

CNEL

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

**La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica
nelle persone di età avanzata**

Schema di osservazioni e proposte

Assemblea, 18 luglio 2002

Premessa

Il rapido innalzamento dell'età media della popolazione anziana ed il mutamento delle strutture sociali – che hanno comportato il parziale superamento dei modelli familiari tradizionali – richiedono soluzioni idonee a contrastare il fenomeno della non autosufficienza nelle persone di età avanzata.

Il CNEL ha prestato, già in passato, un'attenzione specifica al problema degli anziani non autosufficienti con il testo di osservazioni e proposte del 25 gennaio 2001.

Infatti, con il testo sopra menzionato il CNEL ha approfondito la possibilità di introdurre forme di tutela per i possibili casi di non autosufficienza nelle persone di età avanzata, individuando contestualmente possibili mezzi cumulativi o alternativi di reperimento delle risorse necessarie.

Tuttavia, nel corso dell'Assemblea del 25 gennaio 2001, è emersa l'opportunità di svolgere un'ulteriore attività di approfondimento - da parte del CNEL- del tema in oggetto.

Infatti, si è ormai consapevoli che le situazioni di non autosufficienza, già particolarmente gravi e frequenti, sono destinate a crescere oltre modo per il rapido innalzamento dell'età media della popolazione.

E' ormai diventato indispensabile individuare nuovi e più opportuni strumenti necessari a soddisfare i bisogni di quei soggetti -anziani- che non sono in grado di provvedere al compimento delle ordinarie e giornaliere attività della vita.

Il testo di osservazioni e proposte in oggetto si pone, quindi, sia nell'ottica di evidenziare il fenomeno che nell'ottica di prospettare possibili soluzioni.

1. aspetti demografici

L'Italia come noto, dal punto di vista demografico, presenta un basso di tasso di natalità ed un aumento sensibile degli anziani rispetto ai giovani, anche a causa del basso tasso di fecondità e del miglioramento generale della qualità della vita.

Indicatori socio-demografici europei, elaborazione Censis 2001 su dati Eurostat

Indicatore	Anni	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Paesi Bassi	Austria	Portogallo	Finlandia	Svezia	Regno Unito	Eur 15
Tasso di natalità - nati per 1000 abitanti	'70	14,7	14,4	13,4	16,5	19,7	16,8	21,9	16,8	13,0	18,4	15,1	20,8	14,0	13,8	16,3	16,2
	'80	12,6	11,2	11,1	15,5	15,3	14,9	21,8	11,4	11,5	12,9	12,0	16,3	13,2	11,7	13,4	13,1
	'90	12,4	12,4	11,4	10,1	10,3	13,5	15,1	10,0	13,0	13,3	11,8	11,7	13,2	14,5	13,9	12,0
	'95	11,3	13,4	9,4	9,7	9,2	12,5	13,5	9,1	13,3	12,4	11,0	10,8	12,4	11,7	12,5	10,8
	'96	11,4	12,9	9,7	9,6	9,1	12,6	13,9	9,2	13,7	12,2	11,0	11,1	11,8	10,8	12,5	10,8
	'97	11,4	12,8	9,9	9,7	9,2	12,4	14,2	9,2	13,1	12,3	10,4	11,4	11,5	10,2	12,3	10,8
	'98	11,2	12,5	9,6	9,6	9,2	12,7	14,4	9,3	12,6	12,7	10,1	11,4	11,1	10,1	12,1	10,7
	'99	11,1	12,4	9,4	9,6	9,6	12,7	14,2	9,1	12,9	12,7	9,7	11,6	11,1	10,0	11,8	10,6
	'00	11,3	12,6	9,2	9,6	9,8	13,2	14,3	9,4	13,1	13,0	9,6	12,0	11,0	10,2	11,4	10,7

Indicatore	Anni	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Paesi Bassi	Austria	Portogallo	Finlandia	Svezia	Regno Unito	Eur 15
Tasso di fecondità (nati per donna in età feconda)	'70	2,25	1,95	2,03	2,39	2,90	2,47	3,93	2,42	1,98	2,57	2,29	2,83	1,83	1,92	2,43	2,38
	'80	1,68	1,55	1,56	2,21	2,20	1,95	3,25	1,64	1,49	1,60	1,62	2,18	1,63	1,68	1,90	1,82
	'90	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,12	1,34	1,61	1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83	1,57
	'95	1,55	1,80	1,25	1,32	1,18	1,70	1,86	1,17	1,69	1,53	1,40	1,40	1,81	1,73	1,70	1,43
	'96	1,55	1,75	1,32	1,30	1,15	1,72	1,88	1,21	1,76	1,53	1,42	1,43	1,76	1,60	1,72	1,44
	'97	1,55	1,75	1,37	1,31	1,16	1,71	1,92	1,22	1,71	1,56	1,37	1,46	1,75	1,52	1,72	1,45
	'98	1,53	1,72	1,36	1,29	1,15	1,75	1,93	1,20	1,68	1,63	1,34	1,46	1,70	1,51	1,72	1,45
	'99	1,61	1,74	1,37	1,30	1,20	1,77	1,89	1,23	1,71	1,64	1,32	1,49	1,73	1,50	1,68	1,45
	'00	1,65	1,76	1,34	1,30	1,22	1,89	1,89	1,25	1,78	1,72	1,32	1,54	1,73	1,54	1,64	1,53

In Italia la popolazione di 65 anni ed oltre è superiore alla popolazione di età compresa tra i 0 e 14 anni (rispettivamente 10.556.519 e 8.313.289). La popolazione anziana, inoltre, è destinata a crescere progressivamente ed in modo preoccupante per gli effetti che tale crescita causa. E' interessante rilevare, peraltro, che il processo di invecchiamento ha interessato l'intero Paese ma con differenze regionali notevoli. Considerato che anche l'indice di vecchiaia e l'indice di invecchiamento si articolano in maniera diversificata nel Paese, sembrerebbe quindi opportuna una strutturazione dei welfare che tenga conto delle peculiarità territoriali.

Popolazione residente per classi di età e indici di invecchiamento e di vecchiaia
Fonte: elaborazione Censis 2001 su dati Istat

Regioni ripartizioni territoriali	CLASSI DI ETÀ'			Popolazione totale (d)	Indice di invecchiamento (c)/(d) x 100	Indice di vecchiaia (c)/(a) x 100
	0-14 (a)	15-65 (b)	65 e + (c)			
Piemonte	516.305	2.884.492	888.934	4.289.731	20,72	172,17
Valle d'Aosta	15.440	82.325	22.824	120.589	18,93	147,82
Lombardia	196.086	6.305.353	1.620.275	9.121.714	17,76	135,46
P.A. Bolzano	79.152	313.997	72.115	465.264	15,50	91,11
P.A. Trento	71.289	320.444	86.126	477.859	18,02	120,81
Trentino A. A.	150.441	634.441	158.241	943.123	16,78	105,18
Veneto	606.690	3.117.771	816.392	4.540.853	17,98	134,56
Friuli V. G.	133.934	801.993	252.667	1.188.594	21,26	188,65
Liguria	169.438	1.046.446	405.132	1.621.016	24,99	239,10
Emilia Rom.	457.769	2.660.841	890.026	4.008.663	22,20	194,42
Toscana	411.701	2.352.402	783.501	3.547.604	22,09	190,31
Umbria	102.527	549.602	188.353	840.482	22,41	183,71
Marche	189.470	963.441	316.284	1.469.195	21,53	166,93
Lazio	748.680	3.634.253	919.369	5.302.302	17,34	122,80
Abruzzo	181.960	842.923	256.400	1.281.283	20,01	140,91
Molise	47.248	211.429	68.500	327.177	20,94	144,98
Campania	1.099.665	3.884.933	797.646	5.782.244	13,79	72,54
Puglia	696.076	2.760.883	629.649	4.086.608	15,41	90,46
Basilicata	96.504	398.520	109.783	604.807	18,15	113,76
Calabria	348.784	1.353.339	341.165	2.043.288	16,70	97,82
Sicilia	910.284	3.333.278	833.138	5.076.700	16,41	91,53
Sardegna	234.260	1.155.544	258.240	1.648.044	15,67	110,24
Nord Ovest	1.897.269	10.318.616	2.937.165	15.153.050	19,38	154,81
Nord Est	1.348.861	7.215.046	2.117.326	10.681.233	19,82	156,97
Centro	1.452.378	7.499.698	2.207.507	11.159.583	19,78	151,99
Sud e Isole	3.614.718	13.940.849	3.294.521	20.850.151	15,80	91,14
Italia	8.313.289	38.974.209	10.556.519	57.844.017	18,25	126,98

Premessi questi brevi cenni di carattere demografico, occorre sottolineare che la **perdita dell'autosufficienza rappresenta, indubbiamente, uno dei rischi maggiori per le persone di età avanzata, con conseguenze personali familiari e sociali di grande rilievo.**

Proprio a tali conseguenze è riconducibile l'emergere di necessità e bisogni della collettività destinati ad avere un impatto notevole sulle scelte di allocazione delle risorse per l'assistenza socio-sanitaria.

