



gli Speciali

LA NON AUTOSUFFICIENZA

Costi e prestazioni in Italia e in Europa

“La mancanza di salute e la disabilità non sono mai una buona ragione per escludere o, peggio, per eliminare una persona; e la più grave privazione che le persone anziane subiscono non è l’indebolimento dell’organismo e la disabilità che ne può conseguire, ma l’abbandono, l’esclusione, la privazione di amore.”

- Papa Francesco -

La non autosufficienza: definizione e quadro demografico

Per non autosufficienza si intende, comunemente, l’incapacità delle persone di provvedere a loro stesse autonomamente in quanto affette da una disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale. Tale disabilità viene accertata attraverso l’adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell’International Classification of Functioning Disability and Health-ICF dell’Organizzazione mondiale della sanità e attraverso la valutazione delle condizioni funzionali e sociali da parte di una commissione medica multidimensionale utilizzando il metodo ADL (Activities of Daily Living).

In particolare, la commissione valuta se la persona è in grado di svolgere da sola attività elementari quali:

- lavarsi
- vestirsi e spogliarsi
- utilizzare i servizi
- muoversi, spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa
- alimentarsi
- capacità di controllo della continenza

Oggi in Italia gli ultrasessantacinquenni sono circa 14 milioni e rappresentano quasi un quarto dell’intera popolazione; di questi oltre 2 milioni superano gli 85 anni. Si stima che ci siano circa 2,5 milioni di non autosufficienti, di cui solo poco più di un decimo (288 mila) sono assistiti nei 12.828 presidi socio-assistenziali e socio-sanitari presenti sul territorio nazionale, mentre circa 1,9 milioni di persone percepiscono l’indennità di accompagnamento, sono assistiti a casa con l’ausilio di assistenti familiari.

L'Istat stima che nel 2065 la popolazione italiana subirà un forte decremento passando dagli attuali 60,7 milioni a circa 54,1 milioni, mentre la vita media crescerà rispetto ad oggi di oltre cinque anni per entrambi i generi, giungendo a 86,1 anni per gli uomini e a 90,2 anni per le donne. Quindi ci troveremo dinanzi una società sempre più anziana, che dovrà convivere con multicronicità e differenti disabilità, a cui il sistema di welfare dovrà offrire un ventaglio di risposte in termini di servizi assistenziali.

Tab. 1 - Principali indicatori di salute degli over 65 per classi di età e sesso

Anno 2015, Val. % sul totale della popolazione della medesima classe di età

Classe di età	Almeno una malattia cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 e +	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5

Fonte: Istat – Anziani: le condizioni di salute in Italia e UE – Settembre 2017

I costi della non autosufficienza in Italia

Oggi la cura e la gestione della non autosufficienza è a carico quasi esclusivo delle famiglie che, oltre a dover dedicare molto del proprio tempo ed energie alla cura dei propri cari, non avendo servizi domiciliari di supporto devono anche farsi carico economicamente dei costi di assistenza.

Il costo per le famiglie di un'assistente familiare assunta con regolare contratto di 54 ore comprensivo di contributi è di 1.450 euro al mese (dal lunedì al sabato con un 1 giorno e mezzo di riposo), a cui si devono aggiungere ulteriori 530 euro per l'assistenza in sostituzione durante il riposo dell'assistente familiare. Mentre il costo di un ricovero in RSA varia da un minimo di 1.500 euro al mese nelle strutture convenzionate con il SSN arrivando a superare i 3.000 euro nelle case di cura private.

Le differenti prestazioni per la non autosufficienza in Italia

Le prestazioni assistenziali alle famiglie con un non autosufficiente sono essenzialmente tre: l'indennità di accompagnamento, l'assistenza socio-sanitaria ai non autosufficienti, cioè a coloro che a causa di malattie croniche, dell'età e di limitazioni mentali necessitano di assistenza in modo continuato, e le prestazioni socio-assistenziali erogate dagli enti locali, in particolare i Comuni, a beneficio dei disabili, degli anziani non autosufficienti e delle persone dipendenti da alcool e droghe.

