforzo pubblico in Italia - bensì la qualità della prestazione. I nodi da affrontare sono noti: l'introduzione di uno strumento valutativo che permetta di indicare chiaramente chi vi ha diritto, la differenziazione dell'importo (elevandolo per le situazioni di maggiore gravità), il collegamento tra l'indennità e la rete dei servizi, l'introduzione di verifiche sull'effettivo utilizzo delle risorse economiche erogate.

3 La non autosufficienza è assente dal dibattito sul federalismo. È un'assenza che riguarda sia il mondo politico sia il più ampio confronto pubblico e che rischia di produrre conseguenze negative nel tempo. Il dibattito su federalismo e welfare si è sinora dedicato, infatti, perlopiù a Sanità ospedaliera e istruzione.

4 Questa è la prima legislatura da metà anni 90 con il tema della riforma nazionale dell'assistenza continuativa totalmente assente dall'agenda politica. La necessità di una riforma nazionale è stata sollevata per prima dalla «Commissione Onofri» nominata dall'allora Governo Prodi nel 1997 e da allora è stata - con alterne fortune - oggetto di numerose proposte, tutte senza esito. Da ultimo, nel novembre 2007 il ministro Ferrero (Governo Prodi II) ha presentato un disegno di legge delega. Negli altri Paesi europei, intanto, sono state approvate numerose riforme statali. Molte

delle proposte presentate negli anni erano, effettivamente, piuttosto deboli tecnicamente ma l'esperienza maturata e le acquisizioni del relativo dibattito permetterebbero oggi di meglio affrontare l'impegno della riforma nazionale.

5 Negli ultimi anni, sono emersi due modelli di «Fondo regionale per la non autosufficienza». Tutte le Regioni hanno, in varia misura, aumentato l'offerta di servizi e interventi dedicati agli anziani non autosufficienti e alcune hanno legato questo incremento all'introduzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza. La sua istituzione ha avuto due differenti significati in Italia. In alcune Regioni è stata l'occasione per ridisegnare complessivamente le politiche per i non autosufficienti. Un ripensamento dell'insieme dei servizi e degli interventi dedicati, che ha portato a un progetto unitario di sviluppo pluriennale. Qui, per la prima

volta, la non autosufficienza è stata considerata un'area di welfare autonoma - cioè un settore differente rispetto a Sanità e sociale - e si è compiuto lo sforzo di articolare il più possibile l'offerta nel territorio. In altre, attivare il Fondo regionale ha voluto dire introdurre/rafforzare singoli interventi (prevalentemente domiciliari), senza ridisegnare il sistema nel suo insieme.

6 Nel decennio, l'Adi ha visto ampliarsi l'utenza e ridursi l'intensità degli interventi. Nel periodo 2001-2008, a livello nazionale, la percentuale di anziani (65+) che rice-

vano l'Adi è cresciuta dall'1,9 al 3,3%, mentre l'intensità (ore di assistenza per caso trattato su base annua) è calata da 26 a 22 ore. Sinora, solo poche Regioni si sono occupate di regolare la qualità dell'Adi, è un tema del futuro?

La crescita dell'utenza degli assegni di cura, in atto da tempo, in particolare nel Centro-nord, non accenna a diminuire. L'unico obiettivo condiviso da tutte le riforme regionali degli ultimi anni è stato l'ampliamento degli assegni di cura. È ragionevole attendersi, pertanto, un ulteriore aumento della loro diffusione.

7 Nella residenzialità, le Regioni sono alla ricerca di un equilibrio: come tenere insieme disponibilità di finanziamenti pubblici, livello delle rette, strategie della qualità e incremento dell'offerta? Cresce la consapevolezza dell'insostenibilità delle rette per diversi utenti e alcune Regioni iniziano ad agire in proposito. Quasi tutte, inoltre, hanno completato le norme sui requisiti di autorizzazione e accreditamento, e si registra una generale tendenza a elevare la qualità e a incrementare la componente socio-sanitaria.

Nel Centro-nord, i posti sono



aumentati e dovrebbero farlo anche nel prossimo futuro ma l'impressione è che perlopiù

non si potrà andare oltre il mantenimento delle attuali percentuali di copertura degli anziani (considerando che il loro numero aumenta costantemente). Il meridione ha storicamente un'offerta più bassa ma la sua situazione non pare modificarsi (in alcune Regioni del sud si registra, addirittura, una diminuzione dell'offerta).

Ⓢ La legislatura regionale 2005-2010 ha visto, per la prima volta, tutte le Regioni italiane giungere a concordare sull'esigenza di collocare tra i propri obiettivi strategici il sostegno del percorso assistenziale dell'utente. Le Regioni, inoltre, concordano oggi sulla necessità di procedere progressivamente, ognuna con la propria velocità, alla costruzione di un sistema capace di presidiare le fasi fondamentali del percorso:

l'accesso, la valutazione iniziale e la progettazione personalizzata, la responsabilità nel tempo. Sovente la distanza tra le indicazioni regionali riguardo al percorso e le realtà dei territori, però, è ampia. In merito a Punto unico di accesso (Pua), Uvg, case manager, il nodo oggi è comprenderne la configurazione specifica più adatta e gli strumenti che le amministrazioni regionali possono mettere in campo per favorirne l'effettivo, e diffuso, funzionamento nel territorio.