La disabilità - intesa come riduzione o perdita di capacità funzionali conseguenti a una menomazione- coinvolge una parte numerosa della popolazione (come emerge dalla tabella che segue) e richiede nuovi ed efficaci servizi ed interventi a favore delle persone che ne vengono colpite.

Dall'indagine sulla salute Istat 1999-2000, risulta che i disabili ammontano a circa 2.700.000 individui, pari al 5 per cento della popolazione italiana di 6 anni e più.

Tuttavia è palese che solo al crescere dell'età si manifestano - in maniera molto frequente - fenomeni di disabilità.

Tabella. Disabili di 6 anni e più per sesso e tipo di disabilità secondo la classe di età, anno 1999. ISTAT, Indagine sulla salute, trimestri settembre/dicembre 1999 (tassi per cento persone)

Maschi (classi di età)	6- 14	15- 24	25- 44	45- 54	55- 64	65- 74	75- 79	80 e più	Totale
disabili	1.50	0.84	1.09	1.74	3.47	7.33	16.1	38.5	3.55
Confinamento individuale	0,27	0,32	0,42	0,75	0,89	2,67	6,02	21,07	1,42
difficoltà nelle funzioni	0,97	0,47	0,57	0,66	1,56	3,84	9,76	27,87	2,05
difficoltà nel movimento	0,21	0,38	0,35	0,65	1,79	4,24	7,74	17,39	1,62
difficoltà vista udito, parola	0,21	0,16	0,3	0,63	0,87	1,27	4,28	10,14	0,87
popolazione	2674	3453	8868	3753	3253	2582	909	643	26135
Femmine (classi di età)	6- 14	15- 24	25- 44	45- 54	55- 64	65- 74	75- 79	80 e più	Totale
disabili	1.48	1.03	0.99	1.53	4.58	10.9	23.9	51.67	6.33
confinamento individuale	0.40	0.67	0.54	0.53	1.66	3.89	9.41	28.02	2.86
difficoltà nelle funzioni	0.79	0.58	0.34	0.46	1.7	5.14	14.2	38.36	3.71
difficoltà nel movimento	0.27	0.35	0.31	0.75	2.51	6.1	13.4	27.55	3.3
difficoltà vista udito, parola	0.23	0.11	0.28	0.39	0.55	1.66	2.98	12,36	1.19
popolazione	2493	3379	8744	3862	3422	3186	1324	1386	27814
Totale (classi di età)	6- 14	15- 24	25- 44	45- 54	55- 64	65- 74	75- 79	80 e più	Totale
disabili	1.49	0.94	1.04	1.64	4.04	9.31	20.7	47.5	4.98
confinamento individuale	0.33	0.5	0.48	0.64	1.28	3.34	8.04	25.82	2.16
difficoltà nelle funzioni	0.88	0.53	0.46	0.56	1.63	4.56	12.4	35.03	2.9
difficoltà nel movimento	0.24	0.37	0.33	0.70	2.16	5.27	11.1	24.33	2.49
difficoltà vista udito, parola	0.22	0.14	0.29	0.51	0.7	1.49	3.51	11.66	1.04
popolazione	5168	6832	17612	7615	6675	5768	2252	2029	53950

Nota di lettura della tabella: per confinamento si intende la necessità di permanere stabilmente a casa, a letto o su una sedia; per difficoltà nelle funzioni si intende l'impossibilità di provvedere alla cura della propria persona. Nella categoria generale dei disabili sono compresi tutti i soggetti che soffrono di limitazioni gravi di autonomia in almeno una delle dimensioni elencate. La categoria dei disabili è più ampia rispetto a quelle che seguono in quanto si comprendono anche fenomeni più lievi di quelli registrati nelle categorie che seguono.

2. gli interventi in Italia per gli anziani non autosufficienti

La complessa condizione degli anziani non autosufficienti è strettamente connessa all'evolversi della legislazione sanitaria e sociale, così come si è venuta a configurare nel corso degli ultimi cinquanta anni, con particolare riferimento alla considerazione sempre più crescente che è venuta ad assumere la "questione anziani" nel Paese.

Pertanto, anche in relazione alla necessità di garantire l'osservanza del rapporto costi-benefici e l'efficacia ed efficienza degli interventi e dei servizi, numerosa è la tipologia di interventi e servizi già predisposti per rispondere alle necessità delle persone anziane non autosufficienti.

A tale riguardo, potrebbe rilevarsi che la pluralità di interventi comporta una certa confusione in ordine agli stessi interventi possibili e che sarebbe quindi auspicabile un riordino complessivo della materia e degli interventi.

L'assistenza in ospedale:

La complessità del problema rappresentato dalle persone non autosufficienti in ambiente ospedaliero è stata oggetto di molteplici analisi sotto il profilo economico, sanitario, sociale. Il riferimento fondamentale è a quanto è stato disposto con la legge n. 692/55 ove è sancita la necessità di erogare le cure, senza limite di durata (anche se occorrerebbe valutare l'impatto e la compatibilità di tale disposizione con quanto previsto dalla legge n. 502/92), in ospedale, a persone affette da malattie specifiche della vecchiaia.

Va peraltro considerato che, accanto all'ospedale pubblico, esiste anche l'universo della ospedalità privata maggiormente utilizzata per le lungodegenze, le attività di riabilitazione e le prestazioni di assistenza neurologica.

Infatti la scelta della assistenza in ospedale, anche in rapporto alle forme morbose accettate, pone in evidenza come di tutta la spesa venga collocata a carico del FSN.

Ciò pone in evidenza una situazione per certi aspetti discriminante nei confronti di chi è ricoverato in residenze protette o in case di riposo, pur trovandosi in analoghe condizioni di non autosufficienza.

Tenuto conto della complessità dei costi, della inadeguatezza - in taluni casi - delle prestazioni offerte e della natura prevalentemente sanitaria dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (o divenuti non autosufficienti) offerta negli ospedali, si è sperimentata la cd. "ospedalizzazione domiciliare" quale risposta più funzionale sia alle esigenze di contenimento della spesa che di offerta di un servizio più adeguato in cui assume un ruolo determinante il geriatra.

L'assistenza nella case di riposo:

L'evoluzione della situazione di molti ospiti della case di riposo è tale da determinare un loro brusco passaggio da una condizione di autosufficienza ad una di non autosufficienza (pur con gradualità diverse).

Per tale motivo molte IPAB hanno modificato i propri Statuti, prevedendo anche la realizzazione di interventi di carattere sanitario oltre che assistenziale, tramite convenzioni con le ASL per le prestazioni di carattere sanitario.

Inoltre, nel quadro di una articolata programmazione regionale, molte case di riposo hanno trasformato in Residenze Sanitarie Assistenziali alcune sezioni delle strutture.

L'assistenza in RSA:

Secondo le indicazioni già contenute in una legge ormai datata (legge n.67/88), le Residenze Sanitarie Assistenziali sono quelle strutture in cui, in forma residenziale, sono organizzati servizi socio - sanitari integrati anche se a prevalente valenza sanitaria, rivolti ad anziani non autosufficienti non curabili a domicilio.