L'indennità di accompagnamento è il principale strumento erogato dallo Stato a supporto delle famiglie. È uno strumento "piatto", nel senso che non varia né per intensità del bisogno assistenziale né per livello di reddito, né è legato al vincolo di destinazione per la cura della persona non autosufficiente.

L'indennità di accompagnamento è una specifica prestazione monetaria prevista nel caso della cosiddetta invalidità civile, ossia l'invalidità che non deriva da cause di servizio, di guerra o di lavoro. I beneficiari della prestazione sono soggetti mutilati o invalidi totali per i quali sia stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure incapaci di compiere gli atti quotidiani della vita. Tali categorie di persone possono accedere al sostegno senza alcun versamento minimo di contributi previdenziali e indipendentemente dalle loro condizioni reddituali. L'erogazione dell'indennità avviene direttamente ai beneficiari e non è subordinata alla certificazione dell'acquisto di beni e servizi utili al miglioramento delle loro condizioni di vita.

I requisiti necessari pertanto sono:

- riconoscimento di totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche;
- impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure a compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua;
- essere cittadino italiano o cittadino straniero comunitario iscritto all'anagrafe del Comune di residenza o cittadino straniero extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno di almeno un anno;
- avere residenza stabile e abituale sul territorio nazionale.

Gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto di cura per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole, non hanno diritto all'indennità di accompagnamento. L'indennità di accompagnamento è compatibile e cumulabile con la pensione di inabilità, con le pensioni e le indennità di accompagnamento per i ciechi totali o parziali.

La domanda va fatta all'INPS tramite patronato che si avvale delle ASL per le visite e il riconoscimento della non autosufficienza.

Nel 2018 sono state erogate 1,8 milioni di pensioni di indennità di accompagnamento per un importo complessivo che sfiora i di circa 11.315 milioni di euro pari a circa il 53,1% di tutta la spesa per le prestazioni assistenziali. Nel 2019 il suo importo è di 517,84 euro.

Grazie alle battaglie sulla non autosufficienza portate avanti in questi anni dalla FNP CISL, insieme a SPI CGIL e UILP UIL, il Governo ha reso strutturale il Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA), che nel 2019 ha raggiunto la dotazione di 573,2 milioni di euro.

Queste risorse vengono annualmente ripartite tra le Regioni, che in alcuni casi grazie alle esistenti leggi regionali sulla non autosufficienza, provvedono al riparto tra i diversi Comuni, stanziando anche fondi aggiuntivi oltre a quelli previsti dal riparto, per il finanziamento dei servizi dedicati ai non autosufficienti.

Attualmente le Regioni dotate di una legge sulla non autosufficienza sono:

Regioni	Leggi, Delibere, decreti regionali sulla non autosufficienza*
abruzzo	Delibera regionale n. 456/2018
Basilicata	Delibera giunta regionale n. 704/2016 integrata dalla deliberazione 263 del 2019
Calabria	Delibera regionale 464/2015
Campania	Decreto Dirigenziale n. 365 del 06/11/2018
Emilia Romagna	Delibera giunta regionale n. 7509 del 2007 integrata dal delibera 2055 del 2018
Friuli Venezia Giulia	Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6
Lazio	Legge regionale n.20, 2006
Liguria	Legge regionale 12/2006
Lombardia	Delibera regionale 1253 del 12 febbraio 2019
Marche	Legge regionale 32 del 2014 integrato dalla Deliberazione n. 1697 del 10/12/2018
Molise	Delibera regionale 239/2018
Piemonte	Legge regionale n. 10 del 18.02.2010
Provincia di Bolzano	Legge provinciale n. 9 del 12 ottobre 2007, integrata art. 18, comma 3 della delibera 1246/2017
Provincia di Trento	Legge provinciale del 16 novembre 2017, n. 14
Puglia	Legge regionale n 2 del 25 febbraio 2010 integrato con Delibeazione della giunta regionale 26 febbraio 2019, n. 351
Sardegna	Legge regionale n. 2 del 29/05/2007, art. 34, comma 4, lettera b)
Sicilia	Decreto Presidenziale 31 agosto 2018. Disciplina delle modalità e dei criteri di erogazione di interventi finanziari in favore di disabili, integrata dalla delibera 35 del 29 gennaio 2019
Toscana	Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66
Umbria	Legge regionale N. 9 del 4 giugno 2008, all'art. 3
Valle d'Aosta	Legge regionale 23 luglio 2010, n. 23 integrata dalla D.G.R. 1553 del 2011
Veneto	Legge regionale n. 38 del 17 ottobre 2017

