



NON AUTOSUFFICIENZA/ Uno studio del Welfare accusa: troppe differenze regionali

Disabili, ecco le cure sostenibili

La ricetta: meno ospedale e più Adi, Fondi integrativi e indennità eque

Come disinnescare la bomba sanitaria a orologeria della non autosufficienza è diventato ormai da tempo un esercizio molto praticato da esperti, tecnici e istituzioni. In verità finora più con la teoria che con la pratica. Anche il neo-premier Mario Monti nel suo primo discorso di fronte al Senato ha parlato dei rischi legati «ai servizi di cura agli anziani che oggi è una preoccupazione sempre più urgente nelle famiglie in un momento di difficoltà crescente».

L'ultima ricetta sul fronte apertissimo delle «Long term care» arriva dal ministero del Welfare con una dettagliatissima e accurata indagine appena pubblicata che porta la firma dell'ormai ex ministro Maurizio Sacconi. Questo secondo rapporto sulla non autosufficienza: assistenza territoriale e cure domiciliari curato da Angelo Lino Del Favero mette, innanzitutto, il dito sulla piaga delle cure a singhiozzo ai circa 2,6 milioni di non autosufficienti che si contano oggi in Italia e che nel 2040 saranno quasi il doppio. Un'assistenza che vede differenze abissali da Sud a Nord nell'erogazione delle prestazioni: con il primo campione di spesa nelle indennità di accompagnamento - in Sardegna, Calabria, Sicilia e Campania si contano dieci assegni ogni mille abitanti, il doppio che in Lombardia e Veneto - e con il Settecentone invece più risparmio nei trasferimenti monetari, ma soprattutto più capace a investire su cure domiciliari e residenziali.

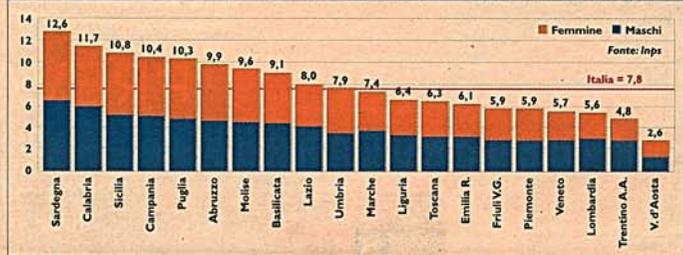
Un terreno minato, quello delle cure ai non autosufficienti, già alle prese con una dieta dimagrante e dove pesa come un macigno la delega fiscale e assistenziale ora in Parlamento che prevede maxi-tagli per 20 miliardi di euro all'assistenza attraverso una riforma del settore di cui il precedente Governo non ha fatto in tempo a delineare gli interventi. Insomma un vicolo cieco da cui bisogna uscire in qualche modo. Perché se oggi si spende l'1,9% del Pil (lo 0,83% per indennità di accompagnamento), tra trent'anni servirà almeno il 2,9 per cento della ricchezza nazionale ogni anno. «A fronte dello scenario che si prospetta è di tutta evidenza - spiega il rapporto - che lo Stato non è in grado, da solo, di sostenere il peso». Per questo motivo «il Pubblico dovrà modificare il proprio ruolo da erogatore di buona parte dei servizi e provvidenze a soggetto regolatore dei processi assistenziali, pubblici, privati, del terzo settore».

