



il Punto di vista indipendente sul mondo del welfare

Sei in: [Home](#) > [Sanità](#) > Non autosufficienza, la dimensione del problema italiano

Non autosufficienza, la dimensione del problema italiano

In Italia si vive di più rispetto alla media europea, ma non meglio. Ecco perché urge una riflessione sugli strumenti organizzativi con cui affrontare la sfida della non autosufficienza, una riflessione che sappia cogliere tutte le opportunità offerte da possibili sinergie pubblico/privato

Laura Crescentini

Il contesto demografico-sanitario - Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in Italia ha una dimensione particolare, che può essere sintetizzata nell'espressione **si vive di più, ma non meglio**. Se, infatti, l'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo, con una speranza di vita residua a 65 anni più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media UE (19,1 anni per gli uomini e 22,4 per le donne), non altrettanto confortanti sono i dati relativi agli anni che restano da vivere, in buona salute e/o senza limitazioni funzionali.

La quota degli ultra75enni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29% e quella degli over 85 sarà oltre il 5%. L'indice demografico di dipendenza strutturale[1] supera il 55,5%, quello di dipendenza degli anziani[2] il 34%. Si incrementa anche l'età media della popolazione, che sfiora i 45 anni. La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 58,2 anni e quella senza limitazioni funzionali a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media UE rispettivamente di 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

Rispetto alla media UE decisamente peggiore è anche la condizione degli over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultra80enni rispettivamente di 59% e 64% (Tab. 1).

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

Oltre l'11% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultra75enni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)[3]; quasi il 7% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12% tra gli ultra75enni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL)[4]: quasi un terzo degli over 65 e quasi la metà degli over 75 hanno invece gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico. A parità di età, la multicronicità e la riduzione della perdita di autonomia si manifestano in maniera sensibilmente più marcata fra gli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi e/o residenti nel Mezzogiorno.

Tab. 2 -Over 65 con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività domestiche (IADL) per sesso e classe di età

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

	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e +	Tot.	65-74	75 e +	Total e	65-74	75 e +	Tot.
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2
Gravi difficoltà in 3 o più ADL	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività domestica (IADL)	9,2	33,3	20,4	16,6	56,1	37,9	13,1	47,1	30,3
Gravi difficoltà in 4 o più IADL	2,9	13,3	7,7	3,5	24,5	14,8	3,2	20,1	11,7

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

L'organizzazione della copertura: attuali criticità e ipotesi di sviluppo - Sinora la risposta data del nostro Paese è stata nettamente inadeguata, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo, fondata su una concezione obsoleta del sistema di welfare **con una frammentazione disorganizzata di interventi e conseguente rischio di inappropriatazza delle prestazioni e dispersione delle risorse** (già certamente non abbondanti). Nel complesso, la spesa dedicata alla *long-term care* (LTC) è in linea con la media europea: la stima della Ragioneria Generale dello Stato (al netto della parte prettamente sanitaria) è di circa 15,6 miliardi di euro (destinati a raddoppiarsi entro il 2060), pari a circa l'1% del Pil. **Tuttavia l'assenza di una compiuta strategia pubblica da parte del pubblico lascia totalmente alle famiglie l'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte l'onere economico.** Non a caso, sempre i dati Istat evidenziano un bisogno di assistenza nel 58% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona, risolto per oltre il 50% con l'aiuto di una persona del nucleo familiare.

Il principale presidio è certamente rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (al 01/01/2017 515,43 euro mensili), erogata senza condizioni di reddito, il cui utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza che favorisce un uso improprio della misura stessa. Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13 miliardi. Di queste circa il 71% è corrisposto a ultra65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010. Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella **sfera territoriale**, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria - *voucher*, assegni di cura e buoni sociosanitari - sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA[5], mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

