

Quale futuro per la non autosufficienza

Ivan Pedretti

Il contributo riflette sul tema della non autosufficienza rimarcando come malgrado gli impegni assunti dai diversi Governi che si sono avvicendati nell'ultimo decennio, non vi sia stata nessuna azione di rilievo per affrontare compiutamente il problema dell'invecchiamento della popolazione e le conseguenze delle sue patologie. In Italia si è intervenuti con trasferimenti monetari anziché investire in servizi sociali e di comunità, aprendo di fatto la strada a risposte assicurative private. Si sottolinea invece la necessità di puntare sulla crescita della

responsabilità pubblica e su una programmazione economica e produttiva in grado di rispondere ai nuovi bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione, nonché l'importanza di avviare una fase di confronto tra le parti sociali e le istituzioni per ridefinire il ruolo, le funzioni, gli inquadramenti professionali, la formazione degli operatori nei servizi, di una governance tra le funzioni dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali e quelle private al fine di rendere più efficace ed efficiente il servizio alle prestazioni sociali.

RPS

1. Una questione irrisolta

La risposta alla questione della non autosufficienza è ancora un problema che attraversa il nostro paese e buona parte dell'Europa. Nonostante il susseguirsi degli impegni dei diversi Governi che si sono avvicendati in questo ultimo decennio, non vi è stata nessuna azione di rilievo per affrontare compiutamente il problema sociale dell'invecchiamento della popolazione e la conseguenza delle sue patologie. Per affrontare meglio il tema della non autosufficienza è opportuno fornire alcuni dati.

In Italia sono più di 4 milioni i cittadini non autosufficienti e oltre la metà sono anziani. Di questi il 18,5% hanno una età superiore ai 65 anni e sono totalmente non autosufficienti per almeno in una delle funzioni essenziali della vita quotidiana¹.

Dalle ultime rilevazioni del Ministero della Salute, oggi la spesa per le

¹ Istat, Indagine Multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-20005».

cure e l'assistenza legata alla non autosufficienza è di circa 20 miliardi di euro, inoltre bisogna sottolineare che quella italiana è una popolazione sempre più anziana e, considerato che è in aumento il progressivo invecchiamento della cittadinanza, il problema è come affrontare, oggi e domani, questa criticità.

Ora proviamo ad analizzare l'impatto che l'allungamento della vita ha sulla salute, sulla società e sul sistema sanitario in termini di servizi, di assistenza e di costi.

Il problema può essere analizzato considerando tre punti essenziali:

- *medico*: perché l'aumento dell'età media delle persone comporta ovviamente la prevalenza dell'aumento di malattie croniche su quelle acute;
- *comportamentale*: perché sia l'ambiente che gli stili di vita dovrebbero concorrere ad un corretto invecchiamento e, quindi, buone abitudini alimentari, giusta attività fisica e prevenzione sono alla base del vivere in buona salute in tutto l'arco della vita;
- *assistenziale*: perché il numero crescente di anziani comporta, per il Sistema sanitario nazionale (Ssn) e per quello sociale, interventi a carattere strutturale sia in materia sanitaria che assistenziale, con costi rilevanti sia per il sistema che per le famiglie.

A tale riferimento bisogna fare una considerazione molto amara perché la medicina di territorio, nel nostro paese, non è ancora decollata, nonostante in alcune aree territoriali ci siano esperienze positive e molto interessanti. Questa insipienza politica e istituzionale fa sì che ci siano ricadute negative sull'assistenza domiciliare per i non autosufficienti e per le famiglie che in questa assenza di governo si devono sobbarcare le insufficienze del servizio pubblico, rivolgendosi sempre più a soggetti privati.

La situazione è particolarmente drammatica se si considera che i Governi che si sono succeduti in questi ultimi anni ed il Governo Renzi oggi non hanno dato prova di serietà e responsabilità. L'ultima manovra finanziaria anche se corregge il finanziamento per il Fondo della non autosufficienza portandolo a 400 milioni non affronta seriamente la gravità che essa comporta per il paese e per i cittadini che incorrono in questa grave patologia sociale. Tanto è vero che dopo il 2008 tutte le manovre economiche hanno praticato tagli lineari alla spesa sociale e diminuito i trasferimenti agli Enti locali, con la conseguente riduzione delle risorse destinate alle politiche sociali, e infatti ci sono stati significativi provvedimenti di riduzione delle prestazioni sociali, come si può evincere dalla tabella 1.