* Non sono presenti tutti i fondi di riparto dei stanziamenti regionali.

Per quanto riguarda le prestazioni socio-sanitarie, possiamo aggregarle a loro volta in tre tipologie principali sulla base dei destinatari e delle relative modalità di erogazione: assistenza residenziale agli anziani e ai disabili, assistenza non-residenziale (strutture semi-residenziali e assistenza domiciliare) per la stessa categoria di soggetti e, infine, assistenza rivolta a soggetti affetti da dipendenze (alcolisti e tossicodipendenti) o patologie psichiatriche.

Le prestazioni consistono in servizi e sono erogate dagli enti del SSN indipendentemente, dall'età e dal reddito disponibile dei beneficiari. I criteri di valutazione dello stato di non autosufficienza per accedere alle suddette prestazioni possono differenziarsi da Regione a Regione.

La terza e ultima componente della spesa pubblica per Long Term Care è costituita dalle prestazioni socio-assistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Si tratta di prestazioni diverse tra di loro, prevalentemente in natura, erogate dagli enti territoriali, soprattutto dai Comuni, e soggette alla prova dei mezzi.

La gestione della Non Autosufficienza in Europa

L'Italia insieme alla Grecia è una delle principali nazioni dell'Unione Europea a non avere ancora una legge quadro sulla non autosufficienza. Il resto dell'Europa, nella maggior parte dei casi, da più di un decennio si è dotata di leggi o normative che tutelano i diritti delle persone non autosufficienti.

Possiamo ridurre a cinque i modelli adottati nei paesi europei in tema di assistenza alla popolazione anziana:

1. sistema universalistico: la copertura è pressoché totale del costo delle prestazioni mediante la fiscalità generale (Danimarca e paesi del Nord Europa);
2. sistemi obbligatori: assicurazione obbligatoria LTC per tutta la popolazione con prestazioni fornite sia dall'assicurazione contro le malattie sia da un apposito fondo assicurativo (Paesi Bassi);
3. sistemi con la presenza di un'assicurazione sociale obbligatoria sottoscritta dai lavoratori e realizzata mediante la contribuzione a casse mutue oppure la sottoscrizione di una polizza privata (Germania, Austria, Lussemburgo);
4. sistemi di copertura nei casi di bisogno dove l'erogazione delle prestazioni è suddivisa fra il sistema sanitario nazionale e gli enti locali (Irlanda e Regno Unito);
5. sistemi misti: alle tradizionali assicurazioni sociali (casse malattia, vecchiaia) si affianca un sistema di assistenza sociale a carico della fiscalità (Belgio, Spagna, Francia).

Di seguito alcuni tra i casi più interessanti all'interno dell'Unione Europea.

Austria

La riforma del '93 ha introdotto un programma universale di sostegno alle persone non autosufficienti. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. L'individuazione dei beneficiari è basata esclusivamente sul grado di disabilità. Vengono presi in considerazione reddito e patrimonio per determinare la compartecipazione al costo solo nel caso di cure intensive. Un sussidio universale è erogato a tutti i non autosufficienti in relazione al grado di disabilità. L'incidenza del costo della non

autosufficienza sul Pil è dello 0,7% pari a 14 miliardi e 700 mila euro per assistere il 70,6% della popolazione over 65 ed il 29,4% della popolazione over 75.

