

*“Il sistema di protezione e cura  
delle persone non autosufficienti.  
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”  
Progetto promosso dal Ministero del Welfare  
Coordinatore: Cristiano Gori*

# **I nodi dell'Italia**

*Carlos Chiatti e Giovanni Lamura*

*Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (IRCCS), Ancona*

# Indice

1. Obiettivi del contributo
2. La non autosufficienza: definizione e dimensioni del fenomeno
3. L'analisi delle criticità
  - 1) Il Punto Unico di accesso (Pua)
  - 2) Le prestazioni domiciliari
  - 3) Le prestazioni residenziali
  - 4) Le prestazioni semiresidenziali
  - 5) La qualificazione del lavoro privato di cura
  - 6) L'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile
  - 7) La ripartizione della spesa tra utenti e servizi
  - 8) L'Indicatore di Situazione Economica Equivalente (Isee)
  - 9) Le assicurazioni LTC integrative

# 1. Obiettivi del contributo

Il contributo si pone il duplice obiettivo di:

(1) definire il concetto di non autosufficienza e puntualizzare in maniera analitica quali politiche verranno indagate nella seconda parte del volume;

(2) indicare le sfide che andranno affrontate in futuro, partendo dall'analisi delle criticità attuali.

Uno dei presupposti del lavoro di ricerca è, infatti, che debbano essere le criticità esistenti a costituire il punto di avvio per una riflessione sulle ipotesi di intervento.

## 2. La non autosufficienza: definizione e dimensioni del fenomeno (I)

È stata adottata la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per cui una persona è considerata "non autosufficiente" quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza.

La condizione di non autosufficienza, quindi, è valutata misurando le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività per la cura del sé (*Activities of Daily Living, ADL*) e attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*)

## **2. La non autosufficienza: definizione e dimensioni del fenomeno (II)**

Di norma, per finalità programmatiche e organizzative, i destinatari delle politiche di assistenza continuativa vengono distinti in Anziani e Disabili.

-Tra gli Anziani la perdita dell'autonomia è una conseguenza dell'età avanzata;

-Per i Disabili la condizione di non autosufficienza si verifica a seguito di un evento morboso (un incidente o una malattia congenita o meno), dal quale deriva la condizione di disabilità, ovvero di limitazione nello svolgere attività considerate normali per una persona della stessa età.

## 2. La non autosufficienza: definizione e dimensioni del fenomeno (III)

Nella ricerca sono stati considerati congiuntamente Anziani e Disabili, dal momento che entrambi i gruppi sono caratterizzati per l'irreversibilità della condizione di bisogno in cui si trovano.

Data l'eterogeneità della domanda assistenziale espressa dalla popolazione Disabile, è stato dedicato a questa uno specifico approfondimento nel capitolo 13.

*Ma quante sono le persone non autosufficienti in Italia?*

Le ultime stime dell'Istat indicano che la prevalenza del fenomeno tra gli anziani è del 18,7%. Tra gli individui di età compresa tra i 15 e i 64 anni il tasso è invece dell'1,2%

## 2. La non autosufficienza: definizione e dimensioni del fenomeno (IV)

*I tassi di non autosufficienza presso la popolazione italiana non istituzionalizzata, 2005.*

Classe d'età (anni)	Ripartizione geografica (tassi per 100 ab.)					Italia	Stime v.a.
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole		
6-14	1,5	0,9	1,5	2,5	0,9	1,6	80.668
15-64	0,9	0,9	1,1	1,4	1,5	1,2	448.817
>= 65	16,2	16,3	18,2	21,7	24,6	18,7	2.079.426
Tot. pop.	4,3	4,2	4,9	5,2	5,7	4,8	2.608.911

Fonte: Istat, Condizioni di Salute e ricorso ai servizi sanitari

### 3. L'analisi delle criticità

Sono state analizzate 8 diverse politiche pubbliche riconducibile a 4 aree di intervento. L'analisi non si è limitata alle singole politiche ma sono stati indagati anche gli aspetti inerenti le loro interconnessioni.

