



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

***PROPOSTE PER L'INTRODUZIONE
DI UN SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI***

Un contributo per il confronto

Roma, 1 marzo 2022

ORGANIZZAZIONI ADERENTI AL PATTO

Il Patto raggruppa gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta, dunque, della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

Acli - Associazioni cristiane lavoratori italiani, AGeSPI - Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive, AIP - Associazione Italiana Psicogeriatra, AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, A.L.I.Ce. Italia Onlus - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale, Alzheimer Uniti Italia Onlus, AMOR - Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione, ANAP Confartigianato Persone - Associazione Nazionale Anziani e Pensionati, A.N.N.A. – Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente, Assindatcolf - Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro, Associazione Apnoici Italiani - APS, Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0, Associazione Comitato Macula, Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, Associazione Prima la comunità, Associazione Respiriamo Insieme, A.R.I.S. - Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, Assoprevidenza - Associazione Italiana per la Previdenza Complementare, CARD ITALIA - Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti, CARER APS, Caritas Italiana, Cittadinanzattiva, CNA Pensionati, Confederazione Parkinson Italia, Consorzio MU.SA. - Consorzio Mutue sanitarie, Diaconia Valdese, F.A.I.S. - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati, Federazione Alzheimer Italia, Fimiv - Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria, FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, FNP CISL PENSIONATI, Forum Disuguaglianze Diversità, Forum nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'organo e di Volontariato, Forum nazionale del Terzo Settore, La Bottega del Possibile APS, Legacoopsociali, Movimento per l'invecchiamento attivo, diritti sociali e sanitari, Network Non Autosufficienza (NNA), Percorsi di secondo welfare, Professione in famiglia, S.I.G.G. - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, S.I.M.F.E.R. - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, SOS Alzheimer, SPI-CGIL - Sindacato Pensionati Italiani, UNEBA - Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale

INDICE

<i>Premessa</i>	4
<i>Sintesi</i>	5
<i>Una prospettiva europea</i>	15
<i>Le proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani</i> ..	22
<i>Le ragioni delle proposte</i>	49

Il testo è costruito nel modo seguente. La premessa spiega l'origine del documento e in che modo è stato elaborato. La sintesi ne riassume i messaggi e i contenuti. Successivamente, vengono delineate le principali direttrici delle proposte attraverso il confronto con l'esperienza europea. Si arriva così alla presentazione vera e propria delle proposte, suddivise in 5 sezioni e 23 paragrafi. Da ultimo, vengono illustrate le ragioni che motivano le proposte avanzate.

PREMESSA

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede la realizzazione di una riforma che introduca “un sistema organico di assistenza agli anziani non autosufficienti” in Italia. In questa fase, si sta avviando l’iter di definizione della riforma. Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza ha ritenuto utile portare il proprio contributo al percorso in atto elaborando alcune proposte che vengono presentate al Governo, al Parlamento, alle Regioni, ai Comuni e alle altre realtà sociali, nello spirito di costruttiva collaborazione che anima tutti i soggetti aderenti al Patto.

Il nostro è un documento di lavoro, sicuramente integrabile e migliorabile. È un testo aperto, concepito per contribuire al confronto tra i tanti attori interessati alla riforma. Il Patto ritiene, infatti, che una proficua collaborazione tra i diversi soggetti – nel rispetto dei ruoli di ognuno – rappresenti l’unica strada possibile per arrivare a una riforma all’altezza delle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Le proposte sono il frutto di un percorso ampiamente partecipato. Si è voluto così valorizzare il sapere concreto di cui sono portatrici le realtà del Patto, i cui componenti sono quotidianamente coinvolti – su molteplici versanti – nell’assistenza agli anziani non autosufficienti. Questo bagaglio di conoscenze è stato intrecciato con le competenze scientifiche di una rete di studiosi della materia. Le organizzazioni del Patto hanno lavorato nell’ambito di otto tavoli tematici, dedicati a singoli argomenti, e si sono confrontate sull’impianto complessivo delle proposte.

I tavoli tematici sono stati condotti da Sara Barsanti, Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Fabrizio Giunco, Franca Maino, Sergio Pasquinelli, Franco Pesaresi, Francesca Pozzoli e Costanzo Ranci, i quali hanno anche coordinato la stesura dei testi insieme a Paolo Da Col, Celestina Valeria De Tommaso, Marco Faini, Giovanni Lamura, Loredana Ligabue e Laura Pelliccia. Michela Biolzi ha curato l’organizzazione del lavoro e Rosemarie Tidoli la revisione formale dei testi; con loro ha collaborato Giselda Rusmini. Cristiano Gori ha svolto il coordinamento complessivo del progetto.

La preparazione delle proposte è stata resa possibile dal sostegno della Fondazione Cenci Galligani, alla quale il Patto esprime la propria gratitudine.

SINTESI

1. Un metodo per la riforma

La sintesi iniziale intende riassumere le proposte del Patto. Prima di farlo, però, è necessario soffermarsi sul metodo che, secondo noi, sarebbe auspicabile adottare nella progettazione della riforma. Solo compiendo scelte appropriate di metodo, infatti, sarà possibile costruire le condizioni per un fruttuoso lavoro di merito. Le questioni fondamentali sono due: unire le forze e non perdere tempo.

Unire le forze

A nostro parere, è necessario che i diversi soggetti in causa superino gli steccati delle rispettive titolarità per costruire insieme la riforma, valorizzando le competenze di ognuno. Ciò dovrebbe verificarsi a partire dagli attori che ne hanno la responsabilità primaria nel Governo: la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute. Riteniamo, nondimeno, che le competenze e le sensibilità espresse dal Parlamento dovrebbero trovare lo spazio adeguato. Auspichiamo, inoltre, il pieno coinvolgimento delle rappresentanze delle Regioni e dei Comuni, il cui ruolo è decisivo per la realizzazione degli interventi nel territorio. Sarebbe ugualmente consigliabile ascoltare la voce di chi, nella società italiana, è quotidianamente a contatto con la non autosufficienza, come le realtà del Patto e altre. L'assistenza agli anziani rappresenta un settore frammentato, che interessa molteplici soggetti: se questi non sapranno collaborare, la sfida della riforma rischia di essere persa in partenza.

Non perdere tempo

Unendo le forze, confrontandosi sui contenuti e valorizzando quanto elaborato sinora dai diversi attori interessati, è possibile procedere a passi spediti verso la definizione della riforma. L'obiettivo non può che essere il completamento del suo iter entro il termine della legislatura. I milioni di anziani e di famiglie coinvolti nel nostro Paese non possono aspettare: quella della non autosufficienza dovrebbe rappresentare una riforma qualificante dell'ultimo anno dell'attuale legislatura.

2. I messaggi delle proposte

Siamo all'inizio del cammino della definizione della riforma, i cui primi atti consisteranno nella presentazione del Disegno di Legge Delega da parte del Governo e nella successiva discussione in Parlamento. L'obiettivo di questa fase iniziale è quello di decidere l'impianto della riforma, cioè il suo disegno d'insieme, nel modo più coerente possibile. La declinazione operativa avverrà successivamente, per mezzo dei Decreti Delegati che attueranno la Legge Delega approvata dal Parlamento. In altre parole, ciò che conta adesso è delineare un solido progetto complessivo per l'assistenza agli anziani non autosufficienti del futuro in Italia. A nostro parere, sbagliare questo passaggio significherebbe aver già condannato al fallimento la riforma.

Le proposte qui illustrate provano a offrire un contributo all'elaborazione del disegno d'insieme. Giungere a un accordo tra le diverse realtà del Patto è stato più semplice di quanto la loro numerosità e l'eterogeneità delle rispettive prospettive non facessero immaginare all'inizio del percorso di confronto interno. Tale esito, a ben vedere, conferma un'impressione diffusa da tempo tra gli esperti, non solo quelli del Patto: l'esistenza di un significativo grado di consenso tra gli addetti ai lavori in merito alla direzione da imboccare per il cambiamento.