Tabella 1- Implicazioni delle manovre 2008-2012 per i Comuni

Manovra estiva 2008 (d.l. 112/2008)	Miglioramento saldo Psi (Patto di stabilità interno/indebitamento) per 2,5 mld per ciascun anno tra il 2011 e il 2014
Manovra economica 2010 (d.l. 78/2010)	Taglio ai trasferimenti per 1,5 mld nel 2011 e 2,5 mld per ciascun anno tra il 2012 e il 2014
Manovre estive 2011 (d.l. 138/2011)	Miglioramento saldo Psi per 1,2 mld per il 2012, 2 mld per il 2013 e 2 mld per il 2014
Legge stabilità 2012	Alleggerimento obiettivi Psi per 520 milioni
«Salva Italia»	Riduzione trasferimenti erariali su fondo riequilibrio per 1,45 mld (in proporzione all'Imu) dal 2012
Spending review	Riduzione trasferimenti su Fondo riequilibrio-perequativo per 0,5 mld nel 2012 e 2,5 nel 2013 e nel 2014, 2,6 milioni nel 2015
Legge stabilità 2013	Alleggerimento dei tagli ai trasferimenti per 250 milioni

RPS

Ivan Pedretti

2. Le (mancate) risorse per la non autosufficienza

Il tema delle risorse da destinare alla non autosufficienza anima da tempo l'agenda di tecnici e politici. Il fatto che dopo innumerevoli dibattiti, convegni, riflessioni e proposte non sia ancora maturata una soluzione lascia intendere che attorno a questo problema esistano rigidità e vincoli al cambiamento complessi da gestire.

Le problematiche riguardanti la non autosufficienza vengono da lontano e precisamente a partire dagli anni '90; diversi paesi europei ritennero che bisognava rivedere la normativa per poter dare delle risposte più adeguate. Risposte che dovevano tener conto della sempre crescente domanda di assistenza continuativa (long-term care o assistenza agli anziani non autosufficienti), aumentata dall'invecchiamento della popolazione. Tale evoluzione ha reso inderogabile l'attuazione di politiche volte ad affrontare l'incognita della non autosufficienza.

Ovviamente questo impulso a trovare forme di risoluzione ad una sempre più crescente domanda di interventi non ha riguardato da subito il nostro paese che, sull'argomento, non ha dimostrato adeguata attenzione, tant'è che nonostante alcuni deboli tentativi di scarso esito, non ha prodotto e quindi non ha attivato nessuna riforma organica di assistenza continuativa per i non autosufficienti, anzi possiamo affermare che la tendenza più forte nell'ultimo decennio è stata la diffusione di prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento e assegni di cura, badantato) lasciando insoluto il tema tra chi desidera riformare il sistema di assistenza e chi invece non lo ritiene possibile, aprendo la strada di fatto a risposte assicurative private.

Pur tuttavia è quanto mai indispensabile agire concretamente in questo settore per uscire dall'incertezza di uno stato di disagio e riequilibrare la distribuzione dell'assistenza che vede la famiglia quale soggetto che si fa prevalentemente carico del problema perché resta residuale l'intervento pubblico.

Infatti l'assistenza ad un malato con grave disabilità incide sul bilancio familiare nella misura del 48% tra remunerazioni a badanti o rette in residenze; mentre la restante quota è suddivisa tra vari soggetti pubblici quali lo Stato, per il finanziamento dell'indennità di accompagnamento, e i Comuni e le Asl per l'erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali spesso attraverso strumenti monetari.

Il nostro welfare territoriale però non beneficia di un sistema di finanziamento definito ma comprende una serie di risorse comunali, regionali e statali destinate a questo settore; ma queste ultime dipendono dalle decisioni annuali di finanza pubblica e dalle priorità che i Governi di volta in volta individuano.

Dal 2008 al 2011 i fondi sono stati drasticamente falciati nella misura del 30-40%. Già a partire dal 2007 l'esecutivo di allora interruppe il sostegno economico agli enti locali, anche se di modesta entità, per gli interventi che gli stessi dovevano mettere a disposizione per la non autosufficienza.