Tale soluzione residenziale, secondo quelli che sono ormai standards acquisiti, si propone le seguenti finalità:

- assistenza sanitaria medica - infermieristica generale e specialistica, trattamenti volti alla riabilitazione, al mantenimento e al miglioramento del grado di autonomia e dello stato di salute della persona non autosufficiente;
- assistenza alla persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- attività di animazione e di socializzazione, in collegamento con i servizi territoriali;
- riattivazione e attività di mobilitazione per prevenire stati di ulteriore decadimento e stati morbosi derivanti da immobilizzazione.

L'assistenza residenziale è caratterizzata altresì dalla netta separazione della spesa sanitaria e della spesa assistenziale, con specifiche quantificazioni dei costi a carico dell'utente per la parte socio-assistenziale.

Le residenze protette:

Anche se sostanzialmente superate, le Residenze protette, anticipando le RSA, si caratterizzano quali strutture rivolte a garantire una adeguata assistenza a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica e psichica per le quali non sia possibile la permanenza nel proprio domicilio o nel proprio nucleo familiare.

Le residenze protette sono organizzate in modo da offrire prestazioni sia di carattere socio-assistenziale che di assistenza sanitaria, infermieristica e riabilitativa continuativa.

I centri diurni:

Già ipotizzati in sede di redazione della prima "bozza" di piano sanitario nel 1979, i centri diurni, a valenza prevalentemente sanitaria, erano in particolare destinati, nel contesto del "progetto obiettivo" anziani, alla cura e alla riabilitazione degli stati morbosi e invalidanti che non richiedevano ricovero ospedaliero.

Tali strutture, peraltro, hanno trovato una maggiore diffusione nel contesto dei servizi e degli interventi rivolti alle persone in stato di disagio psichico fra le quali vanno comunque annoverati molti anziani.

L'assistenza Domiciliare Integrata:

Come è noto, molteplici sono gli studi e le considerazioni intorno alla maggiore economicità delle prestazioni sanitarie e assistenziali in ambito domiciliare rispetto alla ospedalizzazione o alla istituzionalizzazione.

In tale contesto, alcune Regioni hanno altresì evidenziato il ruolo del medico di medicina generale e del medico specialista. Pertanto, nel quadro degli accordi aggiuntivi regionali, sono stati previsti specifici protocolli per lo svolgimento di prestazioni domiciliari agli anziani non autosufficienti.

Accanto al ruolo del medico di famiglia e degli specialisti vanno altresì individuate le funzioni del personale non medico della ASL per le prestazioni socio-sanitarie da erogare all'assistito, con particolare riferimento al coordinatore dell'assistenza domiciliare che assume in carico il caso specifico.

In tale contesto, va altresì individuato il ruolo, attraverso specifici protocolli e mansionari, del personale degli enti locali addetto all'assistenza domiciliare e tutelare di loro competenza.

L'assistenza domiciliare integrata, secondo una sua connotazione operativa e funzionale ormai acquisita, si caratterizza per i seguenti obiettivi principali:

- mantenimento della persona nel proprio ambiente familiare e sociale;
- riduzione massima del ricovero;
- risposta capillarizzata degli interventi, utilizzando il domicilio come risorsa fondamentale per lo svolgimento di attività sanitarie e assistenziali;
- integrazione dei servizi sanitari e assistenziali;
- apporto delle diverse professionalità interessate sanitarie e sociali.

La famiglia:

Sulla base del principio di sussidiarietà anche orizzontale, la famiglia è stata individuata quale sede privilegiata per l'assistenza e la attività di cura a favore delle persone non autosufficienti.

In particolare in questa sua funzione ha assunto un ruolo specifico anche come destinatario di risorse tramite l'erogazione di assegni di cura o di assistenza.

Inoltre, sempre nell'ambito del contesto familiare, sono stati previsti interventi specifici a sostegno della famiglia, mediante l'erogazione di prestazioni domiciliari e di supporti professionali in grado di aiutare la famiglia stessa nella sua opera di assistenza.

Infine non vanno trascurate le esperienze di "affido" familiare anche di anziani soli, così come è previsto in alcune Regioni.

3. La determinazione della spesa sanitaria e della spesa assistenziale

Prima dell'emanazione del D.P.C.M. del 8.8.'85, era evidente una notevole confusione che portava a collocare nella spesa sanitaria tutta la spesa necessaria per l'assistenza alle persone non autosufficienti.

A tale riguardo è altresì necessario precisare che, alcune Regioni che avevano istituito le Unità socio-sanitarie locali (e non solo sanitarie), già nelle leggi di contabilità delle USL avevano indicato l'opportunità di separare la spesa sanitaria da quella socio-assistenziale, anticipando per certi aspetti quanto successivamente disposto con il citato D.P.C.M..

Occorre pertanto individuare e quantificare esattamente la spesa assistenziale a rilievo sanitario e la spesa assistenziale a carico del Comune o dell'utente.

Ai fini della determinazione della spesa sanitaria occorre fare riferimento a tutte quelle prestazioni connesse alla attività di riabilitazione, di assistenza medica, di assistenza infermieristica e di assistenza psico-sociale che richiedono professionalità specifiche alle quali viene commisurata la spesa stessa.

In linea generale, quindi, l'individuazione della spesa è riferita a interventi di carattere sanitario all'interno delle strutture residenziali di accogliimento.

L'individuazione delle prestazioni socio-assistenziali a rilievo sanitario ha condotto nelle Regioni ad una attenta analisi degli interventi: sono stati considerati gli atti relativi al mantenimento delle funzioni fisiologiche della persona non autosufficiente e alle attività collegate all'assistenza domestica e di cura alla persona.

Una volta individuate tali attività si è proceduto o ad una loro forfettizzazione o alla definizione di specifiche mansioni e prestazioni che hanno portato alla quota giornaliera di spesa.

4. La destinazione della spesa integrata:

L'individuazione della spesa sanitaria e assistenziale porta in ultima analisi a configurare la spesa integrata per i servizi e gli interventi rivolti alle persone non autosufficienti (vale a dire la spesa complessiva per tutte le prestazioni richieste ed i servizi offerti in campo assistenziale e sanitario) e quindi alla conseguente individuazione dei destinatari - istituzioni e strutture- delle spese stesse. Tenuto conto della tipologia degli interventi e dei servizi, i principali protagonisti della spesa integrata sono i seguenti:

1) Residenze Sanitarie Assistenziali(RSA).

Molte Regioni ne hanno fissato i costi a fronte di atti deliberativi specifici, distinguendo fra la spesa a carattere sanitario e la spesa a carattere socio-assistenziale sulla base del calcolo della retta giornaliera.

2) Case di riposo.

Alcune Regioni hanno affrontato la complessa problematica prevedendo la stipula di convenzioni fra ASL e Casa di riposo oppure accreditando le case di riposo che assistono anziani non autosufficienti.

In rapporto a tali scelte è stata fissata la retta di carattere sanitario e assistenziale con un'entità che varia da Regione a Regione.

3) Centri diurni.

In alcune Regioni si è prospettata l'opportunità di realizzare una particolare tipologia assistenziale attraverso i centri diurni, intesi quale sede di ospitalità parziale degli anziani non autosufficienti

4) Assistenza Domiciliare Integrata.

L'Assistenza Sanitaria Integrata comporta interventi finanziari che in parte ricadono su risorse finanziarie specifiche delle Regioni, in parte sono erogate con vincolo di destinazione.

4) Medico generico.

Il medico generico si caratterizza come operatore sanitario di prima istanza e come centro di costo per le prestazioni che propone e che sottoscrive.

5) Famiglia

Nel contesto degli interventi volti al sostegno delle persone non autosufficienti la famiglia svolge un ruolo notevole, e in proposito alcune Regioni hanno disposto specifici interventi finanziari per assicurare l'assegno di cura o di assistenza alle famiglie che ospitano persone non autosufficienti.

5. La quantificazione della spesa nel suo complesso

Determinare con esattezza il costo delle prestazioni sanitarie e assistenziali costituisce un problema di difficile soluzione.