Le proposte vengono ora riassunte in cinque messaggi chiave e, successivamente, richiamate nei singoli contenuti.

Una riforma ambiziosa

Aspettiamo la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da oltre 20 anni. Intanto, quest'ultima è stata introdotta in gran parte dei Paesi europei: ovunque ha modificato in profondità il settore e lo ha rafforzato notevolmente. L'invecchiamento della popolazione e le diffuse criticità degli interventi pubblici indicano che, in Italia, un'azione di analoga portata non è più rinviabile. Si vuole, pertanto, realizzare una riforma ambiziosa, che sia all'altezza delle esigenze degli anziani e delle loro famiglie e tocchi ogni snodo di questo ambito del welfare: la governance, le risposte fornite e le modalità di finanziamento.

Dalla frammentazione a un solo sistema

Anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, oggi frammentate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire. Un simile contesto, evidentemente, non può che limitare in maniera strutturale la possibilità di fornire risposte appropriate alle esigenze della popolazione interessata. Per cambiare direzione è necessaria, innanzitutto, una nuova governance delle politiche per la non autosufficienza. Si propone, dunque, l'istituzione del Sistema Nazionale

Assistenza Anziani (SNA), fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici responsabili (Stato, Regioni, Comuni).

Diverse risposte per diversi bisogni

Le condizioni di non autosufficienza sono assai sfaccettate, per gravità e per tipologia (a partire dalle limitazioni fisiche o cognitive), e si modificano nel tempo. Per affrontarle efficacemente non bisogna puntare su singole misure bensì costruire una filiera di risposte, cioè un insieme d'interventi che siano differenziati e complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari ("badanti"). Questo è l'obiettivo dello SNA. Nell'ambito di tale filiera la priorità è attribuita agli interventi che promuovano la permanenza dell'anziano a domicilio, soluzione da preferire ogni qualvolta sia possibile.

Percorsi semplici e unitari

E' necessario semplificare l'accesso degli anziani all'assistenza pubblica ed evitare che le famiglie debbano – come oggi avviene – peregrinare tra una varietà di sportelli, luoghi e sedi. Nello SNA, pertanto, la possibilità di accedere a tutte le risposte pubbliche viene stabilita attraverso una sola valutazione iniziale ed è previsto un percorso unitario, chiaro e semplice, all'interno della rete del welfare. Anche i diversi interventi vengono forniti unitariamente – a differenza di quanto accade adesso – nel contesto di progetti assistenziali integrati, capaci di comporre insieme servizi di cura, prestazioni monetarie e sostegno informale.

La tutela pubblica della non autosufficienza

La tutela della non autosufficienza va riconosciuta quale responsabilità pubblica. Di conseguenza, lo SNA si fonda su un finanziamento pubblico atto ad assicurare il diritto all'assistenza (con una logica analoga a quella della sanità). Alla definizione del principio devono seguire azioni coerenti: lo SNA prevede, dunque, l'incremento dei fondi pubblici dedicati e – in particolare – di quelli per i servizi alla persona (domiciliari, semi-residenziali, residenziali), oggi palesemente inadeguati a garantire tale diritto.

3. I contenuti delle proposte

Le proposte si suddividono in 5 sezioni, che rappresentano le grandi aree tematiche in cui articolare la riforma. Dopo aver presentato la logica complessiva dello SNA, si affrontano: il percorso di anziani e famiglie nella rete del welfare, la filiera delle diverse risposte previste, il sistema di programmazione e governance e – infine – le modalità di finanziamento.

Natura e finalità dello SNA

- La riforma introduce il *Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA)*. Lo SNA è composto dall'*insieme di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni* – dedicate all'assistenza degli anziani (65 anni e +) non autosufficienti.
- Lo SNA si fonda sul *finanziamento pubblico* dei livelli essenziali rivolti agli anziani non autosufficienti. Lo SNA comprende i *livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)* e i *livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP)*, che vengono definiti e regolati contestualmente.
- Il funzionamento dello SNA si basa sul *governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti*, con il mantenimento delle titolarità istituzionali attualmente esistenti (siano esse statali, regionali o comunali). Lo SNA, pertanto, prevede *la piena collaborazione e il coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni*, nel rispetto delle competenze di ognuno.
- La programmazione, la progettazione e la realizzazione degli interventi dello SNA avvengono *in partnership tra l'ente pubblico e i molteplici soggetti privati che sono espressione dell'economia sociale e della comunità*.
- Lo SNA riconosce *le specificità degli adulti con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana*, prevedendo interventi idonei al loro ciclo di vita e alla tutela dei loro diritti e raccordandosi con la contemporanea riforma degli interventi in materia di disabilità.

Percorso unico

- Lo SNA intende rimuovere ogni ostacolo che possa ritardarne o impedirne l'accesso. Pertanto, il *Punto Unico di Accesso (PUA)*, collocato presso la Casa della Comunità, è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione che fornisce informazione, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata. *Anziani e famiglie possono rivolgersi direttamente all'equipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB) o arrivarci attraverso il PUA*, che li accompagna in questo passaggio e ne facilita così il contatto iniziale con lo SNA.
- Lo SNA si fonda sull'unitarietà dell'accesso. Dunque, *la possibilità di accedere all'insieme degli interventi dello SNA viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB)*. Non sono contemplati altri canali di primo accesso allo SNA. La VNB è realizzata dall'equipe SNA, un organo multidisciplinare con competenze sociali e sanitarie.
- Le funzioni della VNB sono: i) *valutare le condizioni degli anziani secondo un approccio multidimensionale*, con uno strumento valutativo di nuova generazione; ii) *determinare, di conseguenza, se gli anziani accedono allo SNA*; iii) per le persone ammesse e i loro caregiver, *definire quali misure ricevono fra quelle dello SNA di responsabilità dello Stato* (principalmente: prestazione universale di base/indennità di accompagnamento, agevolazioni fiscali, congedi e permessi di lavoro); iv) *trasmettere alle Unità di Valutazione Multidimensionale locali una solida base di conoscenze* su condizioni e necessità assistenziali degli anziani ammessi.
- Lo SNA prevede per anziani e famiglie *un percorso unico, chiaro e semplice, nell'intera rete del welfare*. Tale iter collega la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di titolarità statale, alla successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni. Fa parte dell'UVM personale sia delle Asl sia dei Comuni.
- Una volta effettuata la VNB, *gli anziani ammessi allo SNA vengono indirizzati all'Unità di Valutazione Multidimensionale competente per il loro territorio di residenza*. L'UVM svolge le proprie funzioni partendo dalle informazioni ottenute con la precedente VNB e integrandole come ritenuto necessario per i suoi specifici compiti.
- Le funzioni dell'UVM sono: i) *definire, per gli anziani e i loro caregiver, quali interventi ricevono fra quelli dello SNA di responsabilità di Regioni e Comuni, in forma di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) o di contributi economici*; ii) *attivare la*

procedura per l'elaborazione del Progetto assistenziale integrato (PAI), indicandone i criteri di appropriatezza. Il PAI è costruito dagli operatori responsabili della presa in carico dell'anziano in accordo con esso e con i familiari. Il PAI, inoltre, è elaborato attraverso lo strumento del budget di salute, che serve a ricomporre l'insieme dei sostegni e delle risorse disponibili in una risposta unitaria e appropriata.

