

Il Fondo regionale per la non autosufficienza 2007-2013: le risorse e la rete dei servizi

Il Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito da un articolo della legge regionale n.27 del 2004 per finanziare servizi dedicati a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e a persone con gravi disabilità ed avviato concretamente nel 2007 con la delibera della Giunta regionale n.509, entra quest' anno nel suo settimo anno di vita. Si tratta di un esperimento che per mole di risorse impiegate, rete di servizi messi in campo, professionalità coinvolte ed esperienze acquisite, costituisce probabilmente un caso unico in Italia sul quale vale la pena fare una ricognizione, tanto più utile nel momento in cui, con il passare degli anni, le difficoltà economiche del Paese si sono fatte sentire di più, con l'azzeramento (o il restringimento) delle risorse provenienti dallo Stato.

Il Fondo (in sigla Frna) nasce nei fatti in un momento in cui nella Regione Emilia-Romagna si stanno sviluppando e definendo strumenti molto importanti come la costituzione delle Asp, le Aziende pubbliche di servizi alla persona, l'accreditamento dei servizi socio-sanitari ed il primo Piano sociale e sanitario regionale. Con le Asp, nate con il programma di riordino delle Ipab, si intende garantire la gestione unitaria e la qualificazione dei servizi sociali e socio-sanitari erogati a persone di ogni fascia di età. Con l'accreditamento viene definito un sistema chiaro di regole e requisiti organizzativi a cui devono rispondere le strutture socio-sanitarie che vogliono operare nella rete regionale dei servizi con il supporto del finanziamento pubblico. Con il Piano sociale e sanitario, e quindi con la piena integrazione dei servizi sociali e sanitari, si definisce anche il ruolo dei Comuni, cui spetta il compito di rispondere al meglio ai bisogni dei territori.

L'insieme di questi processi costituisce quindi un momento cruciale in cui diventa necessario poter disporre di risorse certe per affrontare un problema molto serio come quello della non autosufficienza in una regione con indici di vecchiaia tra i più alti in Italia (al 31.12.2011 gli over65enni sono il 22,5% della popolazione, gli over 75enni l'11,7%, gli over80enni il 7,1%, i grandi vecchi, gli over85enni, il 3,6%). Un fondo dedicato che coordini i vari canali di finanziamento e garantisca equità di accesso e di qualità nelle prestazioni erogate, appare quindi come lo strumento più adatto.

Nel 2007, la Giunta regionale di Vasco Errani, con lo sblocco nazionale delle addizionali fiscali che diventano, in parte, regionali, ha maggiori spazi di manovra finanziaria, e può destinare risorse al Fondo destinando ad esso, appunto, gran parte degli introiti da addizionali regionali.

Con una programmazione congiunta Regione-Enti locali, l'avvio del Fondo, con il riparto tra i Distretti delle Azienda Usl in base alla popolazione residente ultrasettantacinquenne, vede dunque la Giunta regionale destinare 100 milioni di euro in più alla dotazione delle risorse provenienti dal Fondo sanitario regionale. E' una decisione molto importante che differenzia la scelta dell'Emilia-Romagna da quella di altre Regioni e che vale la pena di esaminare nell'insieme del periodo preso in esame.

L'istituzione del Fondo servirà a consolidare e qualificare i servizi già esistenti, ma anche a sviluppare nuove risposte e interventi soprattutto nell'ambito del domicilio delle persone non autosufficienti.

Altro obiettivo strategico del Fondo è quello dell'equità di accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini della regione, per garantire le stesse opportunità indipendentemente dalla zona in cui si è residenti; in tal senso è di grande importanza il ruolo degli Amministratori locali con la loro responsabilità di individuare – insieme ai Direttori di Distretto, le priorità di intervento nei diversi territori.