In via preliminare, la spesa a carattere socio-assistenziale è costituita dalle prestazioni di assistenza domestica e di aiuto alla persona erogate prevalentemente dai servizi sociali dei comuni.

Il costo degli operatori addetti varia da Regione a Regione e da comune a comune. Le prestazioni sono comunque oggetto di possibile definizione tariffaria.

Per ciò che concerne i servizi residenziali, la componente della spesa assistenziale-alberghiera si è incentrata sulle RSA, con rette che variano in modo consistente da Regione a Regione.

Alcune Regioni hanno fissato le rette per le Case di riposo.

A tale riguardo, tuttavia, si deve far presente che le suddette rette molto spesso sono fissate in maniera autonoma, e in rapporto ovviamente ai costi, dai Consigli di amministrazione delle IPAB a cui fanno capo.

Da sottolineare in tale ambito la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000) che, all'articolo 15, stabilisce che per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri della sanità e delle pari opportunità, sentita la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del d. lgs. 281/97, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

6. I servizi socio-assistenziali nei comuni italiani divisi per aree territoriali (nord, centro, sud), ampiezza del comune e tipo di servizio - anno 1997 (per 100 comuni dello stesso tipo)

Categoria Sociale	SERVIZIO	NORD			
		20.000 ' abitanti e oltre	Tra 19.999 e 5.000 abitanti	Minori di 5.000 abitanti	Totale
Attività generali	Assistenza economica (assegno di minimo vitale, etc)	93,5%	85,8%	33,1%	45,6%
	Servizio di segretariato sociale	88,1%	95,3%	34,8%	48,6%
	Servizio assistenza alle emergenze sociali.	48,8%	33,4%	17,3%	21,6%
	Servizio di telesoccorso/assistenza.	73,8%	85,8%	39,0%	49,4%
	Servizio di ascolto.	32,7%	28,6%	10,3%	14,7%
	Trasferimenti ed enti/associazioni e attività di studio/ricerca/progetti	19,9%	4,8%	0,0%	1,7%
Portatori di handicap	Servizio di assistenza domiciliare	78,9%	71,5%	34,7%	43,6%
	Attività di socializzazione (tempo libero)/sport.	31,4%	19,0%	7,1%	10,3%
	Servizio sostegno/assistenza scolastica/servizio educativo	69,3%	66,7%	21,6%	32,2%
	Trasporto scolastico.	58,3%	47,6%	17,3%	24,8%
	Servizio di trasporto protetto.	63,9%	33,3%	4,5%	12,3%
	Servizio tariffe speciali per il trasporto urbano ed extra-urbano	24,5%	14,3%	3,0%	6,0%
	Inserimento lavorativo.	75,6%	66,6%	17,5%	29,3%
	Servizio ricreativo (estivo o altro) e soggiorni estivi.	45,1%	38,2%	10,1%	16,9%
	Centro diurno (socio-educativo)/ laboratorio ricreativo.	71,5%	38,2%	15,6%	22,1%
	Gruppi famiglia (hand. autosufficienti)	14,4%	14,4%	0,0%	3,4%
	Comunità alloggio (hand. non autosuf.)	45,8%	14,4%	8,4%	11,0%
	Residenza sanitaria assistita ed altri istituti di ricovero	30,7%	14,4%	4,4%	7,3%
	Struttura di formazione professionale	32,6%	4,8%	5,6%	6,5%
	Interventi per la riduzione del disagio sociale (accompagnamento, interpretariato, acquisto ausili, etc)	6,6%	0,0%	1,4%	1,3%
	Altre attività per portatori di handicap.	9,2%	19,2%	2,9%	6,3%
Anziani	Assistenza domiciliare (anche diagnostica, domestica, residenziale e fornitura pasti)	98,45	95,3%	67,0%	73,7%
	Soggiorno climatico/termale	79,9%	95,3%	48,7%	59,0%
	Servizio per il turismo sociale	23,2%	4,7%	8,5%	8,3%
	Centro sociale /Centro diurno	76,2%	52,4%	9,0%	20,0%
	Alloggio autonomo (casa famiglia)	18,9%	14,3%	5,9%	8,0%
	Albergo cittadino (o casa albergo)	9,4%	0,0%	0,0%	0,3%
	Casa riposo/istituto di ricovero	73,6%	43,0%	36,2%	38,9%
	Trasporto agevolato	4,6%	9,5%	2,9%	4,2%
	LSU - attività lavorativa anziani.	3,3%	9,6%	0,0%	2,0%
	Servizi ricreati, di socializzazione e attività sportive.	13,5%	4,8%	0,0%	1,4%
	Atre attività per anziani.	11,6%	4,8%	1,5%	2,5%

Categoria Sociale	SERVIZIO	CENTRO			
		20.000 abitanti e oltre	Tra 19.999 e 5.000 abitanti	Minori di 5.000 abitanti	Totale
Attività generali	Assistenza economica (assegno di minimo vitale, etc)	76,3%	48,5%	63,8%	61,1%
	Servizio di segretariato sociale	74,3%	77,0%	14,1%	36,0%
	Servizio assistenza alle emergenze sociali.	74,3%	71,1%	8,5%	30,9%
	Servizio di telesoccorso/assistenza.	34,8%	25,5%	29,4%	28,9%
	Servizio di ascolto.	34,8%	48,1%	0,0%	15,7%
	Trasferimenti ed enti/associazioni e attività di studio/ricerca/progetti	19,0%	0,0%	0,0%	1,8%
Portatori di handicap	Servizio di assistenza domiciliare	92,1%	100,0%	44,7%	63,4%
	Attività di socializzazione (tempo libero)/sport.	36,8%	25,5%	29,4%	29,1%
	Servizio sostegno/assistenza scolastica/servizio educativo	92,1%	100,0%	74,1%	82,5%
	Trasporto scolastico.	76,3%	77,0%	65,5%	69,5%
	Servizio di trasporto protetto.	56,5%	100,0%	23,1%	46,0%
	Servizio tariffe speciali per il trasporto urbano ed extra-urbano	34,8%	0,0%	0,0%	3,3%
	Inserimento lavorativo.	58,5%	71,1%	21,2%	37,6%
	Servizio ricreativo (estivo o altro) e soggiorni estivi.	64,4%	54,5%	29,4%	39,1%
	Centro diurno (socio-educativo)/ laboratorio ricreativo.	66,4%	77,0%	34,0%	48,2%
	Gruppi famiglia (hand. autosufficienti)	1,2%	0,0%	0,0%	0,1%
	Comunità alloggio (hand. non autosuf.)	17,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	Residenza sanitaria assistita ed altri istituti di ricovero	17,1%	25,5%	0,0%	8,2%
	Struttura di formazione professionale	11,8%	25,5%	0,0%	7,7%
	Interventi per la riduzione del disagio sociale (accompagnamento, interpretariato, acquisto ausili, etc)	15,8%	0,0%	0,0%	1,5%
	Altre attività per portatori di handicap.	2,0%	25,5%	0,0%	6,7%
Anziani	Assistenza domiciliare (anche diagnostica, domestica, residenziale e fornitura pasti)	98,0%	77,4%	77,5%	79,4%
	Soggiorno climatico/termale	72,3%	71,1%	86,9%	81,5%
	Servizio per il turismo sociale	38,8%	25,5%	0,0%	10,2%
	Centro sociale /Centro diurno	70,3%	54,4%	73,2%	68,1%
	Alloggio autonomo (casa famiglia)	7,9%	0,0%	0,0%	0,7%
	Casa di riposo/istituto di ricovero	70,3%	71,1%	22,5%	39,5%
	Trasposto agevolato	5,9%	0,0%	0,0%	0,6%
	LSU- attività lavorativa anziani	9,9%	25,5%	0,0%	7,5%
	Servizi ricreati, di socializzazione e attività sportive	5,9%	23,0%	0,0%	6,5%
	Altre attività per anziani	5,9%	0,0%	0,0%	0,6%