- *I percorsi assistenziali integrati illustrati costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP). Sono definiti livelli essenziali di processo, per differenziarli da quelli di erogazione, che indicano gli interventi da fornire e sono presentati nella sezione successiva.*

Rete integrata delle risposte

- *Lo SNA s'incentra su un modello d'intervento orientato alla persona, basato sull'integrazione delle varie risposte disponibili – pubbliche e private, formali e informali – e sulla loro modulazione nel tempo in un continuum di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni dell'anziano e delle sue reti di supporto.*
- *Lo SNA si articola in una filiera organica di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza. La filiera si snoda attraverso i diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce la priorità alle risposte fornite a casa degli anziani. Gli interventi previsti sono elencati di seguito.*
- *I servizi domiciliari vengono forniti in modo integrato tra sanità (Asl) e sociale (Comuni). È individuato il case manager, punto di riferimento costante nel tempo per anziani, caregiver familiari e altri soggetti coinvolti. Viene assicurato un appropriato mix di prestazioni, a partire da servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana e azioni di affiancamento/supporto a caregiver familiari e assistenti familiari. Gli anziani ricevono assistenza per il tempo necessario, con una presa in carico di durata adeguata ai loro bisogni e un'opportuna intensità degli interventi (numero di visite per utente).*
- *Le Soluzioni Abitative di Servizio costituiscono l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani. Vi rientrano civili abitazioni, individuali, in coabitazione, condominiali o collettive, che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità alla vita agli anziani. Possono essere integrate da servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana,*

da servizi alla persona, da ausili tecnologici e da tecnologie assistive. Le Soluzioni Abitative di Servizio sono inserite a pieno titolo nella filiera degli interventi afferenti allo SNA.

- I *servizi semiresidenziali* offrono interventi complementari di sostegno a persone che vivono nella loro comunità territoriale, con risposte diversificate in base ai profili degli anziani. Oltre alle *attività di socialità e di arricchimento della vita*, possono fornire *prestazioni di mantenimento* a soggetti con rilevanti limitazioni nelle attività quotidiane e *cure estensive ad anziani con compromissione cognitiva o demenza*.
- Viene garantita la presenza di *servizi residenziali* che assicurino un'adeguata qualità e appropriatezza delle cure necessarie e promuovano la qualità della vita degli anziani residenti. Le strutture hanno *ambienti amichevoli, domestici e familiari, che tutelano la privacy*. *La presenza delle diverse professionalità viene opportunamente calibrata per numero e composizione*, in modo da assicurare l'intensità assistenziale necessaria e le risposte adatte ai molteplici profili degli anziani.
- La *Prestazione Universale per la Non Autosufficienza* assorbe l'indennità di accompagnamento. È un trasferimento monetario a cui si accede *esclusivamente in base al bisogno di cura (universalismo) e il suo valore è graduato secondo il livello di quest'ultimo*. La Prestazione Universale è *fruibile non solo come contributo economico senza vincoli di utilizzo* (com'è attualmente), *ma anche – in alternativa – per ricevere servizi alla persona (opzione che dà diritto a un importo superiore)*. Gli attuali beneficiari dell'indennità hanno la possibilità di mantenere la misura vigente oppure di optare per la nuova.
- Per remunerare le *assistenti familiari* regolarmente assunte si può ricorrere alla *Prestazione Universale per la Non Autosufficienza*, nella versione con importo maggiorato. Per il medesimo scopo, chi non beneficia della Prestazione ha diritto a *un'agevolazione fiscale semplificata e potenziata rispetto a oggi*. Si individuano *un profilo professionale nazionale di assistente familiare*, che ne definisce l'insieme di competenze necessarie, e il relativo iter formativo. Le Regioni promuovono *servizi per l'incontro tra la domanda e l'offerta* del lavoro privato di cura.
- Il *riconoscimento della funzione di cura del caregiver familiare* e l'obiettivo di *salvaguardarne le condizioni materiali e il benessere psico-sociale* sono trasversali all'intera architettura dello SNA. La *valutazione delle condizioni* dell'anziano è sempre accompagnata da quella della situazione *del caregiver familiare, che concorre alla definizione del PAI*. Sono previsti *specifici interventi a favore del caregiver familiare* per sostenerne l'impegno, rafforzarne le competenze di cura e favorire la conciliazione tra i tempi di cura, di vita e di lavoro.

- *Per le persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, gli interventi elencati sono opportunamente modificati al fine di riconoscerne le specificità, di garantire loro i massimi livelli di qualità di vita acquisiti e raggiungibili e di assicurare la continuità con i percorsi assistenziali già in atto, in una logica di inclusione sociale e di partecipazione attiva alla comunità.*
- *Gli interventi illustrati in questa sezione costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP); si tratta – come anticipato – dei livelli essenziali di erogazione.*

Programmazione e governance

- Al fine di rendere effettivo il governo congiunto dei processi e degli interventi – sociali e sanitari – dedicati alla non autosufficienza è previsto un sistema multilivello di governance istituzionale, che *ricompon*e in organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte nello SNA.
- Viene istituita la *Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, composta da rappresentanti dei Ministeri interessati, delle Regioni, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il *Piano nazionale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente. Il Piano – per quanto concerne le competenze nazionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza: sociali (Comuni), sociosanitari (Regioni) e trasferimenti monetari statali.
- In ogni Regione viene costituita la *Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, composta da rappresentanti della Regione, delle Asl, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il *Piano regionale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quello nazionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze regionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.
- In ogni Ambito sociale/Distretto sanitario viene costituita la *Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, con rappresentanti di Ambito, Comuni, Asl e Distretto. La Rete elabora il *Piano territoriale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quelli nazionale e regionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze territoriali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.

- Ciascun livello della governance istituzionale promuove *la partecipazione attiva della comunità all’elaborazione dei Piani integrati per la non autosufficienza*, avvalendosi del contributo di associazioni e organizzazioni, e del dialogo sociale con i sindacati.
- Per perseguire l’integrazione operativa delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto la *piena e strutturale integrazione tra Distretto sanitario e Ambito sociale*. Questa è resa possibile dalla *coincidenza geografica* tra Ambito e Distretto e dalla completa attivazione di entrambi, prevedendo le misure necessarie a tali scopi. Si basa sulla *programmazione integrata*, sul *governo congiunto*, sul *coordinamento operativo* e sulla *predisposizione di un budget unitario* in materia di non autosufficienza.
- La governance è sostenuta attraverso *un robusto investimento sulla conoscenza utile alle decisioni*. È istituito il *sistema informativo per la non autosufficienza*, che si sviluppa valorizzando e connettendo quelli oggi esistenti per le varie misure afferenti allo SNA, integrati raccogliendo gli ulteriori dati necessari. Il sistema informativo alimenta il nuovo *sistema di monitoraggio della non autosufficienza*, che elabora i dati raccolti traducendoli in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte assistenziali.
- Si attiva la Griglia Fabbisogni Risposte, che concorre alla governance del sistema. Per ogni contesto locale, *la Griglia mette a confronto i diversi profili di fabbisogno assistenziale degli utenti* (valutati attraverso la Valutazione Nazionale di Base) e *gli interventi rispettivamente ricevuti* (rendicontati grazie al monitoraggio). Tale comparazione mira a individuare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte delle Regioni, dei Distretti e degli Ambiti – per i diversi target di utenza – e a stabilire azioni a tal fine.

Modalità di finanziamento

- Lo SNA si fonda sul *finanziamento pubblico dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti*. *Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza*, riguardanti le filiere delle *politiche sanitarie*, delle *politiche sociali* e delle *prestazioni monetarie nazionali*.
- Per assicurare il finanziamento strutturale dello SNA *vengono individuate ulteriori misure a carico della finanza pubblica*, così da garantire l’adeguatezza delle risposte assistenziali rispetto al fabbisogno della popolazione anziana e da consentire la piena attuazione dei livelli essenziali.

