

Non autosufficienza. L'indennità di accompagnamento non basta

scritto da Chiara Saraceno | 17 Marzo 2017



Aumentano le speranze di vita, ma anche i rischi di non autosufficienza.

L'innalzamento delle speranze di vita è un segnale positivo del miglioramento delle condizioni di vita complessive. Ma una popolazione sempre più anziana è anche una popolazione a rischio di non autosufficienza, come dimostrano i dati sull'indennità di accompagnamento, che ne vedono una fortissima concentrazione, appunto, tra gli anziani. Questo rischio non è adeguatamente affrontato dalle politiche italiane che, salvo che per gli aspetti sanitari (e non sempre), lasciano i problemi della non autosufficienza pressoché totalmente sulle spalle delle famiglie, dove, per altro, le reti intergenerazionali sono sempre più assottigliate a motivo del calo della fecondità, con un conseguente calo del numero dei potenziali caregiver familiari.

Caregiver familiari sotto pressione

Mentre si discute del diritto a morire con dignità e a rifiutare di essere mantenuti in vita artificialmente al di là della propria volontà, e c'è chi moraleggia sul significato e dignità del vivere comunque, in qualsiasi condizione, pochi si preoccupano, appunto, di queste condizioni: delle necessità minute e quotidiane – dall'igiene personale all'alimentazione alla mobilità – che vanno soddisfatte per tenere insieme la vita di una persona che non ce la fa da sola. Tutte le ricerche comparative segnalano che, a differenza che nei paesi in cui vi sono politiche pubbliche per la non autosufficienza orientate prevalentemente a offrire servizi, in Italia i familiari delle persone non autosufficienti – per lo più donne, come mogli, figlie, nuore – non si occupano solo degli aspetti relazionali e organizzativi, ma soprattutto della cura diretta, materiale, ogni giorno, spesso per mesi e anni, riducendo anche la partecipazione al mercato del lavoro¹. L'assegno di accompagnamento può servire a integrare il reddito o a pagare qualche ora ad una badante, ma non basta a sollevare dalla responsabilità delle prestazioni quotidiane di cura e tantomeno garantisce che questa sia appropriata. D'altra parte, la disponibilità di servizi domiciliari o diurni è molto variabile da un comune all'altro. Lo stesso vale per gli assegni di cura, offerti in base a criteri spesso eterogenei in alcune regioni e comuni. In generale, solo chi ha un reddito elevato può permettersi di acquistare servizi che sollevino

dalla cura materiale. Non a caso l'opzione donna", che permetteva di andare prima in pensione a determinate condizioni, è stata così popolare e il suo prolungamento chiesto a gran voce dalle donne, nonostante l'elevato costo in termini di ammontare pensionistico. Per molte lavoratrici in età matura pagare questo prezzo era l'unico modo che avevano per poter far fronte alle domande di cura di genitori o suoceri divenuti non autosufficienti.

Un' esperienza pilota per attivare un mercato regolato di servizi per la non autosufficienza.

Da anni in Italia diversi esperti ragionano sulla opportunità di investire in servizi (tra l'altro un potenziale bacino di domanda di lavoro) e trasformare l'indennità di accompagnamento in un vero e proprio assegno di cura, incentivando un mercato sociale dei servizi regolato, così come è avvenuto in Francia, Spagna e Portogallo. Ma rimane un dibattito che non sembra interessare la politica.

In questa prospettiva, è di qualche interesse un servizio finora riservato ai soli dipendenti e pensionati pubblici e ai loro famigliari, lo Home Care Premium, gestito dall'INPS. Iniziato nel 2010, finanziato da un prelievo obbligatorio dello 0,35% sul personale della Pubblica amministrazione in servizio e dallo 0,15 su base volontaria dai pensionati della stessa, è composto di una integrazione monetaria finalizzata all'impiego di una persona, con l'eventuale aggiunta, dove ne esistono le condizioni, di servizi tagliati sullo specifico bisogno del beneficiario. Fino allo scorso anno era rivolto solo a coloro che, rispondendo ai requisiti di reddito e di invalidità (quest'ultima certificata dall'essere titolari di una delle diverse indennità esistenti), risiedevano in comuni dove gli ambiti territoriali o i comuni stessi erano convenzionati con l'INPS, con effetti evidenti di discriminazione nell'accesso a parità di bisogno. Si erano, infatti, convenzionati con l'INPS 371 ATS, pari al 57,4% degli ATS presenti sul territorio nazionale, più nel Centro-Sud (69%) che nel Nord (40%), più dotato di servizi. Dal 2017 - il bando è uscito in questi giorni - tutti gli aventi diritto sul territorio nazionale potranno fare domanda e la graduatoria, basata su una combinazione di reddito e grado di non autosufficienza, sarà nazionale. È stato anche ampliato il numero di coloro che potranno beneficiare dell'intervento: 30.000, a fronte dei 22.220 del 2014. L'impegno finanziario complessivo è di 220.000.000 di euro (un po' più di metà di quanto è stato stanziato nella legge di stabilità per il fondo per i servizi per la non autosufficienza per l'intera popolazione). Chi riceve la prestazione monetaria, di importo crescente con il crescere della gravità e decrescente con l'ISEE, dovrà obbligatoriamente utilizzarla per assumere regolarmente una persona. Rimane aperta la questione dell'accreditamento di queste persone, per garantirne affidabilità e competenza. Nei comuni o ATS che si convenzionano con l'INPS a questa prestazione base si possono aggiungere servizi specifici. Rimangono quindi differenze territoriali, anche se non più nell'accesso alla misura, ma rispetto alla prestazione aggiuntiva in servizi. È auspicabile che proprio la realizzazione di una graduatoria nazionale solleciti più ambiti territoriali e comuni a collaborare ed anche a mettere a punto un piano sistematico di accreditamento sia degli/delle assistenti famigliari, sia dei servizi.

Pur con questi limiti potrebbe essere, insieme a quanto già stanno facendo alcune regioni, un'utile sperimentazione di una riforma complessiva del settore, per arrivare, appunto, ad un sistema di intervento misto, meno squilibrato sulla pura erogazione monetaria, che sollevi i famigliari dalle responsabilità di cura più pesanti, si preoccupi dell'appropriatezza delle cure ed insieme valorizzi le capacità di innovazione locali, uscendo da un welfare esclusivamente famigliare, eventualmente e casualmente corretto solo dalla discrezionalità del welfare municipale. Non sarebbe uno sviluppo irrealistico, o insostenibile, sul piano finanziario, se si considera che a livello nazionale si spendono 15,4 miliardi di sole indennità, cui va aggiunto quanto spendono per le stesse il Trentino-Alto Adige e la Valle d'Aosta, il Fondo per la non autosufficienza, e quanto viene speso a livello locale. Sulla falsariga di quanto avviene per i dipendenti e pensionati della P.A, non sembra irrealistico neppure ricorrere a una forma di contributo/assicurazione obbligatorio, come avviene in Germania. Come in

altri casi, non è la disponibilità finanziaria a mancare, quanto la volontà di mettere mano ad una razionalizzazione di una spesa non sempre efficiente ed efficace.

Note

¹ Cfr. ad esempio Igell C., Brandt M., K. Haberkern and M. Szydlik, Specialization between family and State. Intergenerational transfers in Western Europe, in *Journal of Comparative Family Studies*, 2009, 40, 2, 203-26; Naldini, M., Pavolini, E. and Solera, C., 2016, 'Female employment and elderly care: the role of care policies and culture in 21 European countries', *Work, Employment and Society*, doi: 10.1177/0950017015625602, 2016