Germania

Dal 1995 è stata introdotta una specifica assicurazione obbligatoria, che si integra con le altre 4 già presenti nel Welfare tedesco. Il sistema è finanziato da una imposta (contributo assicurativo) dell'1,7% sul reddito da lavoro, equamente divisa tra lavoratore e datore di lavoro. L'accesso ai servizi è garantito da una perizia medica che provvede a quantificare il bisogno e ad inserire il soggetto in una delle 3 classi a cui è associato un volume diverso di prestazioni da scegliere tra residenziale, domiciliare e monetario. Non è prevista alcuna limitazione né per età, né per reddito o patrimonio. Se la classe nella quale il soggetto è stato inserito prevede l'assistenza residenziale, il vitto e l'alloggio sono pagati dall'assicurazione pubblica solo per gli indigenti. Ne usufruiscono circa 2 milioni di persone, di cui il 63,3% ha 75 anni o più ed il 14,7% è di età inferiore ai 65 anni. Il 68% dell'assistenza viene erogato a domicilio ed il 32% in residenze. I costi sono pari a circa all'1,2% del Pil, cioè circa 18,9 miliardi di euro.

Irlanda

Le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono erogate dal servizio sanitario pubblico e finanziate dalla tassazione generale. I servizi sono garantiti sulla base delle necessità stimate da un apposito Consiglio Sanitario. In genere non sono previste preclusioni per motivi di età, ma è previsto una prova dei mezzi per l'accesso alle varie prestazioni. L'assistenza residenziale è riservata a coloro ai quali sia stata accertata l'impossibilità fisica e sociale della permanenza nel proprio domicilio. È prevista una compartecipazione al costo, ad eccezione degli indigenti, fino all'80% del reddito dell'anziano. Criteri più rigorosi sono previsti per la permanenza in strutture private convenzionate che vedono il concorso della famiglia di appartenenza fino al 100% del costo della retta. L'assistenza domiciliare è erogata dal programma di Community based care (Assistenza basata sulla comunità), in parte sottoposta alla prova dei mezzi. Non sono previsti sussidi monetari. Il costo incide per circa lo 0,7% del Pil, cioè 1 miliardo e 215 mila euro.

Olanda

Le prestazioni per gli anziani non autosufficienti sono coperte da uno dei tre pilastri sul quale si basa la sanità olandese. Il finanziamento proviene da contributi assicurativi, secondo uno schema pubblico a ripartizione, ma vi è anche la possibilità di scegliere un fondo di assistenza privato. L'assistenza residenziale vede una compartecipazione al costo in base al reddito, l'assistenza domiciliare in base al programma personalizzato dal medico di base e dal geriatra. È prevista l'erogazione di un sussidio monetario, qualora l'anziano rimanga nel proprio domicilio, ma ha un reddito basso o sia indigente. Il 43% degli over 65 è assistito in residenze ed il 57% a domicilio. Il costo per la non autosufficienza è pari allo 0,5% del Pil, corrispondente a circa 20,5 miliardi di euro con contributi del 12,15% ed un costo mensile oltre il contributo versato, di circa 320 euro a persona.