- *La definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi inclusi nello SNA avvengono in modo contestuale, unitario e integrato, nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance.*
- *L'adeguato finanziamento degli interventi pubblici è accompagnato da opportune regole per determinare il contributo degli utenti al loro costo. Lo SNA, dunque, definisce *rette eque e sostenibili a carico degli anziani nei presidi residenziali e semiresidenziali*. Al tal fine, si prevede *una revisione complessiva della materia delle rette*. Quest'ultima riguarda anche il *coinvolgimento economico delle famiglie di anziani ospiti delle strutture residenziali*, stabilendone la corretta entità *al fine da evitarne l'impoverimento*.*
- *Lo SNA è affiancato da un secondo pilastro integrativo, con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali. I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza adottano *logiche mutualistiche e solidaristiche* e possono offrire servizi e/o rendite. Si prevede *l'attivazione della copertura e dei costi in età attiva, in maniera continuativa, su base collettiva e ancorata alla contrattazione*, e un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva, con accantonamento di capitali.*

UNA PROSPETTIVA EUROPEA

La popolazione del nostro Paese è, notoriamente, tra le più longeve al mondo. Questo traguardo, certamente positivo, porta tuttavia con sé anche una serie di sfide, tra cui quella, centrale, di riuscire ad assicurare un'assistenza adeguata al grande numero di cittadini in tarda età che, per motivi di salute o di anzianità, incorrono in compromissioni più o meno gravi dell'autosufficienza. La portata di tale sfida è stata di recente resa palese e ulteriormente acuita dalla pandemia da COVID-19, che ha evidenziato nell'ambito del nostro sistema di assistenza alla popolazione anziana fragile una serie di debolezze strutturali. Alla luce di tali criticità, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha riconosciuto l'urgenza di procedere ad una riforma complessiva degli interventi in questo settore, al fine di migliorarne l'efficacia e la sostenibilità per il futuro.

In altri paesi europei, il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) è stato oggetto di approfondite riforme nazionali in anni più o meno recenti - nel 1994 in Germania, nel 2002 in Francia, nel 2006 in Portogallo e Spagna, nel 2011 in Austria, per parlare solo dei paesi del centro-sud europeo – a differenza di quanto accaduto in Italia, dove non si registrano rilevanti modifiche a livello nazionale ormai da decenni. Tra i principali trend che caratterizzano le riforme adottate in Europa spiccano il generale rafforzamento dei servizi domiciliari rispetto a quelli residenziali; il miglioramento dell'accessibilità alla rete di assistenza, con la semplificazione delle procedure e la valorizzazione del ruolo dei caregiver informali (i familiari dei non autosufficienti); e il consolidamento della sostenibilità finanziaria del sistema nel suo complesso.

Alla luce di queste tendenze internazionali, ogni tentativo di riforma operato nel contesto italiano, anche al fine di realizzare quanto previsto dal PNRR, dovrà necessariamente tener conto di una serie di peculiarità. Prima di esaminare quelle che riguardano il sistema dell'offerta di assistenza, va sottolineato un fattore fondamentale sul versante della domanda, ovvero l'elevato livello che questa raggiunge nel nostro paese. I dati ISTAT più recenti indicano che in Italia tra gli ultrasessantacinquenni – la fascia di età in cui si concentra la gran parte delle persone non autosufficienti – vi sono 2,7 milioni di persone che presentano gravi difficoltà motorie e/o compromissioni dell'autonomia nello svolgere le normali attività della vita quotidiana¹. Ciò non stupisce, se si pensa che in Italia la quota di popolazione con oltre 65 anni, pari al 23% del totale, raggiunge il livello massimo tra quelli registrati tra gli stati membri dell'Unione Europea². Grazie a condizioni di salute parzialmente migliori (soprattutto rispetto ai paesi dell'Est Europa), prima dello scoppio della pandemia gli over 65 residenti a domicilio con forti necessità di cura della

¹ ISTAT (2021), *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria. Anno 2019. Rapporto commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana*. Roma (<https://www.istat.it/it/archivio/258319>).

² EUROSTAT (2021) *An ageing population*. Brussels (<https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/bloc-1c.html?lang=en>).

persona o della casa sfioravano nel nostro Paese il 30%, un valore in linea con quelli europei³. In merito va considerata l'esistenza di una notevole differenziazione di genere, conseguente alla maggior longevità femminile, per cui tali bisogni di assistenza riguardavano quasi il 37% delle donne over 65 e meno del 20% dei loro coetanei maschi. Negli ultimi due anni la pandemia, com'è noto, ha colpito duramente la popolazione anziana italiana, riducendone la speranza di vita più di quanto non sia accaduto in media negli altri paesi⁴. Per quanto riguarda l'offerta di assistenza, in Italia si riscontrano diverse peculiarità che rendono urgente un intervento di riforma complessiva del settore, come ben evidenziato dal PNRR. Lasciando alla proposta sotto presentata un'illustrazione più dettagliata, ne vengono qui delineati sinteticamente gli elementi fondamentali.

1. Un aspetto che accomuna la gran parte delle riforme adottate da altri paesi europei nell'ultimo periodo è quello di aver considerato l'assistenza alla non autosufficienza come **un settore distinto del welfare state**, ritagliandogli un ruolo specifico e autonomo, che va ad aggiungersi e a raccordarsi con i sistemi di servizi e di interventi sanitari, sociali e previdenziali già esistenti⁵. Adottare un simile approccio è ancor più urgente nel quadro italiano, alla luce della sua frammentazione (cfr. punto successivo) e della scarsa integrazione dei processi di programmazione attuati dai diversi livelli di governance (cfr. punto 8 sotto). Questo aspetto viene affrontato nella prima parte della proposta, che presenta la natura e le finalità dell'istituendo Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA).
2. Un tratto distintivo del sistema italiano, salvo rare eccezioni, è la **frammentarietà dei servizi e degli interventi erogati**⁶. Ciò riguarda sia la tipologia di interventi (sanitari, sociali e socio-assistenziali), sia l'organizzazione che li eroga (Comune, ASL o altro ente da questi incaricato, per quanto attiene ai servizi in natura; INPS, Regione o Comune, per le provvidenze economiche e gli assegni di cura). Da questo stato di cose scaturisce l'esistenza di una varietà di modalità e di punti di accesso, che rende spesso difficile al cittadino non autosufficiente (e ai suoi famigliari caregiver) chiedere e fruire dei vari supporti, tanto più se si considera la condizione di bisogno che lo caratterizza. Sebbene tale elemento di debolezza emerga anche in altri paesi europei, da noi raggiunge un grado particolarmente allarmante, soprattutto in alcune Regioni. L'**unificazione delle procedure di accesso** rappresenta pertanto un tassello strategico, ineludibile ed essenziale per una riforma del settore, anche allo scopo di ridurre le **forti disuguaglianze geografiche** che tradizionalmente caratterizzano l'offerta assistenziale nel

³ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 34 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

⁴ OECD (2021) *Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Highlights for Italy*. Paris (<https://www.oecd.org/italy/health-at-a-glance-Italy-EN.pdf>).

⁵ Rothgang H., Fischer J., Sternkopf M., Dotter L.F. (2020) *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema (<https://www.socialpolicydynamics.de/f/2483ea052c.pdf>).

⁶ Bertoni F. (2018) *La frammentazione delle risorse del welfare italiano*, Welforum, 5 giugno (<https://welforum.it/la-frammentazione-delle-risorse-del-welfare-italiano/>).

nostro Paese⁷. Su questo tema verte la seconda parte della proposta, riguardante l'accesso unico nello SNA e il percorso unitario nella rete del welfare.