La ricetta sostenibile. Il ministero del Welfare nel suo rapporto punta su un mix di misure per rendere davvero sostenibile questa sfida che oggi sembra impari. Ecco gli ingredienti principali: deospedalizzazione a favore di una maggiore dotazione di servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari. In particolare con la «modifica dei Lea con trasferimenti di funzioni e risorse dal-

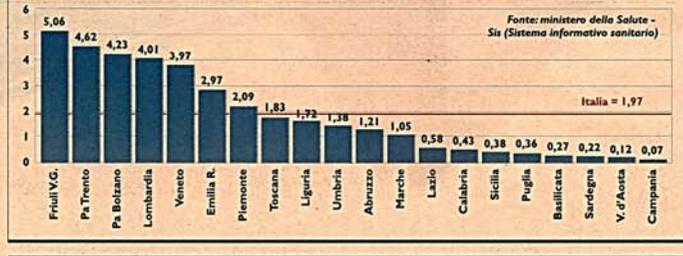
Le raccomandazioni per una «rinnovata politica sulla non autosufficienza»

Innovazione modelli erogativi dei servizi Dietro socio-sanitario come «cassa di regia» «Atto specifico di programmazione integrata, previsto dal Patto salute su deospedalizzazione, residenzialità, semi-residenzialità e cure a casa» Ricostruire piccoli ospedali in centri intermedii Attrazione in ogni distretto dell'Adi (R24) Riconoscimento del caregiver familiare «Regolizzazione» delle assistenti familiari	Sostenibilità delle Long term care Modifica dei Lea: funzioni e risorse dall'ospedale a territorio, non autosufficienti e domiciliari Sviluppo fondi integrativi con la contrattazione collettiva e l'incorporazione fiscale Disciplina della compartecipazione alla spesa, anche nelle cure domiciliari, con criteri di equità Invecchiamento attivo e «medicina d' iniziativa» Riforma delle erogazioni monetarie Revisione indennità di accompagnamento: trasferire competenze da livello centrale a regionale	Sussidiarietà e terzo settore Favorire l'autonomia iniziativa dei cittadini singoli e associati (articolo 118 della Costituzione) Tecnologie Nel piano di Sanità elettronica servono programmi di telemedicina, tecnologie a supporto della disabilità e monitoraggio a domicilio del paziente
---	--	---

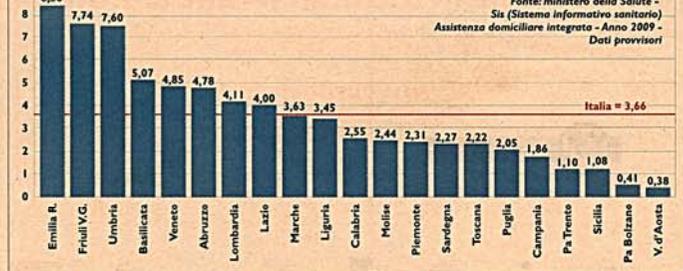
Beneficiari pensioni di invalidità civile e indennità di accompagnamento per mille abitanti (2010)



Assistenza agli anziani in strutture residenziali - Utenti ogni 100 anziani (2009)



Assistenza domiciliare integrata - Casi anziani ogni 100 residenti anziani (2009)



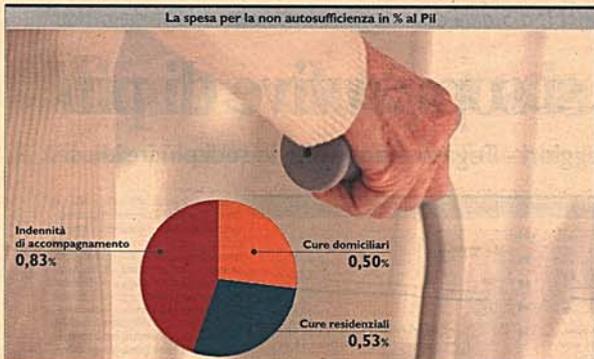
l'ambito ospedaliero al territorio, alle non autosufficienze, alla domiciliarietà, nel rispetto dei costi disciplinati dei macro-livelli assistenziali». E poi sviluppo del piano di integrazione, «principalmente attraverso la contrattazione collettiva e l'incorporazione fiscale, disciplina della compartecipazione alla spesa al fine di allargare la platea dei beneficiari». Inoltre c'è bisogno - secondo il rapporto

di mettere mano all'attuale assetto dell'indennità di accompagnamento, «trasferendo le competenze dal livello centrale a quello regionale, promuovendo una gestione integrata delle risorse sociali e introducendo una correlazione tra l'accesso alla prestazione e le condizioni economiche del beneficiario». Infine sul territorio si dovrà rafforzare il distretto socio-sanitario per trasferire il resto d'Italia.