Si tratta comunque di interventi sicuramente inadeguati sotto il profilo delle risorse, problema aggravatosi pesantemente negli ultimi anni in ragione della crisi economica. Nel 2015 l'Istat stima che le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale dedicate agli anziani ammontino a circa 1,3 miliardi di euro, con un calo del 5% rispetto al 2005, mentre il numero di ore annue di assistenza per caso trattato fornite in regime ADI è inferiore a 20, con un tasso per ogni 100 anziani assistiti inferiore al 3% ed una percentuale di comuni che offrono il servizio inferiore al 50%. Del pari critica è la situazione con riferimento al tema della residenzialità. Ancorché non si disponga di dati aggiornati, l'indagine Istat sulle spese per servizi sociali dei comuni evidenzia, per il quinquennio 2010-2015 un calo della spesa per servizi residenziali di circa il 3% e conferma l'elevata disomogeneità del servizio sul territorio nazionale. Infine la consistenza dei due fondi destinati al finanziamento delle prestazioni, azzerata nel 2012 e attualmente consolidata attorno ai 400 milioni di euro per il Fondo per la non autosufficienza e attorno a 300 milioni di euro per il Fondo per le politiche sociali, nel 2016 è circa la metà della consistenza del solo Fondo per le politiche sociali del 2009.

Del resto l'**impossibilità del settore pubblico di fronteggiare da solo l'organizzazione (e il finanziamento) di tale risposta** è stata già ammessa laddove il legislatore, nel d.m. del 10/2008 ha inserito la non autosufficienza fra le prestazioni qualificate che condizionano l'accesso al trattamento fiscale agevolato da parte dei Fondi sanitari. Inutile dire che la crisi economica e la lentezza della successiva ripresa hanno ulteriormente sottolineato l'inadeguatezza strutturale del modello italiano, poiché l'evidenziata contrazione delle risorse pubbliche destinate al sostegno della non autosufficienza è stata accompagnata da una riduzione della capacità di spesa delle famiglie, **con una conseguente tendenza alla reinternalizzazione del processo di assistenza**. Non è quindi inverosimile lo scenario Censis che individua nelle spese per l'assistenza a non autosufficienti una delle cause di impoverimento per oltre mezzo milione di famiglie e comunque una spesa rilevante per quasi 1 milione di euro.

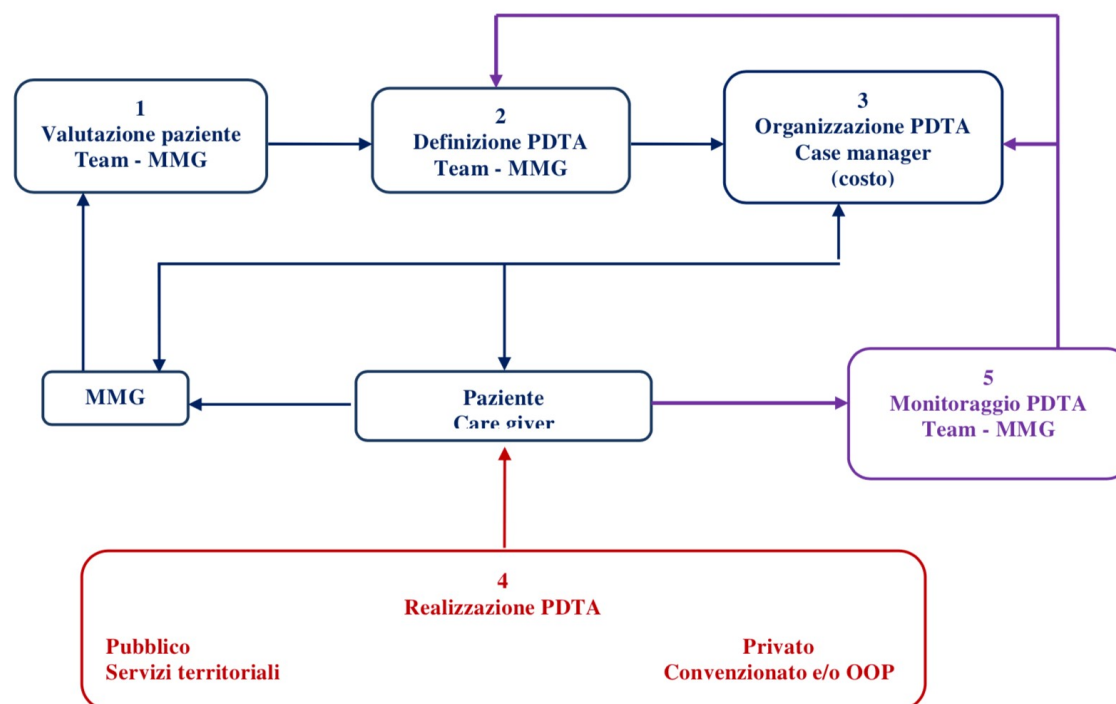
Questo contesto ha peraltro favorito la diffusione di una generale consapevolezza dell'inevitabilità dell'intervento privato che si traduce in una disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. **Il ricorso al privato "tout court" non può comunque rappresentare, da solo, la risposta al problema**, in ragione dell'onerosità delle soluzioni individuali, in primo luogo sotto il profilo economico, ma anche organizzativo. **È urgente quindi definire nuovi modelli di assistenza**, che consentano di intercettare adeguatamente i nuovi bisogni complessi dei pazienti, nell'ambito dei quali trovino spazio forme di partnership pubblico/privato, in particolar modo con soggetti istituzionali (Fondi sanitari, Fondi pensione e Casse di previdenza private, Società di Mutuo Soccorso, Terzo settore) che consentano di canalizzare le risorse disponibili in forme efficienti di copertura.