3. Quali che siano i servizi di assistenza erogati a fronte della condizione di non autosufficienza, nella maggioranza dei paesi europei più avanzati è presente un **sistema standardizzato di valutazione del fabbisogno assistenziale**, regolato a livello nazionale e/o concordato tra i vari attori operanti a livello locale⁸. Questo approccio differisce profondamente da quello vigente in Italia, dove le procedure di valutazione per l'assegnazione dell'indennità di accompagnamento – l'intervento nazionale principale del settore, per risorse finanziarie erogate e platea di beneficiari – vengono espletate senza far riferimento ad alcuno strumento standardizzato, lasciando ampia discrezionalità alle commissioni ASL incaricate di accertare i requisiti richiesti per poterne beneficiare⁹. Strettamente collegato a questo aspetto, seppur concettualmente distinto, è che l'esito dell'iter di valutazione di cui al punto precedente si limita a due soli possibili alternative – “sì” o “no” rispetto al raggiungimento del 100% di invalidità – poiché in Italia tali procedure individuano un unico livello di bisogno (quello massimo), senza alcuna graduazione intermedia. In tutti gli altri Paesi europei, al contrario, i livelli assistenziali determinati in sede di accertamento variano da un minimo di tre ad un massimo di quindici, e consentono così di **modulare le prestazioni erogate in funzione del diverso grado di bisogno riscontrato**¹⁰. Questo aspetto, assieme a quello inerente la necessità di standardizzare il processo di valutazione del fabbisogno di cui sopra, viene affrontato nella seconda parte della proposta, attraverso l'introduzione della Valutazione Nazionale di Base, da considerare congiuntamente alla trasformazione dell'indennità di accompagnamento nella nuova prestazione universale per la non autosufficienza (illustrata nella terza parte).
4. La sopracitata tendenza internazionale a dare **priorità all'assistenza domiciliare** è stata implementata soprattutto nei paesi dove gli investimenti per rafforzare l'aiuto a casa sono stati sufficientemente robusti. In Italia, la percentuale di persone con elevate necessità di cura che ricevono servizi di assistenza domiciliare appare superiore alla media europea (28% rispetto al 22%). Questo dato nasconde, tuttavia, il fatto che l'intensità di tali sostegni, in termini di frequenza e numero di ore, è nel nostro paese ben più ridotta (spesso limitandosi a pochissimi,

7 Pelliccia L. (2021) *Politiche per la non autosufficienza e politiche per la cronicità*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 193-220 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).

⁸ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag.39 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

⁹ Gori C. e Gubert E. (2021) *L'indennità di accompagnamento*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 83-100 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).

¹⁰ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 39 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

brevi accessi a settimana)¹¹, e finisce quindi con l'essere decisamente inadeguata a soddisfare i bisogni degli utenti¹². Ciò è avvalorato dal fatto che, nell'ambito dell'UE, i cittadini italiani sono coloro che più spesso motivano il mancato utilizzo dell'assistenza domiciliare con l'assenza di tale servizio nel loro territorio (lo riferisce quasi un italiano su tre, rispetto ad una media europea intorno al 10%); circa un terzo, inoltre, dichiara di non poterselo permettere per insufficienti risorse finanziarie (motivo addotto dal 35% degli italiani)¹³. La centralità attribuita alle risposte fornite al domicilio attraversa l'intera proposta ed è oggetto del paragrafo 6, nella terza parte, dove si trovano anche altre sezioni che costruiscono le condizioni necessarie alla loro realizzazione (come quello sulle condizioni abitative, tema cruciale ma in Italia ancora largamente sottovalutato).

5. Tradizionalmente, in Italia si registra un **basso tasso di copertura del fabbisogno assistenziale tramite servizi residenziali e semi-residenziali**: la percentuale di posti letto in strutture residenziali si attesta infatti intorno al 2% della popolazione over 65¹⁴, un dato che si colloca ben al di sotto di quanto fanno registrare i principali paesi a welfare avanzato¹⁵. La pandemia da COVID-19 ha colpito duramente questo settore, mettendone in luce le debolezze e la subalternità, non dichiarata ma evidenziata da alcune fatali scelte gestionali operate nelle fasi pandemiche iniziali, nei confronti di altri ambiti del sistema assistenziale (ad esempio quello del trattamento delle acuzie). Il forte impatto della pandemia sugli ospiti delle strutture assistenziali non è fenomeno solo italiano¹⁶; tuttavia, la carenza di dati dettagliati inerenti alla popolazione assistita nelle residenze preclude approfondimenti tesi a comprendere con chiarezza i suoi effetti e, soprattutto, le criticità da superare per evitarne il ripetersi¹⁷. La riforma del settore, pur

¹¹ Noli M. (2021) *I servizi domiciliari*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 33-52 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).

¹² Fosti G. e Notarnicola E. (a cura di) (2019), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Rapporto Cergas. Milano, Egea.

¹³ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag.35 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

¹⁴ Brenna E. (2021) *Assistenza Residenziale: le risposte del SSN ai bisogni degli anziani. Capitolo 7*. In: F. Spandonaro, D. d'Angela, B. Polistena (a cura di) *Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*. 17° Rapporto Sanità. CREA Sanità, Roma, pagg. 293-318 (<http://sanitask.it/wp-content/uploads/2022/01/Rapporto-integrale.pdf>).

¹⁵ Da Roit B. e Ranci C. (2021) *La riforma del Long-term care e il PNRR*. In Istituto per la Ricerca Sociale (a cura di) *Verso un welfare più forte, ma davvero coeso e comunitario? Sezione 2.3*. Milano (<https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/la-riforma-del-long-term-care-e-il-pnrr/>).

¹⁶ Heneghan C., Dietrich M., Brassey J., Jefferson T., Kay A.J. (2021) *CG Report 6: Effects of COVID-19 in Care Homes - A Mixed Methods Review*. Collateral Global. Version 1. University of Oxford (<https://collateralglobal.org/article/effects-of-covid-19-in-care-homes/>).

¹⁷ Perobelli E., Berloto S., Notarnicola E., Rotolo A. (2021) *L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero*. In: G. Fosti, E. Notarnicola, E. Perobelli (a cura di) *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia*. 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Rapporto Cergas. Milano, Egea, pagg. 79-104 (<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/2019-2020%20report%20Le%20prospettive%20per%20il%20sistema%20socio-sanitario%20oltre%20la%20pandemia.%20Terzo%20rapporto%20Osservatorio%20Long%20Term%20Care%2C%20Egea%2C%202021.pdf>).

improntata alla menzionata priorità di sviluppo dei servizi domiciliari, non potrà prescindere da quanto avvenuto e dovrà quindi necessariamente spingere verso una forte riqualificazione (in termini di risorse, personale e standard di qualità) delle varie tipologie di servizi residenziali e semi-residenziali, ad integrazione e in continuità con quelli erogati a domicilio. Gli interventi di natura residenziale e semi-residenziale sono affrontati nella terza parte della proposta.