Categoria Sociale	SERVIZIO	SUD			
		20.000 abitanti e oltre	Tra 19.999 e 5.000 abitanti	Minori di 5.000 abitanti	Totale
Attività generali	Assistenza economica (assegno di minimo vitale, etc)	65,9%	53,8%	39,6%	45,2%
	Servizio di segretariato sociale	62,4%	29,2%	29,4%	32,0%
	Servizio assistenza alle emergenze sociali.	33,9%	27,3%	15,2%	19,7
	Servizio di telesoccorso/assistenza.	13,5%	0,0%	2,0%	2,5%
	Servizio di ascolto.	22,1%	10,5%	4,7%	7,5%
	Trasferimenti ed enti/associazioni e attività di studio/ricerca/progetti	12,1%	0,0%	2,3%	2,5%
Portatori di handicap	Servizio di assistenza domiciliare	33,3%	15,0%	18,5%	18,8%
	Attività di socializzazione (tempo libero)/sport.	25,2%	19,4%	0,0%	6,8%
	Servizio sostegno/assistenza scolastica/servizio educativo	60,0%	53,7%	14,4%	27,8%
	Trasporto scolastico.	67,7%	44,8%	15,7%	27,1%
	Servizio di trasporto protetto.	29,9%	26,1%	4,3%	11,7%
	Servizio tariffe speciali per il trasporto urbano ed extra-urbano	18,1%	0,0%	0,0%	1,5%
	Inserimento lavorativo.	7,9%	0,0%	0,0%	0,6%
	Servizio ricreativo (estivo o altro) e soggiorni estivi.	25,5%	7,0%	1,9%	5,1%
	Centro diurno (socio-educativo)/ laboratorio ricreativo.	26,1%	10,1%	0,0%	4,6%
	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,2%
	Comunità alloggio (hand. non autosuf.)	7,2%	0,0%	0,0%	0,6%
	Residenza sanitaria assistita ed altri istituti di ricovero	4,3%	0,0%	0,0%	0,3%
	Struttura di formazione professionale	0,7%	0,0%	0,0%	0,1%
	Interventi per la riduzione del disagio sociale (accompagnamento, interpretariato, acquisto ausili, etc)	5,1%	0,0%	0,0%	0,4%
	Altre attività per portatori di handicap.	4,2%	7,3%	0,0%	2,1%
Anziani	Assistenza domiciliare (anche diagnostica, domestica, residenziale e fornitura pasti)	80,4%	69,0%	51,9%	58,4%
	Soggiorno climatico/termale	67,2%	50,7%	22,3%	32,9%
	Servizio per il turismo sociale	16,5%	7,0%	13,7%	12,3%
	Centro sociale /Centro diurno	51,6%	36,3%	15,7%	23,7%
	Alloggio autonomo (casa famiglia)	3,7%	0,0%	0,0%	0,3%
	Albergo cittadino (o casa albergo)	2,2%	0,0%	0,0%	0,2%
	Casa riposo/istituto di ricovero	67,9%	49,2%	10,7%	24,8%
	Trasporto agevolato	10,8%	7,3%	3,4%	5,0%
	LSU - attività lavorativa anziani.	22,7%	15,9%	6,1%	9,8%
	Servizi ricreati, di socializzazione e attività sportive.	12,7%	0,0%	7,6%	6,1%
	Altre attività per anziani.	4,5%	0,0%	3,0%	2,4%

Fonte: indagine sugli interventi in campo socio assistenziale dei Comuni italiani, anno 1997

7. le politiche e gli interventi di sostegno alla disabilità nell'Unione Europea

Il tema in oggetto ha ormai acquisito importanza fondamentale in tutti gli Stati europei.

Un breve excursus delle caratteristiche principali dei diversi sistemi è quindi di indubbia utilità.

In Danimarca, in Finlandia e in Svezia il sistema si fonda su una assicurazione sociale universale. Ogni persona che ha bisogno di assistenza per un lungo periodo (per età o per la presenza di un handicap) ha diritto alle cure e alle prestazioni sociali erogate a livello decentrato, cioè dai Comuni e dalle municipalità.

Nei Paesi Bassi, invece, il rischio di dipendenza è coperto all'interno del sistema generale dell'assicurazione di malattia.

In Germania, in Lussemburgo e in Austria, sono stati creati sistemi autonomi per coprire il rischio di dipendenza e l'erogazione delle prestazioni viene considerata come una compensazione parziale dei costi provocati dalla dipendenza. L'aiuto sociale può erogare anche prestazioni supplementari.

In Belgio, in Grecia, in Spagna, in Francia e in Portogallo le prestazioni sono concesse sia nell'ambito dei sistemi di protezione a contribuzione (come per esempio quelli che coprono le malattie, l'invalidità, gli infortuni sul lavoro e la vecchiaia), sia nell'ambito del sistema di assistenza sociale. In Grecia e in Spagna esistono anche dei programmi speciali, la cui gestione ed attuazione avviene a livello locale o regionale.

In Irlanda e nel Regno Unito generalmente le prestazioni vengono erogate in base al versamento di contributi. L'Irlanda dispone di un sistema particolare di prestazioni delle cure basato sul controllo delle risorse. Nel Regno Unito, la concessione delle prestazioni erogate in caso di bisogno, sotto forma di prestazioni non contributive, è di competenza delle autorità locali. Tuttavia, in questi due ultimi Paesi i servizi che dipendono dal sistema sanitario non contributivo giocano un ruolo importante.

Comparando la situazione nei diversi Paesi europei emerge che:

il grado di coordinamento tra i diversi prestatori di servizi, è nettamente inferiore in Italia che in altri Paesi. In particolare, si evidenziano carenze di coordinamento soprattutto a livello locale, con riguardo ai servizi non offerti nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, ma riferibili a prestatori pubblici locali o a prestatori privati con o senza scopo di lucro. Non si evince infatti (a differenza delle esperienze danese, finlandese, irlandese, britannica e svedese) un quadro sistematico in cui siano inseriti i diversi prestatori, inevitabilmente operanti a livello locale. Inoltre, il mancato riferimento a procedure unitarie e standardizzate di accertamento delle esigenze dei pazienti (riscontrabili in Paesi quali Francia e Germania) può aver influito in tal senso; anche il grado di integrazione tra i diversi servizi e attività prestati a domicilio figura in Italia nettamente minore, soprattutto per quanto concerne i servizi diversi da quelli sanitari. Ad esempio, l'accertamento delle esigenze del paziente risulta meno integrato e guidato da operatori adeguatamente qualificati in Italia rispetto agli Paesi; la partecipazione dei pazienti alle spese di assistenza e di aiuto a domicilio (50% in media) risulta nettamente superiore a quella riscontrabile negli altri Paesi.

assistenza personale e sanitaria e servizi di aiuto a domicilio a favore dei soggetti bisognosi nei Paesi membri dell'Unione Europea

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Austria	Diversi organismi variabili da provincia a provincia	Assistenza a domicilio: aiuto a pazienti con bisogni fondamentali, incluse le attività ADL. Aiuto a domicilio: assistenza o cure temporanee per specifiche persone	Sì, solo per le cure sanitarie a domicilio.	Assistenza a domicilio: attraverso personale assistenziale/ sanitario qualificato, sulla base di procedure standardizzate Aiuto a domicilio: attraverso personale assistenziale qualificato di un ente pubblico, sulla base di procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: pagamento dei servizi prestati; pagamento del personale di assistenza. Aiuto a domicilio: sussidi da parte delle province e dei comuni; pagamenti commisurati alle ore.	Assistenza a domicilio: sì, per bisogni di base generali. Aiuto a domicilio: sì, in relazione al reddito. Quota media dei costi totali: 13%
Belgio	Assistenza a domicilio: un organismo privato no-profit di carattere nazionale (Croce bianco-gialla); alcuni organismi più piccoli e numerosi - assistenti sociali indipendenti. Aiuto a domicilio : servizi sociali comunali e alcuni organismi privati.	Assistenza a domicilio: assistenza igienica, personale e sanitaria; educazione del paziente e incentivazione dell'assistenza informale	Sì, per le cure sanitarie a domicilio di tipo tecnico, come le iniezioni.	Attraverso operatori sociali vari, sulla base di procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: pagamenti giornalieri per servizio o attività, in base al livello di dipendenza del paziente. Aiuto a domicilio: sussidi degli organi pubblici centrali, in base al numero delle persone impiegate e dei clienti.	Assistenza a domicilio: sì, principalmente e sotto forma di quote di iscrizione. Aiuto a domicilio: sì, in relazione al reddito e alla composizione familiare. Quota media dei costi totali: 20%