Aree di intervento	Le politiche pubbliche
<i>Informazione e orientamento</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Punto Unico di accesso (cap.6)</li></ul>
<i>Sviluppo dell'offerta di servizi</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le prestazioni domiciliari (cap.7)</li><li>- Le prestazioni residenziali (cap.8)</li><li>- Le prestazioni semiresidenziali (cap.8)</li></ul>
<i>Sostegno della domanda assistenziale</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La qualificazione del lavoro privato di cura (cap.9)</li><li>- Le prestazioni di invalidità civile (cap.10)</li><li>- La ripartizione della spesa tra utenti e servizi (cap.11)</li><li>- L'Indicatore di Situazione Economica Equivalente (cap.12)</li></ul>
<i>Le politiche pubbliche di incentivo del risparmio privato</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le assicurazioni LTC integrative (cap.14)</li></ul>



### ***3.1 Il Punto unico di accesso (Pua)***

Il Punto Unico di Accesso è una modalità organizzativa che si sta diffondendo in Italia in risposta alla complessità della rete dei servizi sociosanitari. È finalizzato a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza, a migliorare le modalità di presa in carico unitaria e a semplificare il percorso assistenziale della persona assistita.

Una recente rilevazione rivela la presenza di sperimentazioni del Pua in tutte le Regioni del Centro-Sud e delle Isole, ma in sole 5 Regioni su 9 al Nord.

#### ***Principali criticità rilevate:***

- Le sperimentazioni del Pua sono diffuse ma esistono poche esperienze consolidate;
- La diffusione sul territorio nazionale è disomogenea;
- Vi sono differenze sostanziali tra le sperimentazioni in atto dalle quali emergono distinti modelli organizzativi;
- Carenze dei sistemi informativi e necessità di formazione specifica del personale impiegato.

## ***3.2 Le prestazioni Domiciliari (I)***

Sono quelle prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non-autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione.

Le prestazioni domiciliari assumono nella pratica molteplici modalità organizzative. A fini espositivi possono essere distinte in:

**1. Assistenza Domiciliare Programmata (Adp):** erogata dal MMG a casa del proprio assistito, previa autorizzazione della Asl di riferimento e secondo un programma ben definito;

**2. Assistenza Domiciliare Integrata (Adi):** comprende interventi di natura sanitaria e socio assistenziale, erogati in modo coordinato secondo un piano assistenziale individualizzato. È competenza delle Asl per quanto concerne le prestazioni sanitarie e dei Comuni per la parte sociale;

**3. Ospedalizzazione Domiciliare (Od):** consente di erogare a domicilio una serie di prestazioni ad alta complessità, per mezzo di equipe di professionisti e tecnologie normalmente di pertinenza ospedaliera;

***(continua)***

## 3.2 Le prestazioni Domiciliari (II)

*(Segue)*

4. **Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad):** ha caratteristiche puramente assistenziali ed è inteso a fornire alla persona non autosufficiente sostegno nelle attività di vita quotidiana e nelle cure della propria persona.

*Utenza delle prestazioni domiciliari in Italia:*

- Utenza del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, ADI: 3,2% anziani (in media 24 h di assistenza/anno);
- Utenza del Servizio di Assistenza Domiciliare, SAD: 1,7% anziani e 5,6% dei disabili.

**Principali criticità rilevate:**

- La copertura del servizio è insufficiente tra l'utenza anziana;
- Un basso numero di disabili ricevono assistenza domiciliare e questo rende difficile la realizzazione di progetti di vita indipendente nella propria comunità di origine;
- Esiste una forte disomogeneità territoriale dell'offerta;
- Vi è scarsa integrazione tra area sanitaria e sociale.

### ***3.3 Le prestazioni Residenziali (I)***

Per assistenza residenziale si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, in idonee strutture.