6. Una componente che riveste ormai nel nostro Paese un'importanza sistemica, e che ciononostante rimane spesso relegata ai margini del dibattito politico sulla revisione del settore, è quella del **lavoro di cura prestato dalle assistenti familiari (cosiddette “badanti”)**, prevalentemente donne assunte privatamente per la cura della casa o della persona non autosufficiente¹⁸. Le dimensioni del fenomeno, di difficile stima perché caratterizzato da un elevato grado di irregolarità contrattuale, raggiungono in Italia i valori più elevati del panorama europeo, che ne vede comunque una notevole diffusione anche in Spagna, Grecia, Austria e Germania. Tener conto di questa realtà diventa dunque ineludibile nell'ambito di qualsiasi tentativo di riforma del settore che abbia l'ambizione di considerarsi strutturale. Tra gli aspetti che con maggiore urgenza necessitano di un'azione regolatrice vanno certamente menzionati l'emersione del lavoro irregolare e la sua qualificazione e integrazione all'interno dell'attuale rete di servizi formali. Il tema è toccato nella terza parte della proposta, attraverso l'incentivo promosso dalla nuova Prestazione universale per la non autosufficienza ad assumere assistenti familiari regolari, e la previsione di vari altri interventi.
7. L'altra colonna portante del sistema italiano di cura dei non autosufficienti, anch'essa talmente strutturale e scontata che finisce per essere spesso trascurata dagli interventi e dai servizi esistenti, è quella dei **caregiver familiari**. Queste figure, prevalentemente donne, nel nostro paese si riscontrano più frequentemente rispetto alla media europea; inoltre, nonostante la loro presenza numerica non sia molto superiore, lo è intensità delle cure che assicurano, ben più rilevante di quella fornita nella gran parte dei paesi membri dell'UE¹⁹. Da ciò discende la necessità di potenziare le misure a loro sostegno, ancora scarse e frammentarie²⁰, superando l'attuale dicotomia tra i caregiver lavoratori (ai quali sono riservati, tra le altre cose, i permessi e i congedi, anche retribuiti, previsti dalla legge 104 del 1992) e i non lavoratori, spesso coniugi in età anziana. A differenza di altri Paesi, questi ultimi in Italia possono contare solo su un riconoscimento modesto, tardivo e parziale, e di conseguenza anche i servizi di supporto loro dedicati sono limitati, se non del tutto assenti. La promozione di una variegata e più significativa

¹⁸ Pasquinelli S. e Pozzoli F. (2021) *Badanti dopo la pandemia*. Quaderno WP3 del progetto “Time to care”. Milano (<http://www.qualificare.info/upload/RAPPORTO%20BADANTI%202021.pdf>).

¹⁹ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pagg. 79-80 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

²⁰ Pesaresi F. (2021) *Il sostegno ai caregiver*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 119-138 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).

offerta di servizi di supporto specificamente rivolti ai caregiver familiari per colmare questa lacuna viene approfondita nella terza parte della proposta.

8. A causa di quella frammentazione del sistema cui si faceva cenno in apertura, da questa carrellata non può mancare l'invito a riesaminare profondamente e a potenziare i **meccanismi di programmazione integrata** tra compiti sussidiari di Stato, Regioni e Comuni. Inevitabilmente ciò comporterà una altrettanto approfondita revisione delle procedure di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza erogata, nonché dei percorsi di addestramento e formazione del personale del settore. A tal fine, sono utili gli insegnamenti provenienti dai sistemi programmatori di paesi in parte simili al nostro, ad esempio la Spagna, dove la riforma del 2006, piuttosto che sviluppare e implementare un sistema completamente nuovo²¹, ha cercato di migliorare e razionalizzare i meccanismi e le procedure già in atto in materia di assistenza alla popolazione non autosufficiente. La quarta parte della proposta si compone di una serie di paragrafi volti a migliorare l'assetto e il funzionamento delle attività di programmazione e governance del welfare; vengono presi in considerazione sia i vari livelli coinvolti (nazionale, regionale e locale), sia i compiti di programmazione, monitoraggio e gestione del sistema informativo che queste attività comportano.

9. Come **finanziare la spesa** per gli interventi su cui questo processo di riforma necessariamente dovrà poggiarsi? Il confronto internazionale mostra l'insufficienza della spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti in Italia rispetto ai Paesi europei dotati di evolute politiche di welfare. Le comparazioni, inoltre, segnalano il particolare ritardo italiano nelle risorse destinate ai servizi alla persona (domiciliari, semi-residenziali e residenziali)²², i quali nel nostro Paese riescono complessivamente a raggiungere solo il 40% di coloro che potenzialmente ne avrebbero bisogno²³, spesso con risposte troppo circoscritte. Per superare questa situazione è necessario e inevitabile incrementare i finanziamenti pubblici dedicati al settore. Nella gran parte dei paesi, l'assistenza agli anziani non autosufficienti è assicurata da servizi e interventi afferenti al settore sanitario e sociale. Recentemente, tuttavia, si tende sempre più a considerare tale ambito come un ramo a sé stante del sistema di welfare; ne sono un esempio le riforme più organiche avvenute in Germania dopo la riunificazione (con l'istituzione di un'assicurazione sociale per la non autosufficienza, finanziata da una tassa di scopo sui redditi da lavoro e da impresa e più volte emendata negli

²¹ Aguilar-Hendrickson M. (2020) *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?* International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 40 No. 11/12, pp. 1301-1317 (<https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2019-0043>).

²² Si veda la bibliografia presentata nelle ragioni a sostegno del paragrafo 22 della proposta ("Il finanziamento pubblico dello SNA").

²³ European Commission (2021) *The 2021 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. European Economy Institutional Paper 148. Luxembourg, Publications Office of the European Union, p. 142 (https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en).

anni)²⁴, e in Spagna nel 2006 (dove, nonostante le difficoltà d'implementazione, nel corso del tempo si è registrato un significativo ampliamento sia degli investimenti nel settore sia della platea dei beneficiari)²⁵. Un'altra soluzione che si sta affacciando nel panorama internazionale è l'attivazione di un secondo pilastro integrativo: questo strumento, facendo leva su forme di assicurazione privata a sostegno del tradizionale ruolo svolto dall'attore pubblico, cerca di favorire una maggior responsabilizzazione dei cittadini sulle necessità di organizzarsi per tempo per individuare risposte personalizzate e adeguate al rischio di non autosufficienza, rendendo così più sostenibile il complesso delle risposte pubblico-private per fronteggiarlo²⁶. Questo orientamento, che in altri paesi come la Francia è una realtà già consistente, è ancora poco diffuso in Italia. Proprio il caso francese mette in luce un punto chiave: il secondo pilastro integrativo può svilupparsi solo una volta che siano definiti con chiarezza il perimetro e la robustezza del primo pilastro, quello pubblico. Questo aspetto, nonché le modalità di finanziamento del sistema, sono oggetto della quinta e ultima parte della proposta.

Nelle pagine seguenti, i vari elementi citati verranno ripresi proponendo una serie di interventi di riforma il cui complesso mira a tradurre il concetto costituzionale di solidarietà in azioni concrete, tese a rafforzare il sistema di tutela dei diritti e della dignità della persona anziana non (più) autosufficiente, e a concretizzare così quanto previsto dal PNRR.

²⁴ Link S. (2019) *Long-term care reform in Germany – at long last*. British Actuarial Journal, 24. (<https://doi.org/10.1017/S1357321719000096>).

²⁵ Aguilar-Hendrickson M. (2020) *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?*. International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 40 No. 11/12, pp. 1301-1317 (<https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2019-0043>).

²⁶ Maino F. e Razetti F. (2019) *Un rinnovato protagonismo per stakeholder e corpi intermedi? Il secondo welfare, tra evoluzioni concettuali e sviluppi empirici*. In: F. Maino e M. Ferrera (a cura di) Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia. Torino, Giappichelli Editore, pagg.23-48 ([https://www.secondowelfare.it/wp-content/uploads/2019/11/Quarto Rapporto sul secondo welfare.pdf](https://www.secondowelfare.it/wp-content/uploads/2019/11/Quarto_Rapporto_sul_secondo_welfare.pdf)).

LE PROPOSTE PER L'INTRODUZIONE DEL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI

NATURA E FINALITÀ DELLO SNA

1 – IL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI (SNA)

1. La riforma introduce il “Sistema Nazionale Assistenza Anziani” (SNA). Lo SNA è composto dall'insieme di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti.

2. Lo SNA si fonda sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali rivolti agli anziani non autosufficienti. Lo SNA comprende i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP), che vengono definiti e regolati contestualmente.