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Danimarca	Uffici comunali di assistenza a domicilio	Assistenza sanitaria a domicilio: No Assistenza sociale a domicilio: lavori in casa, servizi e cure personali	No.	Attraverso consulenti e assistenti sociali, senza procedure standardizzate	Programmi finanziari predeterminati, finanziamenti tramite imposte nazionali e locali.	No, tranne in casi molto specifici di assistenza a domicilio. Quota media dei costi totali: 0%
Finlandia	Assistenza a domicilio: centri di cura e assistenza locali, nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. Aiuto a domicilio: centri di cura e assistenza locali; uffici comunali per il welfare, organismi privati no-profit	Assistenza a domicilio: assistenza medica e sanitaria presso l'abitazione del paziente; assistenza per tutte le attività di vita e coordinamento di ogni forma di aiuto che consenta al paziente di vivere nella propria abitazione il più a lungo possibile Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi e cure personali, sostegno morale	Sì.	Assistenza a domicilio: attraverso medici, infermieri qualificati e visitatori sanitari Aiuto a domicilio: attraverso vari operatori sociali e sanitari (dipendenti da centri sociali e sanitari), sulla base di procedure standardizzate	Programmi finanziari determinati dagli enti locali	Sì, in relazione al reddito familiare. Quota media dei costi totali: 11-35%.
Francia	Soprattutto organismi privati no-profit; per alcuni servizi enti comunali; numerosi assistenti sociali indipendenti.	Assistenza a domicilio: servizi e cure, attività psico-sociologiche. Incentivazione degli aiuti da parte dei familiari e delle altre persone. Aiuto a domicilio: lavori di casa, assistenza igienica (in certi casi).	Sì	Assistenza a domicilio: attraverso personale di assistenza, in base a procedure standardizzate Aiuto a domicilio: attraverso operatori sociali.	Assistenza a domicilio: pagamento dei servizi (per attività); intervento pubblico per un numero determinato di pazienti. Aiuto a domicilio: finanziamento comunale (per gruppi a basso reddito) o tramite assicurazioni private.	Assistenza a domicilio: Sì, ma principalmente e pagate da interventi assicurativi aggiuntivi. Aiuto a domicilio: al di sotto di un certo reddito; oppure in base alle assicurazioni di vecchiaia. Quota media dei costi totali: 0%

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Germania	Assistenza a domicilio: soprattutto organismi privati no profit; in alcune regioni organismi privati con scopo di lucro. Aiuto a domicilio: Soprattutto organismi privati no profit; diversi organismi per servizi aggiuntivi o per gli anziani.	Assistenza a domicilio: aiuto per bisogni fondamentali, incluse le attività ADL; assistenza sanitaria e tecnica. Aiuto a domicilio: aiuti temporanei per individui o famiglie, inclusi quelli sanitari, pedagogici, psicologici e i lavori di casa.	Sì	Assistenza a domicilio: attraverso medici in collaborazione con infermieri specializzati, in base a procedure standardizzate Aiuto a domicilio: soprattutto attraverso infermieri e operatori sociali, in base a procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: pagamento dei servizi. Aiuto a domicilio: pagamento dei servizi, del paziente o dell'assicurazione. Per gli aiuti agli anziani è previsto un bilancio comunale globale, in base al numero delle persone impiegate e alle prestazioni.	Assistenza a domicilio: No. Aiuto a domicilio: Sì, eccetto per gli aiuti a domicilio aggiuntivi rispetto all'assistenza a domicilio. Quota media dei costi totali: 10-20%
Grecia	Assistenza a domicilio: enti del sistema Sanitario Nazionale; organismi privati con o senza scopo di lucro. Aiuto a domicilio: organismi privati con o senza scopo di lucro.	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; assistenza sanitaria di routine o non; educazione del paziente; attività psico sociali e di valutazione. Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi igienici e personali, assistenza sanitaria di routine, sostegno morale.	No	Assistenza a domicilio: attraverso medici, visitatori sanitari e assistenti sociali, non in base a procedure standardizzate Aiuto a domicilio: attraverso assistenti e operatori sociali, visitatori, non in base a procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: finanziamenti predeterminati del Servizio Sanitario Nazionale e della Croce Rossa; in altri casi, pagamento dei servizi. Aiuto a domicilio: pagamento dei servizi senza finanziamento da parte pubblica o da imprese di assicurazione.	Assistenza a domicilio: Sì, per tutti i servizi. Aiuto a domicilio: Sì, per gli organismi privati solo se a scopo di lucro. Quota media dei costi totali: 20%

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Irlanda	Assistenza a domicilio: solo uffici sanitari pubblici. Aiuto a domicilio: uffici sanitari pubblici e organismi volontari	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; servizi igienici e personali; assistenza sanitaria di routine e non; attività educative e psicosociali. Aiuto domicilio: servizi personali di base; sostegno morale; attività amm.ve.	No	Attraverso infermieri e operatori pubblici, non in base a procedure standardizzate	Programmi finanziari predeterminati.	Assistenza a domicilio: No. Aiuto a domicilio: Sì, ma con diverse regolamentazioni a seconda dei diversi uffici sanitari. Quota media dei costi totali: 10%
Italia	Assistenza a domicilio: diversi organismi; Sistema Sanitario Nazionale; servizi sociali comunali; organismi privati con o senza scopo di lucro. Aiuto a domicilio: servizi sociali comunali; organismi privati con o senza scopo di lucro	Assistenza a domicilio: determinazione di un minimo di assistenza annua (140 ore per lavori in casa e cure personali, 100 per assistenza sanitaria, 50 per chiamate da casa, 50 per cure riabilitative, 8 controlli medici). Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi personali, sostegno morale aiuto familiare.	No.	Assistenza a domicilio: attraverso infermieri, medici o gruppi speciali di lavoro, non in base a procedure nazionali standardizzate Aiuto a domicilio: ampie differenze secondo l'organismo, non in base a procedure nazionali standardizzate	Programmi finanziari di organismi pubblici. Per gli organismi privati, pagamento dei servizi.	Assistenza a domicilio: Sì, per i servizi sociali e nel caso di organismi privati. No, nel caso di uffici sanitari pubblici. Quota media dei costi totali: 50%