Infatti rispetto ad un impegno di spesa di milioni 400 nel 2009 e nel 2010, dal 2011 non è stato rifinanziato se non per milioni 100 riservata esclusivamente ai malati di Sla. Si assiste quindi ad una costante diminuzione della responsabilità dello Stato nel finanziamento delle politiche sociali che ha riguardato sia la non autosufficienza ma anche il piano nidi, le politiche giovanili e quelle per le pari opportunità. Nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati; nello stesso anno però, con la riprogrammazione dei fondi comunitari, furono destinati milioni 330 per potenziare i servizi a favore degli anziani non autosufficienti delle regioni del Sud. Mentre con la legge di stabilità del 2013 c'è stato un ulteriore taglio: milioni 300 come Fondo nazionale per le politiche sociali di cui 275 per la non autosufficienza. Insomma 60% in meno rispetto al 2008.

Se si esamina lo schema di manovre per gli enti locali nel periodo 2006-2013 si nota come ci sia una situazione generale che vede per ben 5 anni una stretta ai vincoli di bilancio dei Comuni. Per cui la fotografia che appare è la seguente:

- per i finanziamenti settoriali:
 - scomparire il sostegno statale alle politiche sociali locali, oggi rifinanziato parzialmente senza avere alcuna certezza nel medio termine;
 - difficoltà per le Regioni a sostenere con risorse proprie tale sostegno;
 - una crescita molto lenta con un aumento certamente importante nei bilanci comunali ma con una riduzione della spesa negli interventi per gli anziani;
- per la spesa sociale:
 - probabilità di ridimensionamento nella fase attuale;
 - difficoltà di programmazione

Ancora una volta è importantissimo sottolineare quanto peso possa avere la contrattazione sociale nazionale e territoriale effettuata dal sindacato dei pensionati se consideriamo quanto precedentemente detto e, perché chiediamo da tempo, una legge strutturale di livello essenziale sulla non autosufficienza.

Certamente tra i fattori che hanno determinato il controllo della spesa sanitaria ci sono i piani di rientro delle Regioni che se, da una parte, sono serviti a ridurre o eliminare disavanzi, portando importanti benefici sui saldi nazionali, dall'altra, hanno determinato sofferenza nella gestione della sanità locale.

Se si fa un ragionamento, pensando non solo al presente ma anche al futuro, alcune considerazioni sulla non autosufficienza e su come finanziarla vanno fatte:

1. in futuro avremo meno spesa pubblica per l'assistenza agli anziani. Questo scenario, molto inquietante, dipenderà solo dalle scelte politiche nazionali e regionali. Lo Spi (Sindacato pensionati italiani) più volte ha sostenuto che la disponibilità di adeguati stanziamenti per la non autosufficienza dipendono dalle scelte politiche e riguardano la distribuzione di risorse pubbliche tra i diversi settori. Attualmente, secondo dati Eurostat, in Italia la spesa pubblica per l'assistenza agli anziani è del 20% inferiore alla media europea; se poi da questo calcolo escludessimo l'indennità di accompagnamento, la percentuale aumenterebbe considerevolmente soprattutto se si considera che l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari non riesce ad essere la metà della media europea, sia per quanto riguarda i servizi domiciliari che quelli residenziali.

Tutto questo è avvenuto perché i Governi del nostro paese hanno privilegiato i trasferimenti monetari anziché investire in servizi so-

RPS

Ivan Pedretti

ciali e di comunità. Lasciare libero il campo alle assicurazioni private come principale leva di sviluppo significherebbe produrre problemi di equità ed efficienza che, in qualche anno riproporrebbero l'esigenza di rafforzare l'intervento pubblico (facendo, nel frattempo diversi danni). Occorre invece puntare subito sulla crescita della responsabilità pubblica, accompagnandola con la necessaria regolamentazione del sistema assicurativo che deve restare uno strumento supplementare e integrativo a quello pubblico. Pensiamo, dunque, che il tema della sostenibilità delle risorse per affrontare seriamente una riforma della non autosufficienza richiami direttamente il nodo delle scelte politiche. Se si vuole, lo sforzo economico è sostenibile per il bilancio pubblico, tutto dipende dalla posizione occupata dalla non autosufficienza tra le priorità di chi decide e finora, in particolare a livello nazionale, è stata piuttosto bassa.