È difficile proporre una classificazione delle strutture residenziali a valenza nazionale. Ogni Regione ha la facoltà di adottare in autonomia le proprie modalità organizzative.

È stata utilizzata la classificazione Istat che distingue tra:

- ***Residenze Assistenziali***: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo);
- ***Residenze socio-sanitarie***: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);
- ***Residenze Sanitarie Assistenziali***: presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera (es. RSA – Case Protette).

### ***3.3 Le prestazioni Residenziali (II)***

- Nel 2005 il 3% della popolazione anziana era ospite in strutture residenziali.
- Sempre nel 2005, 33.439 disabili adulti risiedevano in strutture residenziali (il 7,5% circa della popolazione disabile adulta stimata dall'Istat).

#### ***Principali criticità rilevate:***

##### *Per quanto concerne l'area Anziani:*

- la mancanza di dati sulle liste di attesa e di altri indicatori sugli standard dell'assistenza residenziale rende difficile valutare debolezze di sistema;
- scarsa diffusione di modalità organizzative a bassa intensità assistenziale (es. alloggi protetti).

##### *Per quanto concerne l'area Disabili:*

- disomogeneità territoriale nella disponibilità di strutture;
- necessità di superare il modello di "Istituti per disabili", con conseguente crescita dell'offerta di piccole strutture di comunità;
- carenza dei flussi informativi.

## ***3.4 Le prestazioni Semiresidenziali***

Le prestazioni semiresidenziali consistono nel complesso dei servizi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e socializzazione, erogati in regime diurno a persone non autosufficienti o a rischio di perdita autonomia.

I dati sulla diffusione dei centri diurni sono frammentari. Nel 2006 è stata rilevata la presenza di 678 centri diurni per anziani (per circa 11.935 posti) e 1.162 centri diurni per disabili (per circa 21.257 posti).

### ***Principali criticità rilevate:***

- Esistono gravi carenze dei flussi informativi;
- Vi è una scarsa diffusione delle strutture idonee all'erogazione di tali prestazioni;
- Sono presenti forti disomogeneità territoriali nella diffusione delle strutture;
- Il quadro dell'assistenza semiresidenziale è caratterizzato dalla mancanza di una definizione univoca di tale assistenza e dei soggetti beneficiari.

### ***3.5 La qualificazione delle assistenti familiari***

Tra queste politiche rientrano gli interventi finalizzati a migliorare la qualità del lavoro di cura a domicilio svolto dalle assistenti familiari private.

Nel 2008 in Italia erano presenti circa 770 mila assistenti familiari, di cui 2/3 senza regolare contratto di lavoro. La recente sanatoria (l.102/2009) ha portato all'emersione di circa 114 mila assistenti familiari irregolari.

#### ***Principali criticità rilevate:***

- Alta incidenza del lavoro irregolare tra le assistenti familiari;
- Inadeguata professionalità degli operatori;
- Generalmente in Italia vi è un insufficiente riconoscimento del lavoro informale di cura;
- Il lavoro privato di cura è gravato a causa dell'insufficiente intensità dei servizi di cura pubblici complessivamente erogati.

### ***3.6 L'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile (I)***

Le prestazioni di invalidità civile sono trasferimenti monetari di natura assistenziale, gestiti dall'INPS, a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti (in parte accessibili solo a coloro che percepiscono redditi personali modesti). Senza requisiti reddituali è invece l'indennità di accompagnamento, prestazione a sostegno delle persone che non sono in grado di deambulare autonomamente e/o richiedono un'assistenza continua.

- Le pensioni di invalidità civile per invalidi parziali e totali nel 2008 ammontavano a 695.362, per una spesa complessiva di circa 2 miliardi di euro.
- Le indennità di frequenza per minori erogate dall'INPS nel 2008 sono state 66.742 con un importo medio di 265,41 euro.
- L'ammontare dell'indennità di accompagnamento è pari a 472 euro mensili per 12 rate l'anno (5.664 euro annuali). Nel 2008 circa un decimo della popolazione anziana riceveva l'indennità (9,5% degli over 65 anni). La spesa complessiva è stata di circa 8,2 miliardi di euro.