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Lussemburgo	Assistenza a domicilio: due grandi organismi privati no profit e quattro più piccoli di cui due no profit Aiuto a domicilio: soprattutto organismi privati no profit.	Assistenza a domicilio: per la maggior parte servizi prescritti (accertamento dei bisogni; servizi igienici e personali, assistenza sanitaria e di routine e non, attività educative e psicologiche). Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi igienici e personali, sostegno morale, aiuti amministrativi	Sì, soltanto per le cure sanitarie a domicilio di tipo tecnico.	Assistenza a domicilio: attraverso medici e infermieri specializzati. Possono essere utilizzate procedure speciali Aiuto a domicilio: attraverso operatori sociali e infermieri specializzati, sotto la guida di dirigenti del servizio regionale.	Assistenza a domicilio: soprattutto pagamenti dei servizi; i quattro più piccoli ricevono pure un contributo statale aggiuntivo. Aiuto a domicilio: soprattutto fondi pubblici da parte del ministero della sanità e dei comuni.	Assistenza a domicilio: Sì, per l'assistenza sanitaria generale. Aiuto a domicilio: Sì, in relazione al reddito. Quota media dei costi totali: 30%
Olanda	L'Associazione Nazionale della Home Care che consiste in un'insieme di organismi privati no profit (le Associazioni delle Croci Regionali e gli altri organismi di assistenza a domicilio).	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; servizi igienici e personali; assistenza sanitaria di routine e non; attività educative e psico-sociali; aiuti incentivanti e valutazione.	No.	Assistenza a domicilio: attraverso personale delle Associazioni delle Croci Regionali; infermieri, dirigenti o gruppi di lavoro di organismi di aiuto a domicilio, senza procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: finanziamenti fissati in base al numero degli impiegati. Aiuto a domicilio: contributi statali in base agli abitanti e alla struttura per età in aree specifiche.	Assistenza a domicilio: No. Aiuto a domicilio: Sì, in base al reddito e alla composizione familiare. Quota media dei costi totali: 10%.
Portogallo	Assistenza a domicilio: soprattutto centri del S.S.N.; organismi privato no-profit; Aiuto a domicilio: servizi sociali comunali; qualche organismo privato no profit	Assistenza a domicilio: assistenza sanitaria, educazione del paziente, aiuto morale, incentivazione dell'assistenza informale Aiuto a domicilio: servizi alla persona, aiuto familiare.	No	Assistenza a domicilio: attraverso infermieri o medici, non con procedure standardizzate Aiuto a domicilio: con operatori sociali, non con procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: programmi finanziari predeterminati, basati sui costi storici, adeguati all'inflazione. Aiuto a domicilio: contributo governativo in base al n° di clienti e al tipo di servizi.	Assistenza a domicilio: No Aiuto a domicilio: Sì, in relazione al reddito.

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Regno Unito	Assistenza a domicilio: centri del S.S.N., Unità di assistenza domiciliare o Community Trusts indipendenti. Aiuto a domicilio: servizi sociali comunali; organismi privati con o senza scopo di lucro.	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; servizi e personali; assistenza sanitaria; attività educative e psicosociali; Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi personali, aiuto familiare.	No	Assistenza a domicilio: attraverso un operatore specializzato con procedure nazionali standardizzate Aiuto a domicilio: attraverso operatori sociali, non con procedure nazionali standardizzate	Assistenza a domicilio: vecchio sistema: programma finanziario predeterminato, in base alla sua composizione: nuovo sistema: pagamento dei servizi. Aiuto a domicilio: finanziamento comunale o pagamento dei servizi, per gli organismi privati.	Assistenza a domicilio: No. Aiuto a domicilio: Sì, con diverse regolamentazioni. Quota media dei costi totali: 20%
Spagna	Assistenza a domicilio: centri del Sistema Sanitario Nazionale; Aiuto a domicilio: servizi sociali comunali;	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; servizi personali; assistenza sanitaria; attività educative e psicosociali; incentivi e valutazione. Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi e personali, aiuto familiare.	No	Assistenza a domicilio: attraverso medici e infermieri, secondo procedure standardizzate Aiuto a domicilio: attraverso operatori sociali, in qualche parte del Paese con procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: programmi finanziari determinati. Aiuto a domicilio: finanziamento fissato statale o comunale.	Assistenza a domicilio: No. Aiuti a domicilio: Sì, in relazione al reddito. Quota media dei costi totali: 10%

Paesi	Fornitori di servizi	Servizi forniti	Necessità di riferimento medico	Accertamento delle esigenze	Finanziamento delle attività	Partecipazione dei pazienti alle spese
Svezia	Centri del Sistema Sanitario Nazionale o servizi sociali comunali.	Assistenza a domicilio: accertamento dei bisogni; servizi igienici e personali; assistenza sanitaria; attività educative e psicosociali; incentivi e valutazione. Aiuto a domicilio: lavori di casa, servizi igienici e personali assistenza sanitaria e tecnica di routine.	No soltanto in alcune regioni.	Assistenza a domicilio: attraverso infermieri specializzati nei centri del SSN. Aiuto a domicilio: operatori sociali specifici per i servizi sociali comunali, non con procedure standardizzate	Assistenza a domicilio: programmi finanziari predeterminati. Aiuto a domicilio: finanziamento fissato statale o comunale.	Assistenza a domicilio: Sì. Aiuto a domicilio: Sì. In relazione al reddito e alle ore di assistenza.

Fonte: Eurostat, Key Data on Health 2000, Lussemburgo 2001

I dati riportati nella tabella che precede, inducono a ritenere che un migliore sviluppo dell'assistenza domiciliare in Italia richieda il perseguimento di un'organica rete di servizi altamente integrata ed adeguatamente coordinata a livello locale. Sarebbe altresì necessario il coinvolgimento di operatori sanitari e sociali preparati unitamente alla partecipazione attiva e consapevole del paziente e con una riduzione progressiva dell'incidenza media della spesa sanitaria e sociale sul reddito personale o familiare.

Proposte conclusive

Per riconoscere agli anziani in tutto, o in parte, non autosufficienti nel compimento degli atti ordinari della vita quotidiana un vero e proprio diritto a determinate prestazioni, sarebbe opportuno abbandonare il campo dell'assistenza e collocarsi nel campo della previdenza con l'istituzione in loro favore di una vera e propria assicurazione sociale obbligatoria.

IL CNEL ritiene che le linee essenziali della nuova forma di tutela potrebbero essere quelle di seguito indicate.

a) i soggetti

In primo luogo occorre individuare i soggetti da tutelare, vale a dire i soggetti da considerare, ai fini in esame, come anziani. A questo proposito il riferimento più immediato è, indubbiamente, quello dell'età anagrafica al cui raggiungimento si consegue, unitamente ad altri requisiti, il diritto alla pensione di vecchiaia, vale a dire il 65° anno di età.

I dati demografici riportati precedentemente inducono peraltro a chiedersi se, a fronte del sensibile aumento della durata della vita media e del miglioramento delle condizioni di salute, non si debba spostare in avanti, ai nostri fini, la nozione di anziano, ad esempio al 70° anno di età.

b) definizione della condizione di non autosufficienza

Occorre, quindi, delimitare la condizione di non autosufficienza che dà diritto alle prestazioni.

A tal fine, in Germania nel 1994 è stata istituita una apposita assicurazione sociale obbligatoria per tutti i soggetti non autosufficienti - e quindi, non solo per gli anziani - e sono state prese in considerazione 21 attività della vita quotidiana (c.d. ADL, activities of daily living) che sono state divise in quattro categorie:

- 1) igiene personale;
- 2) preparazione dei pasti ed alimentazione ;
- 3) funzioni motorie;
- 4) attività domestiche e di cura della casa.

Al verificarsi di una o più di queste condizioni - tali da generare uno stato di dipendenza certificabile da un medico che specifichi quali e quante prestazioni collegabili alla non autosufficienza siano necessarie nel caso di specie- nasce, in capo al soggetto, una situazione di vero e proprio diritto soggettivo.

c) l'assicurazione sociale

La nuova assicurazione sociale potrebbe far capo ad un Fondo nazionale e a Fondi regionali, da istituire uno in ogni Regione italiana.

Il Fondo nazionale avrebbe, da un lato, poteri di indirizzo e di coordinamento *(prevedendo anche la redazione di un piano di orientamento in cui si dettano le linee guida finalizzate a garantire le prestazioni essenziali e le disposizioni di principio volte, ad esempio, a privilegiare l'assistenza domiciliare rispetto al ricovero in strutture specializzate)* e, dall'altro, il potere di armonizzare l'intervento dei Fondi regionali procedendo anche al riequilibrio delle risorse fra gli stessi.

Ai fondi regionali verrebbe affidato il compito di finanziare i piani di assistenza regionale e degli Enti locali nonché i progetti privati finalizzati.

Al riguardo si impongono due considerazioni.

La prima attiene alla contiguità fra le prestazioni sanitarie e le prestazioni socio-sanitarie e socio-economiche erogate agli anziani non autosufficienti. Ciò richiederà uno stretto collegamento fra gli ipotizzati Fondo nazionale e Fondi regionali ed il Servizio sanitario nazionale.