Si tratta di una esigenza che è stata peraltro, almeno sul piano teorico, essenzialmente colta dal (primo) **Piano nazionale cronicità**, predisposto da Ministero della Salute agli inizi del 2016, nel quale sono indicate le linee di indirizzo, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali, per definire un modello unitario di intervento, monitorato da una Cabina di regia nazionale e che si fonda, tra l'altro, su:

- un nuovo approccio culturale che pone al centro del sistema non la malattia ma la persona, e il suo progetto di cura e di vita considerata non solo sotto il profilo clinico ma tenendo in considerazione anche il contesto familiare, economico, ambientale. Il fine non è più in questo caso la guarigione, spesso impossibile, ma il mantenimento e la coesistenza con la migliore condizione di salute possibile, considerando i bisogni globali del paziente e il contesto di riferimento;
- un approccio multidimensionale integrato, che presuppone sinergie fra servizi sanitari e sociali, fra professionalità diverse, fra i diversi attori pubblici e privati, profit e non profit, coinvolti nella pianificazione ed erogazione dell'assistenza;
- la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati, fondati sull'analisi integrata dei bisogni del paziente in una logica di accompagnamento e non solo cura che coinvolga attivamente non solo il paziente, ma anche i caregivers di riferimento.

L'obiettivo deve dunque essere quello di **disegnare l'intervento complementare/privato secondo una logica rigorosa di integrazione delle prestazioni pubbliche**, al fine di ottimizzare l'efficacia dell'intervento complessivo. Un possibile schema è illustrato nella Fig. 1, nella quale sono differenziate le diverse fasi del processo di definizione e erogazione della copertura.

Fig. 1 - Ipotesi di Schema organizzativo di copertura per la non autosufficienza



Per il completamento del disegno organizzativo è essenziale individuare la corretta attribuzione della titolarità/responsabilità delle diverse fasi del processo.

- Fasi 1 e 2 – Valutazione fragilità e definizione PDTA

Si tratta di compiti che rientrano tipicamente nella responsabilità del SSN, da esercitarsi presumibilmente a livello di Distretto, nell’ambito del quale deve essere operativo, così come indicato dal Piano cronicità, un Team di valutazione composto dalle diverse figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale (MMG, psicologo, infermiere specialista, assistente sociale, ecc) con intensità variabile in funzione del grado di complessità della persona coinvolta.