Norvegia

Il sistema pubblico garantisce una notevole quantità di servizi e prestazioni finanziati dalla fiscalità generale con una compartecipazione degli utenti. L'erogazione delle prestazioni è organizzata su base locale. Per i requisiti di accesso viene fatta una valutazione da un team di esperti che colloca i soggetti in uno dei tre seguenti gruppi di prestazioni: cure residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Non è

prevista alcuna limitazione per età o reddito. L'assistenza residenziale è distinta in residential home (casa residenziale), usata solo per degenze di lunga durata di disabili gravi e nursing home (casa di cura) per degenze temporanee in centri diurni. Esiste poi lo sheltered housing (strutture protette) che combina la vita indipendente con servizi di cura ed assistenza. La soluzione residenziale comporta una compartecipazione al costo di circa l'80% del reddito dell'utente. L'assistenza domiciliare prevede 2 tipi di intervento. L'assistenza domiciliare con fornitura di cure ed assistenza domiciliare con partecipazione al costo, e l'assistenza medica domiciliare senza alcun onere per l'utente. È previsto un sussidio retributivo per le persone che si prendono regolarmente cura di un non autosufficiente. Il costo incide per il 3,5% del Pil pari a circa 22 miliardi e 900 mila euro.

Spagna

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è organizzata su base regionale ed il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. Ogni regione stabilisce propri criteri di eleggibilità, i servizi offerti, le compartecipazioni al costo. In generale, è prevista la prova dei mezzi. L'assistenza residenziale varia da regione a regione con una compartecipazione media del 75% della pensione oltre ad un contributo aggiuntivo per coloro che hanno un reddito superiore ai 70.000 euro l'anno. Le modalità di assistenza domiciliare variano anch'esse da regione a regione e per le prestazioni monetarie si prevede un sussidio per la soglia di indigenza. Il costo totale rappresenta lo 0,7% del Pil pari a 18 miliardi e 300 mila euro per assistere circa il 70% della popolazione over 65 ed il 30% degli over 75.

Svezia

Il sistema pubblico eroga un rilevante volume di servizi finanziati dalla fiscalità generale, su base locale con una compartecipazione degli utenti. I servizi sono organizzati su base locale. I requisiti di accesso si basano sulla valutazione del bisogno. Non è prevista alcuna preclusione in base all'età o al reddito. L'assistenza residenziale è concessa solo in caso di elevato bisogno e assenza di una rete familiare, sono previsti ricoveri diurni per alleggerire il carico del care giver familiare. Per l'assistenza domiciliare è prevista la figura del care manager che decide modalità ed entità delle cure. È richiesta una compartecipazione al costo da parte dell'utente in relazione alla qualità dei servizi utilizzati. Per l'assistente familiare sono previsti un sussidio economico e la possibilità di partecipare a corsi di formazione. In alcune regioni il governo locale può assumere il care giver che assiste un malato terminale. Il costo rappresenta il 3,8% del Pil, circa 22 miliardi e 600 mila euro per assistere il 75,7% della popolazione over 65 ed il 24,3% della popolazione over 75.

Regno Unito

L'assistenza continuativa è coordinata su base locale. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale, sebbene sia spesso richiesta una compartecipazione al costo, variabile in base al reddito ed al patrimonio dell'utente. La valutazione è effettuata dal governo locale. Non è prevista nessuna preclusione in base all'età, mentre è prevista la prova dei mezzi. L'assistenza residenziale è garantita per tutti coloro per i quali sia stata ritenuta necessaria. La compartecipazione ai costi varia in relazione al reddito e al patrimonio e non ha luogo se la valutazione rientra nei 30.000 euro annui. I sussidi pubblici per coloro che si rivolgono a strutture private variano da regione a regione. L'assistenza domiciliare è individuata da un team specifico e la compartecipazione al costo è responsabilità dei regolamenti fissati a livello locale. Le prestazioni monetarie sono previste per coloro che prestano almeno 35 ore alla settimana di assistenza ad una persona che riceve sussidio economico per la sua condizione di non autosufficienza e disabilità grave. Il costo della non autosufficienza rappresenta

l'1,1% del Pil, pari a circa 19 miliardi e 300mila euro e copre l'assistenza del 77% degli over 65 e il 23% degli over 75.

