

QUADERNO ANSI
n° 2/2021

LA TUTELA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

a cura del
Prof. Massimiliano Alfieri
Ufficio Studi ANSI

In Italia la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti sono, da sempre, affidate prevalentemente alle pratiche familiari e tutti sanno che una diminuzione anche piccola nella disponibilità delle famiglie può causare una forte crescita della domanda di assistenza e di servizi.

La rete familiare, va sottolineato, presenta una crescente fragilità per la difficoltà, da un lato, delle famiglie più giovani di conciliare lavoro e accudimento dei congiunti e, dall'altro, per i problemi di «tenuta fisica» dei nuclei più anziani, a causa della fatica nella cura dei disabili e dei «grandi anziani» e dell'impegno totalizzante che ciò comporta.

La famiglia costituisce ancora oggi la principale risorsa a disposizione delle persone disabili e anziane per fronteggiare la non autosufficienza e i costi della cura sono sostenuti principalmente dalle famiglie stesse, attraverso il ricorso alla rete parentale oppure al lavoro privato di cura (in gran parte sommerso), cosicché, al momento, le indennità di accompagnamento sono assai poco efficaci.

Secondo i dati dell'ISTAT, gli anziani gravemente non autosufficienti sono circa il 22,3 per cento; ad essi si aggiungono i disabili non anziani che corrispondono al 2,1 per cento della popolazione da sei anni di età e oltre.

Di fronte a questi dati, chi ha la responsabilità del governo della salute pubblica non può più sottrarsi al compito di promuovere politiche in grado di estendere significativamente la rete dei servizi per fornire risposte ai bisogni quotidiani di ogni singola persona non autosufficiente, potenziando e aggiornando un sistema di servizi che deve essere qualitativamente diverso dal passato, basato su un forte coordinamento e su un'integrazione delle politiche socio-sanitarie, in grado di offrire una maggiore possibilità di scelta agli utenti e di intervenire sulla base di progetti individuali personalizzati.

LO SCENARIO EUROPEO

In altri Paesi europei la discussione dura da anni e i modelli di intervento adottati sono già in corso di correzione alla luce delle esperienze effettuate.

In alcuni Paesi si è deciso di socializzare il rischio ricorrendo a un sistema di tipo assicurativo pubblico, obbligatorio o contributivo, ovvero a uno di tipo universale, coperto da specifiche entrate fiscali.

In altri Paesi si è prevista una compartecipazione alla spesa degli utenti e in altri ancora si è proceduto alla privatizzazione dell'assistenza.

Da tempo, quindi, in Europa operano schemi di intervento di cui si possono misurare l'efficacia e il livello di gradimento da parte dei cittadini.

In Italia siamo ancora indietro, il tema della redistribuzione delle risorse pubbliche esistenti secondo nuove priorità e della individuazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle oggi

disponibili appare urgente e di non facile soluzione per tutte le forze politiche che hanno presentato in Parlamento, nel corso delle diverse legislature, disegni di legge sul tema del sostegno alla non autosufficienza; appare chiaro, quindi, che questa questione richiede soluzioni inedite, in grado di condurre a un'innovazione del sistema di *welfare* e alla messa a disposizione di risorse tali da rendere esigibili per i cittadini, in concreto, e per le loro famiglie, su tutto il territorio nazionale, il diritto all'assistenza, già sancito dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, ma che ora deve prendere corpo attraverso un'adeguata strumentazione organizzativa e finanziaria.

IL SIGNIFICATO DI NON AUTOSUFFICIENTE

Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health-ICF* dell'Organizzazione mondiale della sanità e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, e nel rispetto degli articoli 117 e 119 della Costituzione, la legge 2827, al fine di incrementare il sistema di prevenzione, "contrasto e riabilitazione dei processi di non autosufficienza e per il sostegno e il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie", determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogare nei casi di non autosufficienza, definisce i principi per la loro garanzia attraverso il Piano nazionale per la non autosufficienza.

LIVELLI DI DISABILITÀ

Le categorie della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità:

- a) incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
- b) incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa;
- c) incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana e alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e di instabilità clinica.

I LESNA - LIVELLI ESSENZIALI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Al fine di assicurare l'attuazione degli interventi di cui al comma 2 della legge 2827, i LESNA sono suddivisi in base alle seguenti prestazioni:

- a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare

- b) aiuto domestico-familiare, ivi compreso quello a sostegno delle cure prestate dai familiari;
- c) assistenza economica;
- d) adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una migliore fruizione dell'abitazione;
- e) sostegno alla mobilità.

Le prestazioni garantite dai LESNA non sono sostitutive di quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale, ma si integrano con le stesse.

Le prestazioni economiche previste ai sensi delle normative sono erogate anche nel caso in cui la persona non autosufficiente sia ospitata in strutture semiresidenziali e residenziali non riabilitative, prevedendo l'utilizzo degli emolumenti economici percepiti, come concorso ai costi della tariffa alberghiera, ferma restando l'attribuzione alla persona non autosufficiente di una somma non inferiore al 25 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

LE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO COME SOLUZIONE

Il decreto Sacconi del 2008 ha introdotto un interessante azione a cui sono chiamati i fondi sanitari e le società di Mutuo Soccorso.

Attraverso una specifica regola tali enti possono essere accreditati come operatori in grado di svolgere la funzione socio-assistenziale verso la collettività.

Le mutue, con adeguamento al d.lgs 179/2012, sono enti senza scopo di lucro "non di origine datoriale" né di "contrattazione nazionale e/o negoziale", non praticano selezione del rischio ed accolgono tutti indiscriminatamente.

La collaborazione tra la politica e le mutue è auspicabile per un corretto bilanciamento del sistema.

Si tratta, ora, di produrre un investimento politico perché il sostegno alle persone non autosufficienti chiama in causa cultura, sensibilità, saperi e diritti, aggiornamenti di politiche nella cornice rinnovata di un *welfare* basato sui cicli di vita e chiami, altresì, in causa le aspettative di tante centinaia di migliaia di persone che non possono essere deluse da una politica che rimane priva di futuro se non è in grado di occuparsi del quotidiano, spesso difficile, di ciascun individuo.