Rea e cure domiciliari: meglio il Nord. In Italia gli anziani assistiti in strutture sanitarie residenziali sfiorano il 2% e sono in crescita costante: nel 2007 erano 1871,7 per 100mila anziani, 1.894,8 nel 2008 e 1.969,1 nel 2009. Dai dati emerge la grande differenza regionale nell'offerta di posti letto. Per il 2009 si possono individuare quattro gruppi di Regioni: un primo a cui appartengono Friuli, Trento, Bolzano, Veneto, Lombardia, con un quarto dove ci sono le Regioni al di sotto dell'1% (Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania). Anche l'assistenza domiciliare integrata è cresciuta molto negli anni: dai 385.278 casi del 2007 ai 442.129 del 2009, fino ai 442.129 del 2009 (la media, di questo caso si registrano «differenziazioni regionali molto significative anche se più contenute rispetto alla residenzialità»: si collocano in ottima posizione Friuli, Emilia e Umbria, buona la collocazione di due Regioni del Centro Sud - Abruzzo e Basilicata -, in posizione «altrettanto soddisfacente» Veneto e Lombardia.

Boom di indennità al Sud. Terza importante componente dell'assistenza ai non autosufficienti sono i trasferimenti monetari: dalle indennità di accompagnamento agli assegni di cura. Negli ultimi anni le prime sono cresciute in modo esponenziale passando da 1.694.161 del 2008 a 1.804.828 del 2009 e a 1.894.868 del 2010 e a 1.933.904 di quest'anno. Per una spesa che raggiunge quasi 9,5 miliardi di euro, si tratta di 111 mila e 100 pensioni di invalidità civile. Anche in questo caso c'è uno «scostamento consistente» tra le Regioni del Nord e quelle del Sud dove si registra un boom di assegni. Un dato «paradosso» - spiega il rapporto - visto che sono «più numerosi i beneficiari di pensioni e assegni di accompagnamento nelle Regioni con popolazione più giovane e quindi con una minore incidenza degli over 75 rispetto a Regioni a forte indice di invecchiamento».

Marzio Bartoloni
* BROCCOLETTI BERNARDI



TERZO RAPPORTO NNA

«Tra l'effetto crisi e i tagli pesanti questo settore rischia il collasso»

Dal sottofinanziamento al collasso: questo il destino che rischia l'assistenza ai non autosufficienti in Italia. Almeno così sembra leggendolo il terzo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia promosso dall'Ircs-Inrea e curato dal Nna (Network non autosufficienza) e presentato nei giorni scorsi a Bologna. Secondo questo nuovo volume (Maggioli editore) che mette in fila una serie di dati e di considerazioni su tutto il settore «gli effetti della crisi finanziaria si stanno trasmettendo ai diversi settori della vita economica e sociale europea». A cominciare dal Welfare che anche in Italia è finito nel mirino di tagli pesanti: lo scorso luglio il Parlamento ha approvato il disegno legge di delega al gover-

LA PROPOSTA DI ANASTE

«È necessario rendere obbligatoria l'adesione alla mutualità integrativa»