La seconda considerazione ha riguardo ai soggetti che devono procedere alla effettiva erogazione delle prestazioni. Tenuto conto che a livello locale la tutela dell'anziano non autosufficiente farà capo al Comune, quest'ultimo si rivolgerà al mercato per l'acquisto dei servizi socio-assistenziali da erogare e quindi, agli enti no-profit, ma anche alle imprese (assumendo come parametri di guida quelli del costo e della qualità dei servizi).

d) le prestazioni da garantire

L'individuazione delle prestazioni da garantire in relazione alla tipologia e al livello di non autosufficienza renderà necessaria la fissazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e socio-economica che dovranno essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in conformità con quanto disposto dalla riforma del titolo V della Costituzione che, all'articolo 117, assegna alla competenza legislativa esclusiva statale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Una particolare considerazione (ad esempio con incentivi di natura fiscale) andrà riservata alla famiglia che si desse carico di fornire, essa stessa, le prestazioni di assistenza all'anziano non autosufficiente. Nel 1998 il valore economico degli aiuti offerti in casa dalle famiglie agli anziani disabili è stato stimato in 4,8 miliardi di euro. Anche le esperienze di altri Paesi europei al riguardo sono particolarmente significative.

Basti pensare che, in Germania, le persone che a titolo non professionale assistono una persona dipendente almeno per 4 ore a settimana presso il domicilio di quest'ultima e che, perciò, lavorano non più di 30 ore settimanali, hanno diritto al versamento dei contributi per l'assicurazione vecchiaia obbligatoria a carico delle casse di assicurazione dipendenza.

In Francia, invece, l'aiuto domiciliare può essere prestato da un membro della famiglia occupato come salariato (ad esclusione del coniuge o del convivente). La prestazione specifica di dipendenza potrebbe anche essere versata al privato che accolga, a titolo oneroso, nella propria casa una persona non autosufficiente per il pagamento dei servizi che fornisce.

e) modalità di gestione dell'assicurazione sociale

La nuova assicurazione sociale obbligatoria andrebbe gestita a ripartizione; ne consegue che le risorse versate ogni anno verranno utilizzate nell'anno stesso per erogare prestazioni agli aventi diritto.

Problemi non semplici si pongono, da un lato, per la determinazione del contributo da versarsi per ogni soggetto iscritto alla nuova assicurazione sociale e, dall'altro lato, per la stessa individuazione dei soggetti aventi diritto alle prestazioni.

Ipotizziamo in questa sede che la nuova assicurazione sociale garantisca tutti i cittadini che, al momento della decorrenza dell'assicurazione stessa, abbiano compiuto

l'età anagrafica rilevante per essere considerati anziani ai fini di cui trattasi e per i quali sussista o si verifichi la situazione di non autosufficienza.

In tal caso si procederà alla determinazione del fabbisogno necessario per l'erogazione delle prestazioni per ciascun anno sulla base di criteri statistici, attuariali, demografici e finanziari (vale a dire considerando l'entità delle prestazioni da erogare, i soggetti già in tutto od in parte non autosufficienti e la probabile evoluzione del rischio per il periodo di tempo considerato ecc..).

Il fabbisogno stimato verrebbe ripartito su tutti i cittadini maggiori di età, non dediti agli studi e i cui redditi siano superiori ad una certa soglia. I contributi potrebbero essere poi proporzionati al reddito.

Per quanto concerne il contributo a carico di ciascun lavoratore, è da dire che allo stesso modo si potrebbe provvedere anche in sede di revisione della contribuzione sociale complessiva oggi dovuta, revisione che taluni prospettano per il breve-medio tempo.

In conclusione si tratterebbe di un sistema a ripartizione ad equilibri annuali.

Il punto cruciale del sistema prospettato sulla base delle valutazioni del CNEL, risulta essere quello del finanziamento della nuova assicurazione sociale obbligatoria, vale a dire del reperimento delle risorse necessarie.

Al riguardo non si ignora che per il nostro paese il problema si rivela particolarmente complesso data la difficoltà di far ricorso sia alla leva fiscale (in considerazione dell'elevato livello raggiunto dalla pressione tributaria) sia ad un aumento degli oneri sociali (tenuto conto che il sistema produttivo nazionale è già gravato da costi assai elevati).

Tuttavia è da considerare che se la garanzia contro il rischio di non autosufficienza risulta essere importante per la nostra società già oggi ed ancor più in futuro, le difficoltà nel reperimento delle risorse non possono indurre ad accantonare il problema, ma piuttosto ad approfondirlo per accertare in primo luogo l'entità dei mezzi finanziari necessari e poi anche, sia pure in via indicativa, le possibili vie per il loro reperimento.

f) il costo dell'assicurazione sociale

Una valutazione del costo per il nostro paese di una assicurazione sociale obbligatoria è stata operata recentemente*.

La valutazione è stata effettuata utilizzando l'esperienza tedesca ed i relativi dati, ipotizzando l'intervento per gli anziani ultrasessantacinquenni, qualificando il valore mensile delle prestazioni di tipo residenziale in 1.050 euro per la non autosufficienza di 1° livello (la meno grave), in 1.300 per quella di 2° livello e in 1.450 per il 3° livello, e fissando il valore delle prestazioni di assistenza domiciliare a 390, 930 e 1.450 euro, in funzione del livello di gravità della non autosufficienza. È previsto che, nel caso di assistenza domiciliare, l'assistito possa optare per un assegno in danaro di ammontare pari, rispettivamente, a 210, 420 e 670 euro al mese.

Il costo complessivo - con un'assistenza a carattere sia domiciliare che residenziale - ammonterebbe a circa 11,9 miliardi di euro.

È da tener presente, peraltro, che per il finanziamento della nuova assicurazione sociale obbligatoria si assorbirebbero le risorse che già oggi vengono destinate all'assistenza degli anziani non autosufficienti. Si stima che nel 1998 la spesa per l'assistenza - non di tipo sanitario - agli anziani disabili sia stata pari a circa 3,9 miliardi di euro.

* ISVAP, quaderno n. 11 - il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Sono da considerare anche le risorse destinate dallo Stato alla erogazione delle indennità di accompagnamento.

g) strumenti complementari e aggiuntivi di copertura delle spese relative ai rischi di non autosufficienza

Gli ulteriori strumenti di copertura della spesa relativa ai rischi da non autosufficienza fisica possono essere i più vari:

- ricorso alla fiscalità generale, destinando parte delle entrate a tale scopo (anche senza aggravare ulteriormente la pressione fiscale ma individuando uno specifico cespite d'entrata applicabile a tutti i redditi che renderebbe esplicita la volontà politica di destinare una frazione delle entrate tributarie al soddisfacimento di questo bisogno).
- ricorso alle imposte locali quale l'ICI (anche in considerazione del fatto che gli enti territoriali di base sono i soggetti direttamente coinvolti nell'erogazione dei servizi di assistenza).
- destinazione a questo scopo dell'addizionale IRAP ed IRPEF per il finanziamento decentrato di politiche di assistenza ai non autosufficienti.
- utilizzazione del patrimonio delle fondazioni bancarie vincolato al perseguimento degli scopi statutari tra i quali emerge, esplicitamente, quello relativo all'utilità sociale cui è riconducibile, con evidente carattere prioritario, l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

La ipotizzata assicurazione sociale obbligatoria potrebbe riconoscere a ciascun cittadino il diritto di rinunciare alla tutela dalla stessa prevista, avvalendosi del. opting-out di derivazione anglosassone.

Tale diritto dovrebbe comunque comportare l'obbligo di pagare annualmente al Fondo per la tutela degli anziani non autosufficienti un "contributo di solidarietà" determinato in una percentuale del contributo ordinario.

Inoltre, il diritto di uscire dalla assicurazione sociale dovrebbe essere subordinato alla stipulazione da parte dell'interessato di una copertura assicurativa privata che garantisca prestazioni di assistenza non inferiori a quelle previste dall'assicurazione sociale.

La libertà di uscita dalla nuova assicurazione sociale - previo il pagamento annuale del contributo di solidarietà - risulta necessaria per evitare di porre in essere un sistema rigido, privo di elementi che consentano di misurarne l'efficienza della gestione, la qualità dei servizi offerti e, in buona misura, il gradimento dei possibili fruitori.