Ⓢ La seconda metà del decennio, ha visto le Regioni cercare le migliori strategie per renerire

gli stanziamenti ulteriori da dedicare alla non autosufficienza. L'introduzione di una tassa di scopo regionale, che leghi esplicitamente un incremento delle imposte all'aumento dell'offerta di assistenza continuativa è stata ritenuta insostenibile politicamente ovunque, tranne che in Emilia Romagna. D'altro canto, la spesa statale per la non autosufficienza è cresciuta sensibilmente nell'ultima legislatura regionale. L'88% dell'incremento, però, è andato alle prestazioni monetarie (soprattutto indennità di accompagnamento) e solo il 12% ai servizi delle Regioni (attraverso il Fondo non autosufficienze). Pertanto, recuperare risorse all'interno del bilancio regionale è diventata, di fatto, una via obbligata. In

futuro, per praticarla bisognerà superare gli ostacoli dovuti ai robusti tagli alla spesa non sanitaria regio-

nale e alla ridotta forza del socio-sanitario rispetto alla Sanità acuta.

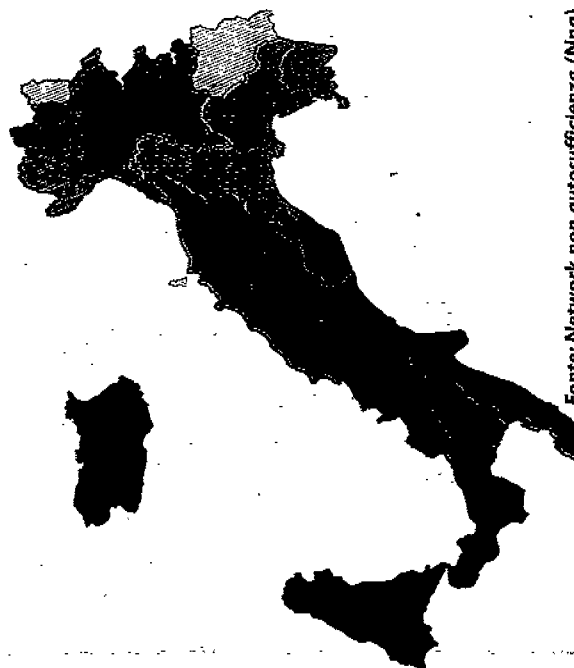
Ⓢ Le Regioni hanno davanti a loro un possibile rallentamento. Per lungo tempo è stata diffusa l'aspettativa che nella legislatura regionale 2010-2015 si sarebbe realizzato un ulteriore sviluppo quali-quantitativo degli interventi per la non autosufficienza. Ora le politiche nazionali di contenimento della spesa hanno modificato tale aspettativa, almeno per la prima parte del quinquennio.

**Cristiano Gori**

*Network non autosufficienza*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Modelli regionali di assistenza continuativa**

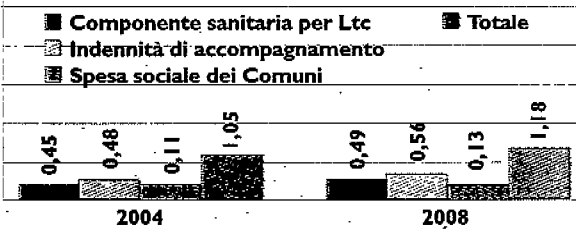


Fonte: Network non autosufficienza (Nna)

- Modello media intensità ass-orientamento res.
- Modello media intensità ass-orientamento cash
- Modello del cash-for-care
- Modello a elevata intensità assistenziale
- Modello a bassa intensità assistenziale
- Modello della residenzialità

**Le risorse investite (in % del Pil)**

Fonte: Nna su dati Ragioneria gen. dello Stato (anni vari)



**I modelli regionali di assistenza continuativa...**

<b>Modello (Regioni *)</b>	<b>%</b>
<b>Modello della residenzialità</b> (Trentino A.A. e V. d'Alto)	
% anziani utenti in Adi	0,4
% anziani utenti in Sad	4,3
% anziani utenti di strutture residenziali	5,8
% anziani beneficiari Ind. Acc.	9,0
<b>Modello a elevata intensità assistenziale</b> (Friuli R., Veneto e Friuli V.G.)	
% anziani utenti in Adi	6,5
% anziani utenti in Sad	2,3
% anziani utenti di strutture residenziali	5,7
% anziani beneficiari Ind. Acc.	11,2
<b>Modello del cash-for-care</b> (Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna, Umbria)	
% anziani utenti in Adi	3,2
% anziani utenti in Sad	1,7
% anziani utenti di strutture residenziali	1,4
% anziani beneficiari Ind. Acc.	16,3
<b>Modello a media intensità assistenziale con orientamento cash-for-care</b> (Basilicata, Lazio, Marche, Puglia e Toscana)	
% anziani utenti in Adi	3,0
% anziani utenti in Sad	1,2
% anziani utenti di strutture residenziali	1,7
% anziani beneficiari Ind. Acc.	12,3
<b>Modello con orientamento verso residenzialità</b> (Tigiana, Lombardia e Piemonte)	
% anziani utenti in Adi	3,0
% anziani utenti in Sad	1,5
% anziani utenti di strutture residenziali	4,8
% anziani beneficiari Ind. Acc.	10,1
<b>Modello a bassa intensità assistenziale</b> (Molise e Sicilia)	
% anziani utenti in Adi	2,1
% anziani utenti in Sad	3,2
% anziani utenti di strutture residenziali	1,6
% anziani beneficiari Ind. Acc.	11,5

(\*) Sono in corsivo le Regioni nelle quali il tasso di non autosufficienza rilevato nell'indagine Multiscopo Istat è superiore alla media nazionale