3. La programmazione, la progettazione e la realizzazione degli interventi dello SNA avvengono attraverso la partnership tra l'ente pubblico e le molteplici realtà private che sono espressione dell'economia sociale e della comunità, anche valorizzando gli strumenti previsti dall'art. 55 del D.Lgs 117/2017. Lo SNA riconosce, valorizza e sostiene l'operato dei soggetti privati, formali e informali, impegnati nell'assistenza agli anziani.

4. Ai fini della presente normativa, vengono definiti anziani coloro i quali hanno almeno 65 anni di età. E' definita non autosufficienza la condizione bio-psico-sociale conseguente a disabilità – di natura mentale (cognitiva), fisica (motoria) e/o sensoriale – che nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana induce nell'individuo uno stato di dipendenza permanente da terzi, non influenzata dalla presenza di eventuali protesi o ausili in uso.

5. Vengono collocate nello SNA le seguenti misure oggi in vigore, quando riferite all'assistenza della popolazione anziana non autosufficiente: (i) servizi e interventi sociosanitari, (ii) servizi e interventi sociali, (iii) indennità di accompagnamento, (iv) agevolazioni fiscali, (v) misure a sostegno dei caregiver familiari, (vi) regolazione dell'attività delle assistenti familiari.

6. Il funzionamento dello SNA si basa sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle misure menzionate, che mantengono le titolarità istituzionali attualmente esistenti (siano esse

statali, regionali o comunali). Lo SNA, pertanto, poggia sui principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni, nel rispetto delle competenze di ognuno.

7. Il governo unitario e la realizzazione congiunta delle misure dello SNA riguardano le seguenti funzioni: i) accesso, ii) valutazione delle condizioni dell'anziano, iii) progettazione personalizzata delle risposte, iv) erogazione delle risposte, v) programmazione delle politiche e dei relativi finanziamenti, vi) monitoraggio e valutazione delle politiche.

8. Lo SNA riconosce le specificità degli adulti con disabilità sorte in precedenza che diventano anziani, prevedendo interventi idonei al loro ciclo di vita e alla tutela dei diritti sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La presente riforma, pertanto, è coordinata con la Legge 22/12/2021 n. 227 ("Delega al governo in materia di disabilità").

9. Al fine di assicurare l'appropriatezza, l'integrazione e la continuità dei processi e degli interventi riguardanti gli anziani non autosufficienti, la presente riforma è coordinata con quella della sanità territoriale, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (missione 6, componente 1).

2 – LE FINALITÀ DELLO SNA

Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA) persegue le seguenti finalità:

1. Diritto all'assistenza. Garantire a ogni anziano non autosufficiente il diritto a un'assistenza pubblica che gli consenta la miglior qualità di vita possibile nelle sue condizioni.

2. Adeguatezza delle risposte. Prevedere la presenza di una filiera d'interventi consoni alle esigenze della popolazione anziana non autosufficiente e appropriati per i suoi differenti profili.

3. Unitarietà delle risposte. Offrire a tutti i cittadini coinvolti risposte unitarie e integrate, durante ogni fase della non autosufficienza.

4. Continuità delle risposte. Realizzare la continuità dell'assistenza nel corso del tempo e rispetto all'evoluzione delle condizioni dell'anziano.

5. Cure multidimensionale. Seguire il paradigma del care multidimensionale, costruendo risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulle effettive condizioni dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e sulle sue relazioni.

6. Equità. Assicurare le medesime risposte nell'intero territorio nazionale, a parità di condizioni degli interessati (equità orizzontale); offrire risposte differenziate al variare della situazione delle persone coinvolte, sostenendo maggiormente i casi più critici (equità verticale).

7. Tutela di chi cura. Garantire le opportune condizioni materiali e di benessere psico-sociale alle famiglie degli anziani e a tutti coloro i quali sono impegnati – informalmente o in modo retribuito – nella loro cura.

8. Proiezione verso il futuro. Definire non solo azioni realizzabili nel breve e nel medio periodo ma anche una visione di lungo periodo, capace di guidare gli sforzi di tutti i soggetti coinvolti nel settore.

PERCORSO UNICO

3 – L'ACCESSO UNICO

1. Lo SNA intende rimuovere ogni ostacolo che possa ritardarne o impedirne l'accesso. Pertanto, il Punto Unico di Accesso (PUA), collocato presso la Casa della Comunità, è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione che fornisce informazione, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata. Anziani e famiglie possono rivolgersi direttamente all'equipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB) oppure arrivarci attraverso il PUA, che li accompagna in questo passaggio e ne facilita così il contatto iniziale con lo SNA.

2. Lo SNA si fonda sul principio dell'unitarietà dell'accesso. Dunque, la possibilità di accedere all'insieme degli interventi dello SNA viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB). Non sono previsti altri canali di primo accesso allo SNA.

3. La Valutazione Nazionale di Base (VNB) valuta le condizioni dell'anziano secondo un approccio multidimensionale (fondato sull'analisi delle dimensioni motorie, cognitive, cliniche, dei livelli di fragilità e di vulnerabilità sociale, dei profili di rischio), basato su uno strumento valutativo standardizzato di nuova generazione. Attraverso la VNB viene stimato il fabbisogno assistenziale dell'anziano. La VNB viene realizzata dall'Equipe SNA, un organo multidisciplinare con competenze sociali e sanitarie. La composizione dell'Equipe SNA e lo strumento valutativo utilizzato sono definiti a livello nazionale.

4. Le funzioni della Valutazione Nazionale di Base (VNB) sono:

- a. determinare la possibilità di accedere allo SNA: questo è un diritto di tutti coloro il cui fabbisogno assistenziale risulti al di sopra di una soglia individuata a livello nazionale. L'esito positivo certifica l'eleggibilità dell'interessato agli interventi previsti nel Sistema Nazionale Assistenza Anziani;
- b. suddividere gli anziani ammessi allo SNA in profili omogenei di fabbisogno assistenziale, secondo le loro specifiche condizioni. In seguito alla VNB ogni anziano avente diritto viene collocato in un dato profilo – di livello crescente all'aumentare del fabbisogno assistenziale – e sono individuate le sue necessità di supporto nei diversi ambiti dell'esistenza;
- c. stabilire, per le persone ammesse e per i loro caregiver, la possibilità di ricevere le misure dello SNA di responsabilità dello Stato, che sono principalmente: prestazione universale per la non autosufficienza/indennità di accompagnamento, agevolazioni fiscali, benefici ex legge 104/92, congedi e permessi di lavoro. I criteri che definiscono la fruizione di tali prestazioni sono definiti a livello nazionale;
- d. alimentare il sistema informativo per la non autosufficienza, in modo da favorire la misura epidemiologica della consistenza delle popolazioni con diverso livello di fabbisogno assistenziale e supportare con dati oggettivi la programmazione dei servizi e l'allocazione dei fondi;
- e. trasferire le informazioni ottenute alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) locali, che possono così disporre di una solida base di informazioni utili alla definizione del Progetto assistenziale integrato (PAI), integrabili con quelle ulteriori che si riterrà di raccogliere in relazione alla tipologia dei bisogni, alle risorse personali e contestuali, alle richieste di persone e famiglie e ai servizi che si riterrà di proporre alla loro accettazione.

5. Per tutti i nuovi casi, sono definiti tempi certi entro i quali la VNB deve essere realizzata. Per le situazioni di comprovata urgenza, inoltre, le Regioni possono prevedere un iter accelerato – in deroga alle procedure abituali – per accedere allo SNA e ricevere i diversi interventi disponibili.

6. Le Regioni possono individuare come soglia di accesso allo SNA un livello di fabbisogno assistenziale più basso di quello previsto dallo Stato, in modo da includere un numero superiore di soggetti negli interventi di competenza regionale e comunale. Per quelli di titolarità statale resta valida la soglia definita a livello nazionale.