Francia

Le prestazioni per la non autosufficienza sono gestite da un sistema pubblico a ripartizione attraverso l'assicurazione sociale e le casse previdenziali. Il loro finanziamento avviene attraverso un contributo di solidarietà pari allo 0,30% del salario. Sono previste compartecipazioni al costo. I requisiti d'accesso sono basati sul bisogno espresso dal soggetto, sulla sua condizione economica e sull'età. È previsto un programma per disabili con meno di 20 anni, uno per chi ne ha meno di 60, uno per chi ne ha più di 60 ed infine uno per chi ne ha più di 65. La soluzione residenziale è gravata da una compartecipazione basata sui costi sostenuti e sul reddito, patrimonio dell'utente e età del soggetto. L'assistenza domiciliare è valutata con un pacchetto di servizi e prestazioni insieme allo stato di bisogno ed alle risorse del soggetto. Sono inoltre previsti 2 sussidi monetari, non cumulabili, di importo variabile rispetto alle necessità ed alle condizioni economiche, che devono essere impiegati nell'acquisto di prestazioni assistenziali e mediche. Il costo della non autosufficienza incide per l'1,2% del Pil, 19 miliardi e 450 milioni di euro per far fronte al 72,7% dei bisogni degli over 65 e al 27,3% degli over 75.

La proposta dei sindacati dei pensionati

In Italia sono più di 20 anni che si dibatte sul tema, a partire dai lavori della Commissione Onofri del 1997 sulla nascita di un fondo per l'assistenza ai Non Autosufficienti fino alla più recente proposta di legge elaborata dalla FNP CISL.

Diventa ormai improcrastinabile approvare una legge che definisca il quadro normativo entro cui potranno essere garantiti i livelli essenziali alle persone non autosufficienti, prevedendo un incremento sostanziale delle risorse.

Per questo, la legge dovrà:

- un aumento adeguato delle risorse;
- la contestualità tra il riconoscimento dello stato di non autosufficienza - frutto di una valutazione multidimensionale sulla base di criteri riconosciuti e uniformi - la presa in carico e la definizione del Piano individuale assistenziale (PAI);
- la garanzia del responsabile della gestione del Piano individuale, referente unico dei servizi sanitari e sociali nei confronti della persona interessata e/o del caregiver;
- l'attuazione e il rafforzamento dell'integrazione tra politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie;
- la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali intesi come diritti universali riconosciuti a tutti i cittadini in condizione di non autosufficienza, integralmente finanziati dalla fiscalità generale e la loro integrazione con i Lea sanitari;
- la determinazione e la trasparenza delle risorse destinate ai non autosufficienti nei bilanci di aziende sanitarie e distretti;
- la definizione di criteri uniformi sul piano nazionale per l'accreditamento dei servizi residenziali, semiresidenziali, di assistenza domiciliare e familiare;
- definizione criteri uniformi per la valutazione dei bisogni;
- un sistema efficace di monitoraggio e di controllo;

- il diritto dei cittadini e delle organizzazioni sociali alla partecipazione, alla programmazione dei servizi e al monitoraggio della loro qualità.

Novembre 2019

a cura di:

Dipartimento Politiche Socio-sanitarie, formazione FNP CISL

grafica:

Dipartimento Comunicazione FNP CISL

Dati e approfondimenti per lo Speciale

Bibliografia

- G. Giarelli, S. Porcu, *Long-term care e non-autosufficienza. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative*, 2019, Ed. FrancoAngeli
- Franco Pesaresi, *20 anni di proposte per la non autosufficienza in "Prospettive Sociali e Sanitarie"*, n.4/2018, pp. 20-24
- Gori C., Fernandez J.L., Wittenberg R., *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*, 2016, Bristol, Policy Press
- Egidio Riva, *Ripensare le politiche per la non autosufficienza*, Il Mulino, 2015

Sitografia

<https://www.nonautosufficienza.it>

<https://welforum.it>

<https://www.luoghicura.it/network-non-autosufficienza/>