2. È necessario inoltre pensare ad un'altra idea di sanità e di politiche sociali, riportando la spesa sanitaria verso interventi davvero efficaci e mirati, in modo da ridimensionare l'utilizzo prevalente di semplici prestazioni, favorendo quindi investimenti adeguati nel sistema sociale per la realizzazione di un'assistenza territoriale più moderna e coerente con l'evoluzione della domanda (richiesta di servizi).

La politica ha quindi una grande responsabilità e un grande problema da affrontare: comprendere la centralità dei servizi di comunità per fornire risposte sociali non più procrastinabili, nonché conferire all'intervento pubblico la giusta e adeguata importanza tale da garantire un fondamentale sostegno nell'attività di programmazione, progettazione e ricerca.

Infatti è in gran parte il finanziamento pubblico che può garantire i necessari livelli di assistenza, nello spirito della legge 328/2000, con le azioni del Piano sociale di zona che ha il compito di mettere in relazione i vari soggetti (istituzionali e no) operanti sul territorio, con l'obiettivo di sviluppare e qualificare i servizi socio-sanitari per renderli flessibili e adeguati ai bisogni della popolazione in generale e degli anziani in particolare. Di questi ultimi in particolare perché fra 10 anni ce ne saranno molti di più e ci sarà la necessità di fornire più risposte adeguate ai loro bisogni e più organizzazione nel gestire la domanda che verrà da questa grande parte di popolazione.

Oggi i servizi che li riguardano hanno conosciuto un'espansione modesta rispetto al resto degli interventi sociali dei Comuni che nel tempo è andata sempre più riducendosi e, se consideriamo quanto detto,

c'è da preoccuparsi perché difficilmente i soli interventi locali potranno reggere le dinamiche dell'invecchiamento.

La preoccupazione di un futuro abbastanza grigio ci viene data dalla situazione politica attuale. Ancora una volta, non si è avviata una discussione per definire un regolamento sui nuovi costi standard ospedalieri e per orientare la revisione di spesa dentro un percorso di efficacia ed efficienza che abbatta gli sprechi e utilizzi le risorse recuperate per allargare il sistema dei servizi e delle prestazioni sociali verso i cittadini più bisognosi. Se così non fosse vincerebbe l'idea ormai praticata da tempo dei tagli lineari, delle misure restrittive sui finanziamenti alla sanità e dell'introduzione di nuovi ticket e di successivi tagli al Fondo sanitario.

A pagarne un costo molto alto come sempre sono le persone, gli anziani e le loro famiglie che, già messe a dura prova dalla crisi, devono affrontare i maggiori costi della non autosufficienza e di eventuali aumenti dettati dai ticket. La politica quindi deve decidere come affrontare la spesa sanitaria tenendo in debito conto la tutela del welfare e la difesa delle fasce più deboli.

In tal senso non bisogna dimenticare che la spesa sanitaria, rispetto al Pil, si posiziona al di sotto della media degli altri paesi europei, pertanto se si interviene con ulteriori riduzioni c'è il serio rischio di compromettere i livelli minimi di assistenza.

In questo scenario, è molto importante avviare una fase di confronto tra le parti sociali e le istituzioni per ridefinire il ruolo, le funzioni, gli inquadramenti professionali, la formazione degli operatori nei servizi. In tal senso occorre determinare una programmazione economica e produttiva in grado di rispondere ai nuovi bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione e di conseguenza alla diversa qualità dei servizi da erogare nel territorio.

Se non si avvierà una diversa e nuova fase di governo della salute il rischio sarà quello della concorrenza al massimo ribasso tra le strutture pubbliche e quelle private, riducendo di fatto la qualità del servizio e la funzione dello stesso operatore, mortificato nelle sue funzioni, dalla concorrenza sleale del mercato privato.

Infatti una scarsa qualità dell'assistenza effettuata ad esempio nelle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), a livello di singola struttura, potrebbe virtualmente, provocare maggiori costi per il Servizio sanitario nazionale se non gestita dentro un quadro di riferimento nazionale di rete integrata che abbia definito costi standard e qualità dei servizi.