LE RISORSE PER IL FONDO

La decisione della Giunta Errani nel 2007 di stanziare risorse aggiuntive ha trovato costante applicazione negli anni successivi (*si veda tabella 1*) fino a raggiungere un picco nel 2011 con 151 milioni per coprire il contemporaneo azzeramento del Fondo nazionale per la non autosufficienza. Nell'arco di sei anni (2007-2012) la Giunta regionale ha investito risorse aggiuntive pari a 721 milioni di euro. Se a questa cifra si sommano i 120 previsti come ipotesi di finanziamento per il 2013, si tocca la quota di 841 milioni di risorse aggiuntive. Se si considerano invece l'insieme delle risorse (*si veda il primo istogramma di tabella 1*) su cui ha potuto contare il Fondo (anche in questo caso per il 2013 si tratta di una ipotesi, non ancora di una assegnazione definitiva) che comprende sia la spesa "storica" per anziani e disabili derivante dal Fondo sanitario regionale, sia le risorse aggiuntive si tocca la ragguardevole cifra di quasi tre miliardi di euro. Per la precisione 2.995,6 milioni. Nell'istogramma di tabella 2 vengono invece messe a confronto le risorse assegnate al Fondo regionale per la non autosufficienza con quella derivanti dal Fondo nazionale per lo stesso capitolo. Quelle dello Stato nel corso del

periodo assommano a 124,5-milioni (il Fondo nazionale è stato azzerato nel 2011 e nel 2012; per il 2013 sono previsti, ma non ancora confermati, 21,7 milioni). E' evidente la differenza anche confrontando soltanto le risorse del Fondo nazionale nel periodo considerato con quelle aggiuntive decise dalla Regione nello stesso arco di tempo (841 milioni).

LA RETE DEI SERVIZI

Quello che però rende l'esperienza dell'Emilia-Romagna un caso unico in Italia non è solo l'impegno economico che ha caratterizzato il Fondo negli anni passati, ma anche e soprattutto la rete dei servizi messa in campo per rispondere alle diverse tipologie dei bisogni con l'obiettivo prioritario, laddove possibile, di tenere l'anziano e la persona disabile, non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, al proprio domicilio.

La rete su cui si sono basati gli interventi è composta per così dire da una rete classica di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili sia dai servizi per l'assistenza domiciliare compreso l'assegno di cura per entrambe le tipologie di beneficiari. Una rete che possiamo definire 'storica' che si è andata consolidando negli anni ampliandone i beneficiari per rispondere alla necessità di interventi socio-sanitari complessi e continuativi. Su questa rete si è poi innestata una rete di servizi innovativi, a più bassa soglia di intervento, a supporto delle famiglie per ridurre il carico assistenziale a domicilio. Nel complesso si punta a mettere al centro la persona ed i suoi bisogni. L'accesso non avviene dunque a partire dalla patologia, ma viene considerata la condizione complessiva del bisogno della persona e di chi se ne prende cura.

LA RETE STORICA

L'insieme delle strutture residenziali ha costituito e costituisce tuttora l'ossatura 'pesante' della rete storica per l'assistenza ad anziani e disabili. Nell'anno 2011 le persone anziane che hanno usufruito delle strutture residenziali sono state complessivamente 24.466 mentre le persone disabili 2.440.

Questa voce nel bilancio del Fondo è quella che assorbe la maggior quantità di risorse per la copertura di una parte dei costi delle rette. Tuttavia l'obiettivo di spostare sulla domiciliarità parte degli interventi per tenere nel proprio ambiente domestico le persone ha determinato che l'incremento delle risorse del Fondo è stato principalmente utilizzato per i servizi di sostegno al domicilio.

La spesa per la domiciliarità totale annua fra il 2007 e 2012 è aumentata infatti per gli anziani dal 18% al 21% e per i disabili dal 14% al 18%.

Parallelamente la percentuale di spesa per la residenzialità, nello stesso periodo, è passata dal 50% al 44% per gli anziani e dal 16% al 15% per i disabili.

In totale dunque sette punti percentuali di spesa che si sono spostati sugli interventi per la domiciliarità.