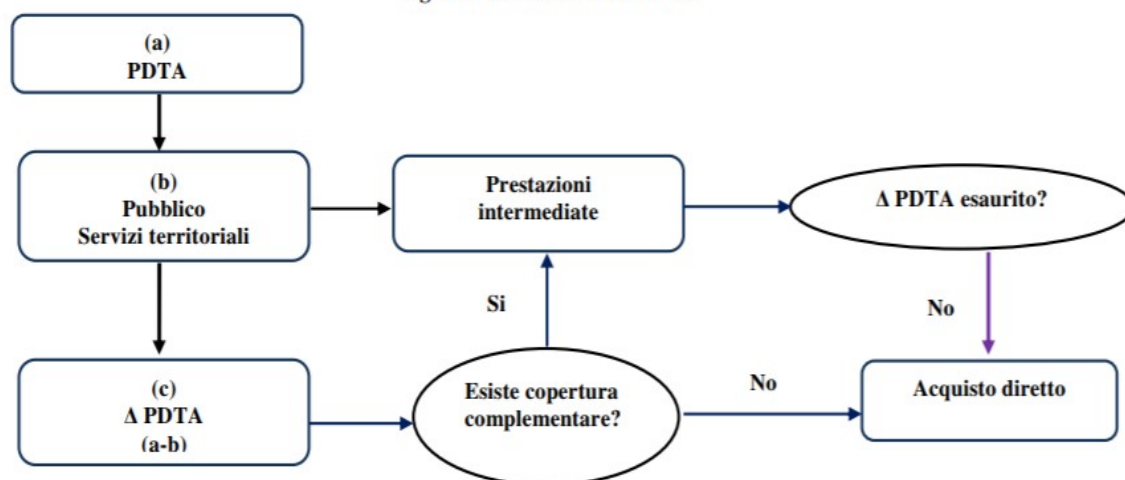
- Fase 3 - Organizzazione PDTA

Più articolata appare la fase 3 nella quale devono essere individuate in maniera concreta le modalità attuative del PDTA, sotto il coordinamento del *case manager*. A tal fine è essenziale poter disporre di una mappatura delle tre possibili componenti utilizzabili per l’erogazione dei servizi: servizi socio sanitari territoriali, opzioni offerte dall’eventuale copertura complementare, opzioni “acquistabili” direttamente, ossia le *out of pocket*(OOP).

- Fase 4 - Realizzazione PDTA: definizione del perimetro dell’intervento complementare

Si è già ricordata più volte l’esigenza che l’intervento della componente privata sia effettivamente complementare rispetto all’intervento pubblico. D’altro canto non può realisticamente immaginarsi che l’intervento complementare possa farsi carico della totalità del bisogno residuo per la totalità della popolazione: anche in questo caso occorre tener presente che esistono oggettivi limiti di capacità contributiva, ovviamente variabili in relazione alle collettività considerate. In via generale, l’articolazione della realizzazione del PDTA dovrebbe seguire lo schema illustrato in Fig. 2.

Fig. 2 - Realizzazione del PDTA



Indipendentemente dall'ampiezza complessiva, la copertura complementare dovrebbe quindi presentare le seguenti caratteristiche:

- **Personalizzazione:** Il focus deve essere posto sul differenziale fra intervento delineato dal PDTA e intervento pubblico, anche tenendo conto della diversa declinazione territoriale. Ovviamente si pone il problema, per le coperture organizzate su base nazionale, di assicurare un'uniformità di copertura a tutti i propri assistiti: si tratta peraltro di studiare dei meccanismi che determinata la "consistenza" della prestazione consentano di ottimizzarne l'utilizzazione in funzione della realtà socio-ambientale dell'assistito stesso;
- **Flessibilità e modularità:** Se l'obiettivo massimo è rappresentato dall'intero differenziale fra PDTA e intervento pubblico, è possibile immaginare un'articolazione dei possibili interventi coerenti con le diverse capacità di spesa. Al riguardo va evidenziato come uno zoccolo minimo potrebbe comunque essere rappresentato da:
 - attività di assistenza per l'accesso alle prestazioni pubbliche;
 - mappatura e informazione agli iscritti, anche tramite costruzione di portali dedicati, circa le possibilità di assistenza privata di qualità disponibili sul territorio;
 - stipula di convenzioni con soggetti erogatori per consentire l'accesso a tariffe agevolate a servizi qualitativamente monitorati.