RPS

Ivan Pedretti

3. *L'urgenza di un sistema integrato*

C'è dunque la necessità di una governance tra le funzioni dello Stato, quelle delle Regioni e degli Enti locali e quelle private al fine di rendere più efficace ed efficiente il servizio alle prestazioni sociali, razionalizzando i costi e le competenze dei diversi soggetti.

Siamo di fronte alla concreta esigenza di costruire un sistema a rete dei servizi, della programmazione territoriale, come proposto dalla legge 328/2000, avanzando nella direzione di rendere esplicito il bisogno di progettare, ad ampio spettro, un sistema articolato di tutele nelle quali far trovare le risposte ai diversi portatori di bisogno.

Una rete che affronta il tema della non autosufficienza attraverso il concorrere dello Stato con una legge di livello essenziale con criteri di solidarietà al suo interno tra realtà territoriali più forti e più deboli, con leggi regionali sostenute da diverse fonti di finanziamento:

- finalizzazione della spesa sociale regionale;
- quote provenienti dai Comuni;
- concorso economico da parte delle fondazioni bancarie;
- parte delle entrate da addizionale Irpef regionale;
- concorso economico da parte del sistema assicurativo (fondi contrattuali e privati).

Un sistema integrato capace di rispondere all'invecchiamento della società e al conseguente aumento delle patologie che portano alla crescita della non autosufficienza.

Del resto, l'analisi dell'andamento della disabilità nella popolazione anziana è il principale indicatore di efficienza della prevenzione della disabilità, poiché l'anziano fragile è la persona più a rischio di disabilità.

La medicina e la ricerca hanno ormai chiaramente indicato quali sono le due vie da perseguire per avversare la fragilità tipica delle persone anziane, cioè la prevenzione, da una parte, e la medicina di iniziativa integrata socio-sanitaria indispensabile per assicurare la continuità assistenziale degli anziani fragili, dall'altra.

L'obiettivo di questo impianto è di fornire un'assistenza continuativa, globale e flessibile, in base al percorso assistenziale: la flessibilità diventa peculiarità indispensabile affinché il passaggio fra territorio e struttura ospedaliera avvenga senza interruzioni, garantendo così la qualità e l'incisività dell'intervento.

Come si nota la cura della disabilità necessita di mettere in relazione tutte le forme di assistenza e tutela della persona da quelle familiari, a

quelle delle cosiddette «badanti», a quelle più complesse della domiciliarità integrata, sino all'ultima istanza delle strutture residenziali.

Ogni tassello che riguarda l'intervento sulla fragilità e la non autosufficienza ha una vera efficacia se si interseca con l'insieme delle diverse forme di protezione sociale. Occorre operare con tutti gli strumenti a disposizione come una vera e propria orchestra, il cui direttore non può che essere il soggetto pubblico, il quale deve determinare le linee di programmazione, definire i livelli essenziali, delineare la quantità e la qualità dei soggetti da tutelare, attraverso una costante azione di regia dei diversi soggetti che operano attorno al tema della fragilità delle persone anziane.

Per intervenire seriamente sulla gravità della non autosufficienza c'è bisogno di una vera convinzione politica che faccia della fragilità delle persone anziane un'occasione per riformare davvero il welfare nel nostro paese: dal territorio allo Stato, dallo Stato al territorio.

Occorre un grande progetto di formazione del personale, sia pubblico che privato, dai medici di medicina generale, agli specialisti, agli assistenti sociali, agli infermieri, alle badanti sia straniere che italiane, a tutto il personale delle strutture residenziali, collocandoli tutti insieme in un progetto di protezione sociale che fa della prevenzione una scelta fondamentale del sistema di welfare sociale.

Se così faremo si darà una risposta qualitativa al bisogno determinato dall'invecchiamento della popolazione e al contempo riqualificheremo la professionalità dei lavoratori, dei medici e anche degli stessi lavoratori che operano nei settori privati del sociale.

È questa una grande sfida riformatrice che il sindacato confederale lancia nei confronti del Governo del paese, consapevoli che questa sfida se realizzata porterà non solo benefici verso le persone che stanno male, ma sarà anche fattore di innovazione e di crescita qualitativa dell'occupazione.

RPS

Ivan Pedretti