L'assistenza domiciliare, grazie ai programmi collegati al Fondo regionale per la non autosufficienza, è stata ampliata e maggiormente qualificata: oltre 1.700.000 ore erogate nel corso del 2011, con modalità flessibili e personalizzate, e che in alcuni casi prevede anche servizi accessori come ad esempio la consegna di pasti a domicilio. Tra le forme qualificate di assistenza domiciliare, rientra la "dimissione protetta" (circa 8.000 anziani i fruitori nel solo 2011, che rappresenta una forma di accompagnamento e sostegno supporto domiciliare specializzato a seguito di una dimissione ospedaliera.

Altro capitolo riguardante la domiciliarità è costituito dall'assegno di cura.

L'assegno viene dato alla famiglia che tiene la persona anziana o la persona disabile a casa; viene modulato sulle condizioni economiche del nucleo familiare e sulla gravità del bisogno. In determinati casi, in presenza dell'assegno di accompagnamento erogato dall'Inps, l'assegno di cura può essere ridotto o non riconosciuto. Ma in ogni caso l'assegno non è un mero contributo economico, ma è legato ad un progetto di cura definito dall'Unità di valutazione geriatrica territoriale, composta da diversi professionisti (in genere geriatra, assistente sociale ed infermiere), che ne monitora l'andamento. Il numero degli assegni erogati ad anziani e disabili è passato dai 20.602 del 2007 ai 23.175 del 2010. Nel 2011 il numero è sceso a 19.315. Per comprendere l'effettivo utilizzo dell'assegno di cura, è necessario tuttavia considerare anche il livello di integrazione e compresenza dell'assegno con altri servizi all'interno del Piano di assistenza individuale. Nel 2011 sono stati infatti 6.483 i beneficiari con contratti che hanno previsto anche l'attivazione di altri servizi aggiuntivi (33,6% del totale dei beneficiari). Il calo dei beneficiari nel 2011 è stato sicuramente determinato dall'azzeramento del Fondo nazionale e dalla conseguente necessità di prevedere l'introduzione a livello territoriale di regolamenti attuativi con criteri più selettivi per garantire la massima appropriatezza nella fase di accesso e di gestione dello specifico intervento assistenziale individuando priorità atte a focalizzare l'attenzione sulla situazione e condizione sociale e socio-sanitaria della persona anziana o disabile in modo da rendere effettivo e prioritario l'uso dello strumento assistenziale per il mantenimento della persona al domicilio. Tuttavia questo calo ha inciso in maniera relativa sulla spesa complessiva per la domiciliarità che fra il 2007 ed il 2012 è comunque salita dal 14% al 18% sul totale annuo delle risorse del Fondo per i disabili, e dal 18 al 21% delle risorse del Fondo per gli anziani.

LE NUOVE OPPORTUNITÀ PER IL MANTENIMENTO AL DOMICILIO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

La rete dei nuovi servizi creata a supporto delle famiglie per ridurre il carico di assistenza a domicilio, pur costituendo una parte meno rilevante della spesa per il Fondo, si è caratterizzata per l'originalità e/o l'efficacia di alcune scelte.

L'accoglienza temporanea di sollievo

E' un'opportunità che viene data alle famiglie offrendo loro la possibilità di avere periodi di sollievo (si ha diritto a 30 giorni all'anno, che possono essere frazionati anche in più periodi). Tale servizio è stato pensato per rispondere alle esigenze delle famiglie, ad esempio nei periodi di vacanza o anche quando l'assistente familiare va in ferie e vi è necessità di avere un luogo dove far stare l'anziano, o la persona con disabilità. Nel 2011 sono state circa 2.900 le persone che hanno usufruito di tale servizio.

Altra tipologia è invece il ricovero temporaneo di sollievo post-dimissioni ospedaliere, legato ad una condizione di bisogno della persona anziana che, dimessa dall'ospedale, non può immediatamente tornare a casa. Circa 3.500 gli anziani che nel 2011 ne hanno usufruito.