Non va peraltro sottovalutato che un'impostazione di questo genere comporta modifiche significative sotto il profilo organizzativo:

- il passaggio dalla logica del tariffario a quella di un plafond di risorse, coerente con il livello di finanziamento, da assegnare a ciascun assistito a esito della valutazione dello stato di fragilità/dipendenza e della definizione del PDTA;
- privilegiare quanto più possibile l'intervento in servizi piuttosto che le erogazioni in denaro, quale modalità che agevola il controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, anche sotto il profilo della sinergia con l'intervento pubblico;
- opportunità di promuovere per quanto possibile anche forme di sinergie fra i diversi operatori privati. Iniziative come la stipula di convenzioni, la mappatura e il monitoraggio qualitativo delle possibilità di assistenza ben si prestano a essere "socializzate" con indubbi vantaggi in termini economici ma anche organizzativi, dovendo coprire un territorio quanto mai diversificato.

Da ultimo si sottolinea come la possibilità di realizzare efficaci sinergie fra intervento pubblico e privato è evidentemente strettamente connessa all'adozione di un linguaggio comune da parte di tutti i diversi possibili attori: non è, infatti, razionale che la capacità di autosufficienza/fragilità di uno stesso soggetto possa essere valutato in maniera diversa sul territorio nazionale, né avuto riguardo al profilo geografico né con riferimento al soggetto erogatore della prestazione. Per questo motivo si è ritenuto di dedicare all'approfondimento specifico sull'argomento il Capitolo 2 del Quaderno.

Conclusioni - Nonostante la mancanza di attenzione concreta circa un adeguato disegno organizzativo per

la copertura del rischio di non autosufficienza abbia sinora rappresentato una costante della politica italiana, l'emergere prepotente del bisogno conseguente all'invecchiamento della popolazione e alle ridotte capacità economiche delle famiglie, autorizza a sperare che il momento sia favorevole a **una seria riflessione sulla materia che colga le opportunità offerte dalle possibili sinergie pubblico/privato.**

Il tutto nell'ottica dell'innovazione sociale, parola d'ordine delle strategie promosse in ambito UE e del Pilastro dei diritti sociali recentemente pubblicato dalla Commissione, concetto che comprende sperimentazioni di modelli innovativi e efficaci, tanto di prodotto quanto di processo che, evitando inutili duplicazioni di interventi, favoriscano il ricorso allo strumento della "solidarietà", **in particolar modo tramite la modalità della contrattazione collettiva**, coinvolgendo i soggetti istituzionali che da tempo hanno compreso la necessità di promuovere una copertura di secondo pilastro.

[1] Indice di dipendenza strutturale: rapporto fra popolazione non attiva ($\leq 14 \geq 65$ anni) e popolazione di età 15-64.

[2] Indice di dipendenza anziani: rapporto fra popolazione ≥ 65 anni e popolazione di età 15-64

[3] ADL (*Activities of Daily Living*): si riferiscono alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici.

[4] Le IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

[5] Il termine RSA ricomprende sia le strutture di "Residenza Sanitaria" sia di "Residenza Protetta", entrambe destinate a accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale.

Laura Crescentini, Coordinatore Tecnico Assoprevidenza e Componente Comitato Tecnico Scientifico Itinerari Previdenziali

29/5/2018

L'articolo è tratto dal Quaderno di Approfondimento "Le sfide della non autosufficienza. Spunti per un disegno organico per la copertura della non autosufficienza", redatto a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali con il supporto scientifico Assoprevidenza

Tag

non autosufficienza invecchiamento invecchiamento popolazione LTC
Long Term Care spesa sanitaria



Approfondimenti

- 🔗 Per ulteriori approfondimenti, consulta il Quaderno di Approfondimento "Le sfide della non autosufficienza", redatto a cura del Centro Studi e Ricerche con il supporto scientifico Assoprevidenza
- 🔗 Le sfide della non autosufficienza, una priorità assoluta per il Paese



Ti potrebbe interessare anche