La costituzione del Fondo unico per la non autosufficienza. È quanto chiesto «per affrontare l'emergenza socio-sanitaria» dal presidente Anaste e Federalsud **Alberto De Santis** la scorsa settimana al convegno annuale dell'associazione nazionale strutture terza età. Il welfare, ha detto De Santis, «necessita di una profonda riforma. Serve un grande patto di solidarietà fra tutti gli attori del sistema: ministri del Lavoro e della Salute, sindacati, operatori e dipendenti pubblici e privati, Fondi sanitari integrativi». Si tratta, ha sottolineato il presidente Anaste e Federalsud, di «una opportunità per trovare risorse atte ad affrontare l'emergenza, anche attraverso la mutualità integrativa, con un grande patto di solidarietà che viene, innanzitutto, dalla base. Una proposta che consente la rivisitazione del numero di posti letto per portarli a percentuali accettabili a livello europeo. E che prevede lo sfruttamento della domestica con case a misura degli anziani, e più telemedicina». «L'idea è quella - ha detto De Santis - di avere giovani che si occupano degli anziani in strutture residenziali. Quindi aumento di posti di lavoro, eliminazione di ricoveri impropri e riattivazione dell'edilizia sanitaria. Per fare questi interventi strutturali in grado di offrire una cultura della qualità della vita over 65 è fondamentale una serie collaborazione tra pubblico e privato». Nel dettaglio Anaste propone di rendere obbligatoria l'adesione delle aziende ai fondi sanitari integrativi, coinvolgendo anche i lavoratori autonomi che dovrebbero avere una quota al Fondo unico per la non autosufficienza; la rinuncia di un giorno di ferie che verrà versata sempre al Fondo Unico; la rimodulazione dell'indennità di accompagnamento con tetto del reddito. «Questa operazione sostenibile - ha concluso - porterebbe nelle casse del Fondo unico circa 12 miliardi di euro».

* BROCCOLETTI BERNARDI

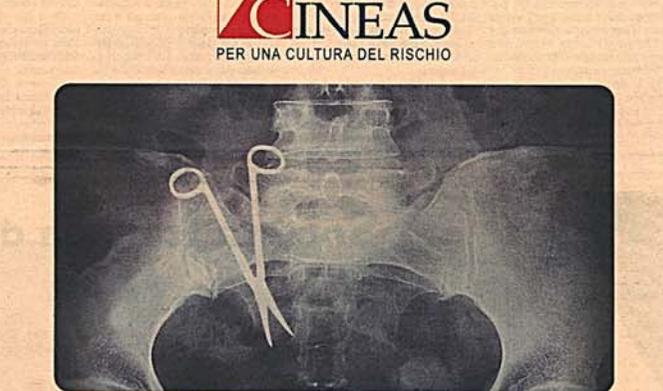


Il trend di spesa per il futuro

Risultato delle previsioni - Spesa in % del Pil	2005	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Pensioni (a)	13,9	15,2	15,0	15,5	15,8	14,6	13,4
Sanità* (b)	6,7	7,4	7,6	8,1	8,6	8,9	8,9
di cui componente Ltc (c)	0,8	1,0	1,0	1,1	1,4	1,4	1,1
Ltc* (d)	1,6	1,9	2,0	2,2	2,9	2,9	3,1
Totale (a + b + c + d)	21,5	23,6	23,6	24,7	25,7	25,0	23,9

* Le previsioni scottano le ipotesi del reference scenario

Fonte: Quaderni del ministero della Salute n. 6, novembre-dicembre 2010



Hospital risk management. Perché non deve succedere. Ma può capitare.

Hospital risk management è il master CINEAS rivolto al personale delle direzioni sanitarie, delle direzioni generali, amministrative e di controllo, ai responsabili della sicurezza e degli uffici legali, ai manager ospedalieri, ai medici e alle società di consulenza organizzativa e informatica. L'«Hospital risk manager» è una figura destinata ad operare nelle strutture organizzative ospedaliere sviluppando politiche, strumenti e metodologie di misurazione e gestione del rischio, garantendo sicurezza ai pazienti e agli operatori sanitari.

La domanda di ammissione deve essere inoltrata entro il 31 dicembre 2011.

Per informazioni: 02.3663.5002, info@cineas.it e www.cineas.it

Con il patrocinio di

Regione Lombardia