Le assistenti familiari

Al problema delle assistenti familiari straniere è legato un altro tipo di intervento per l'emersione del lavoro di cura di queste persone, molte delle quali tuttora lavorano in nero. Si è pensato di far emergere questo fenomeno, riconoscendo un contributo aggiuntivo di 160 euro mensili a coloro che nell'ambito di un contratto per assegno di cura presentavano determinate condizioni di reddito Isee. Dopo un avvio parziale nel 2007, il sistema è entrato a regime nel 2008 con 2.632 contratti, saliti nel 2011 a 6.817. Accanto a questo sono stati avviati programmi di qualificazione delle assistenti familiari ed in diverse realtà territoriali si è cercato di realizzare situazioni di aggregazione per evitare condizioni di isolamento a due (anziano-assistente).

Grazie al programma regionale sono state ampliate le opportunità di incontro domanda-offerta, in collegamento con i servizi per l'impiego deputati a tale funzione.

I programmi di contrasto dell'isolamento e di costruzione delle reti sociali e di solidarietà

Ma nel novero delle nuove opportunità fanno parte altre iniziative come quelle per il sostegno alle reti informali di solidarietà sociale, valorizzando il ruolo del volontariato. In Emilia-Romagna molti anziani vivono soli e si è constatato che ad aggravare le situazioni personali contribuisce l'isolamento, la solitudine, le scarse opportunità di relazioni sociali. Da qui le iniziative per forme di aggregazione e di aiuto quotidiano con l'intervento di personale volontario o dei servizi (aiuto nel fare la spesa, coinvolgimento in attività di socializzazione, comprare una medicina,) fino alla realizzazione di alloggi dove anziani, ancora autosufficienti, possono vivere avendo spazi in comune (ad esempio il salone per attività ricreative e culturali), servizi comuni (ad esempio il portierato) e flessibili, cioè attivabili al bisogno, anche temporaneamente (come la lavanderia) e dove la vita autonoma viene favorita con servizi a bassa soglia (operatore che va a misurare la pressione).

I servizi di telesoccorso e teleassistenza

Completano il quadro altre due tipologie di interventi: servizi di telesoccorso e teleassistenza, anche gestiti con il supporto dei servizi sanitari presenti sul territorio del Distretto, sia per il monitoraggio a distanza dell'anziano e della persona con disabilità (in caso di particolari condizioni di salute), sia per finalità sociali.

L'adattamento domestico

Un'altra attività innovativa per aiutare le persone a vivere ed essere assistite meglio nella loro casa è la consulenza e il sostegno economico per l'adattamento domestico con possibilità di allestimento di ausili tecnologici nella casa dell'anziano o della persona con disabilità. E' presente infatti sul territorio regionale una rete di centri dove opera un'equipe multidisciplinare, che comprende anche tecnici dell'edilizia (architetti, geometri), per aiutare le persone ad adattare la propria casa all'esigenza di fruibilità ed accessibilità. Per l'adattamento della casa può intervenire il Fondo regionale per la non autosufficienza con una quota lasciata ad ogni Distretto, sulla base alle scelte operate dagli amministratori a livello locale.

LE OPPORTUNITÀ PER LE PERSONE CON DEMENZA E LORO FAMILIARI

Con il Fondo regionale per la non autosufficienza e l'accreditamento dei servizi socio-sanitari si sono anche avviati programmi di miglioramento volti ad assicurare elevati standard di assistenza e cura alle persone con demenza sia che siano ospitate in strutture residenziali o semiresidenziali per anziani, sia che siano ospitate in servizi dedicati come i Centri diurni.