## ***3.6 L'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni di invalidità civile (II)***

### ***Principali criticità rilevate:***

#### *Relativamente all'indennità di accompagnamento:*

- modalità di accertamento del bisogno non chiaramente definite;
- disomogenea diffusione dello strumento;
- iniquità derivanti dalla mancata graduazione dell'indennità;

#### *Criticità di "sistema":*

- iniquità nel trattamento di situazioni assistenziali omogenee ma originatesi in maniera differente (ad es. la differenza nell'importo dei trasferimenti assistenziali tra chi diventa invalido totale dopo i 65 anni, e non può cumulare indennità di accompagnamento e pensione di inabilità civile, e chi diventa disabile prima del 65° anno di età);
- mancanza di collegamento con la rete dei servizi erogati localmente;
- assenza di qualsiasi forma di rendicontazione delle prestazioni.

### ***3.7 La ripartizione dei costi della cura***

I costi per l'assistenza alle persone non autosufficienti sono ripartiti tra Sanità, Sociale, utenti e famiglie. Le modalità attraverso le quali tali quote vengono ripartite rappresenta una caratteristica fondamentale del sistema di welfare.

#### ***Principali criticità rilevate:***

- spesa familiare molto elevata;
- basso livello della spesa pubblica con particolare riferimento a quella sanitaria;
- disomogeneità infraregionali per quel che riguarda le spese a carico della sanità;
- quota sociale ripartita in modo assai differenziato fra il comune e l'assistito con l'ausilio di uno strumento avanzato (l'Isee) che propone aspetti problematici di politica redistributiva (vedi slide successiva).

## ***3.8 L'Indicatore di Situazione Economica Equivalente (Isee)***

L'Isee è lo strumento di valutazione della condizione economica dei beneficiari delle politiche di welfare introdotto in Italia con il d.lgs. 109/1998.

### ***Principali criticità rilevate:***

- coesistenza dell'Isee con forme tradizionali di selettività basate sul calcolo del reddito individuale ai fini IRPEF;
- differenze territoriali nella applicazione pratica dello strumento (Isee nazionali Vs. regionali);
- numerosi contenziosi riguardo la scelta di considerare l'Isee individuale o familiare;
- perplessità circa le modalità di valutazione della componente reddituale e patrimoniale e circa i criteri della loro combinazione.

### ***3.9 Le assicurazioni Ltc integrative (I)***

Le assicurazioni Ltc integrative sono polizze sottoscritte a livello individuale da persone che intendono garantirsi assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza derivante da evento casuale (infortunio o malattia), o dal decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento.

L'ANIA stima che i premi raccolti nel 2008 sia di circa 50 milioni di euro. Le polizze individuali ammonterebbero a circa 15.000, inoltre si stimano oltre 300 mila coperture legate ai contratti integrativi di lavoro, e un potenziale di circa 1 milione di coperture Ltc garantite da diversi Fondi pensione.

## ***3.9 Le assicurazioni Ltc integrative (II)***

### ***Principali criticità rilevate:***

- problemi di efficienza, connessi in particolare a meccanismi di selezione avversa e azzardo morale;
- problemi di equità (in particolare sono svantaggiati i gruppi sociali con basso reddito e le donne, i cui premi sono più elevati come risposta ad una superiore aspettativa di vita);
- mercato ridotto nel quale permangono incertezze sullo schema pubblico di base, che di fatto impediscono ai potenziali beneficiari una realistica valutazione costi-benefici circa la stipula dell'assicurazione;
- carenza delle basi informative per la stima dei rischi;
- mancanza di una normativa organica di settore.