In aggiunta a ciò, il Fondo regionale per la non autosufficienza ha dato la possibilità di incentivare lo sviluppo di interventi ed attività cosiddetti a bassa soglia ed alta capacità di contatto. Tra questi ad esempio i caffè Alzheimer, che grazie alla possibilità di essere cofinanziati con il Fondo (meno di 20 mila euro l'anno, che si aggiungono a risorse dei Comuni e del volontariato) dal 2007 al 2012 si sono più che triplicati: circa 60 caffè Alzheimer in regione, ogni anno frequentati da almeno 2.000 persone. In un luogo che può essere il bar della parrocchia o del paese, o altro locale informale, si incontrano il familiare e la persona con demenza con altri familiari e altre persone colpite da Alzheimer o altre forme di demenza, alla presenza di volontari e di operatori dell'Azienda Usl. Gli operatori sono a disposizione, forniscono informazioni, chiariscono dubbi, i familiari si scambiano suggerimenti e creano relazioni. Le persone che frequentano i caffè Alzheimer vengono quindi coinvolte in attività o partecipano a discussioni, partite a carte o altri giochi, prendono assieme the o caffè). In sostanza, le persone non rimangono isolate, costruiscono alleanze, escono di casa, acquistano maggiore fiducia nei servizi perché li percepiscono vicini. Il tutto in una condizione di quotidianità, che li aiuta a superare lo stigma della malattia.

Accanto ai caffè Alzheimer altre opportunità per sostenere le famiglie a mantenere al domicilio gli anziani con demenza sono corsi di formazione, consulenze specialistiche assistenziali, tecniche per l'adattamento degli ambienti domestici, sostegno psicologico, gruppi di sostegno ed auto-aiuto, tutti coordinati dai Centri per i disturbi cognitivi dell'adulto (Centri per le demenze) delle Aziende sanitarie.

IL PROGRAMMA PER LE GRAVISSIME DISABILITA'

Il programma per le gravissime disabilità rappresenta il primo provvedimento di questo genere avviato da una Regione per garantire alle persone e alle famiglie che affrontano le disabilità più gravi, dignità e qualità di vita, permanenza al domicilio o comunque nel territorio di residenza. Partito prima della nascita del Fondo per la non autosufficienza (è stato infatti approvato dalla Giunta regionale nel 2004 con delibera n.2068) , è ora ricompreso nelle sue attività. Riguarda quelle persone che si trovano in una condizione di totale non autosufficienza principalmente per tre tipi di patologie: gravissime cerebrolesioni, patologie neurologiche degenerative come la Sla (Sindrome laterale amiotrofica), mielolesioni. Sono situazioni di estrema gravità per le quali sono previsti due percorsi: l'Unità di valutazione multidisciplinare presente in ogni Distretto, che riunisce specialisti sanitari e operatori sociali, fa un progetto individuale per la persona che può prevedere o l'assistenza in residenze che hanno requisiti specifici per affrontare situazioni del genere (sul piano assistenziale e del confort alberghiero con la possibilità da parte del familiare di trascorrere dei periodi in struttura), oppure l'assistenza al domicilio (assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, con il contributo aggiuntivo, quando è presente, per l'assistente familiare). Ogni anno sono oltre 1.300 le persone con gravissima disabilità che vengono assistite nella rete dei servizi, nella maggioranza dei casi al domicilio, con assegno di cura e assistenza domiciliare, con una spesa annuale di circa 25 milioni di euro da Fondo regionale non autosufficienza e Fondo sanitario regionale.

I PASSI FUTURI

In questo primo periodo, iniziato nel 2007, si è quindi realizzato un sistema di servizi per la non autosufficienza molto articolato, per alcuni aspetti unico in Italia. Dopo sei anni si pone l'esigenza di fare una verifica complessiva per decidere come proseguire nei prossimi anni per consolidare il sistema, ma anche per apportare eventuali modifiche o miglioramenti suggeriti dall'esperienza. Il percorso non è sicuramente concluso. Anche la crisi economica che ha fatto sentire i propri effetti a partire dal 2011 e l'incertezza sulla disponibilità delle risorse per i prossimi anni invitano ad una riflessione strategica sui risultati ottenuti, sugli obiettivi da perseguire e sulle azioni da finanziare da parte del Fondo regionale per la non autosufficienza, sulla quale tutti i soggetti coinvolti nel sistema (Regione, Enti locali, Aziende Usl, parti sociali, volontariato e Terzo settore) saranno impegnati nel corso del 2013.