4 – L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

1. Lo SNA prevede per anziani e famiglie un percorso unico, chiaro e semplice, nell'intera rete del welfare. Tale percorso collega la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di titolarità statale, alla

successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Regioni e Comuni.

2. Una volta effettuata la VNB, gli anziani ammessi allo SNA vengono indirizzati all'Unità di Valutazione Multidimensionale competente per il loro territorio di residenza. All'UVM sono trasmesse le informazioni raccolte attraverso la VNB.

3. L'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge la propria valutazione del caso. Questo passaggio viene facilitato dalle informazioni ottenute con la precedente VNB, integrate da quelle ulteriori ritenute necessarie in base alle condizioni dei diversi anziani e agli approfondimenti legati alla possibile fruizione di servizi e interventi di competenza regionale e comunale.

4. La composizione e le modalità operative delle UVM locali sono stabilite dalle Regioni; deve obbligatoriamente farne parte personale sia delle ASL sia dei Comuni.

5. Lo strumento valutativo utilizzato dalle UVM può essere lo stesso impiegato nella VNB o uno differente. In quest'ultima eventualità, è compito delle Regioni fare in modo che le informazioni così raccolte alimentino il flusso di dati nazionale fondato sulla strumentazione della VNB.

6. Le funzioni delle UVM sono:

- a. determinare la possibilità, per gli anziani e i loro caregiver, di ricevere gli interventi di titolarità di Regioni e Comuni, sia in forma di servizi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) sia di contributi economici. L'allocazione di tali misure è decisa a livello locale, prendendo come riferimento le indicazioni della Griglia Fabbisogni Risposte (cfr. par 19);
- b. attivare la procedura per l'elaborazione del Progetto assistenziale integrato (PAI), indicandone i criteri di appropriatezza. Il PAI è definito dagli operatori responsabili della presa in carico dell'anziano in accordo con esso e con i suoi familiari. Il PAI viene costruito attraverso lo strumento del budget di salute, fondato su una logica di ricomposizione delle risorse di diversa provenienza (nazionali, locali, familiari) nell'elaborazione di risposte integrate sul caso, logica strategica per l'ottimizzazione dei risultati assistenziali e l'utilizzo efficiente delle risorse. Le specifiche modalità per la progettazione del PAI, il monitoraggio della sua realizzazione e la definizione delle modifiche da apportarvi nel tempo dipendono dai diversi setting assistenziali.

7. Accedono prioritariamente alle Unità di Valutazione Multidimensionale gli anziani ammessi allo SNA che – sulla base dei risultati della Valutazione Nazionale di Base (VNB) – risultino essere in condizioni di maggior compromissione e/o avere reti informali di sostegno più deboli.

8. Le Regioni possono prevedere ulteriori criteri di priorità riferiti a casi con la possibilità di migliori risultati nel recupero dell'autonomia ovvero nella conservazione della abilità residue e/o nella promozione delle reti informali.

9. Per tutti i nuovi casi, sono definiti tempi certi entro i quali l'UVM deve effettuare la propria valutazione.

RETE INTEGRATA DELLE RISPOSTE

5 – LA RETE DELLE RISPOSTE

1. Lo SNA si articola in una filiera organica di risposte differenziate e complementari, presentate nei paragrafi dal 6 al 13, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza. La filiera si snoda attraverso i diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce priorità alle risposte fornite a casa degli anziani.

2. Lo SNA si fonda su un modello d'intervento orientato alla persona, che prevede l'integrazione delle varie risposte disponibili – pubbliche e private, formali e informali – e la loro modulazione nel tempo in un *continuum* di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni dell'anziano e delle sue reti di supporto, sempre ispirate a principi d'inclusione e di mantenimento e recupero dell'autonomia al massimo grado possibile.

3. Lo SNA si basa su un modello di welfare locale integrato grazie a una rete territoriale in cui ha luogo l'azione sinergica dei soggetti organizzati, sia pubblici che privati, delle reti informali e delle risorse della comunità locale. Il riconoscimento reciproco e la piena collaborazione tra questi attori costituiscono un presupposto per assicurare la qualità e la continuità delle risposte fornite ad anziani e famiglie.

4. Lo SNA prevede un sistema multilivello d'integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza agli anziani, incentrato su componenti interdipendenti. Esse sono, rispettivamente: i) l'integrazione sul singolo caso (cfr. punto 2 di questo par.); ii) l'integrazione tra i soggetti del welfare locale (cfr. punto 3); iii) l'integrazione tra i diversi livelli di governo (cfr. par. 14 e seguenti).

5. In coerenza con l'approccio integrato utilizzato, lo SNA promuove il coordinamento e la piena collaborazione tra le professioni a vario titolo preposte all'assistenza dell'anziano e al sostegno

della famiglia – mediche, infermieristiche, di supporto, riabilitative, sociali e psicologiche – nel rispetto delle specifiche competenze di ognuna.

6 – GLI INTERVENTI DOMICILIARI

1. La promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti, ove sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri delle persone coinvolte, rappresenta la priorità dello SNA.

2. I servizi domiciliari vengono erogati seguendo i seguenti principi:

- a. assicurare unitarietà nella risposta, mettendo in atto interventi integrati tra sanità e sociale;
- b. offrire un appropriato mix di prestazioni (a partire da servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegni all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana, azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari);
- c. fornire assistenza per il tempo necessario (durata della presa in carico in base ai bisogni e adeguata intensità degli interventi, cioè numero di visite per utente).

3. Tenuto conto che l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è stata individuata come livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) nel 2001, si individua il Servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD) come livello essenziale delle prestazioni sociali (LEP), quale atto necessario per lo sviluppo del SAD e per la sua integrazione con le cure domiciliari.

4. L'assistenza domiciliare sanitaria e quella sociale vengono erogate in modo unitario e integrato attivando le procedure del budget di salute – strumento che mira a ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili – in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza.

5. L'assistenza domiciliare sanitaria e sociale assicura, sulla base del Progetto assistenziale integrato (PAI) attivato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, tutti gli interventi che la non autosufficienza richiede. L'assistenza domiciliare, attraverso la presa in carico multidimensionale, in particolare, deve essere in grado di garantire:

- a. servizi sanitari (medici, diagnostici, infermieristici, riabilitativi);
- b. assistenza domiciliare sociale e servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche in attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017;
- c. assegni di cura;
- d. azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari;
- e. assistenza integrativa-protetica;

f. telemedicina, teleriabilitazione, teleassistenza;

6. La durata della presa in carico e l'intensità degli interventi dell'assistenza domiciliare sono determinate in base ai bisogni della persona anziana non autosufficiente. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 anche con l'ausilio delle Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari. Il servizio domiciliare socio-assistenziale deve essere in grado di garantire l'erogazione del servizio 12 ore al giorno su 7 giorni settimanali.

7. Per ogni anziano assistito al domicilio, ad eccezione di quelli ammessi alle Cure Domiciliari Prestazionali, deve essere individuato il case manager responsabile del caso, punto di riferimento costante nel tempo per l'utente, i caregiver e l'insieme dei soggetti coinvolti nell'erogazione degli interventi.

8. I servizi di assistenza domiciliare – sanitaria e sociale – debbono venire autorizzati e, nei casi dei servizi pubblici e di quelli erogati per conto della pubblica amministrazione, accreditati. I sistemi di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari e quelli dei servizi domiciliari socio-assistenziali devono essere raccordati.

9. La formazione del personale impegnato nell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti è continua e prevede anche percorsi relativi a competenze specialistiche.

7 – LE SOLUZIONI ABITATIVE DI SERVIZIO

1. Le "Soluzioni Abitative di Servizio" (SAdS) costituiscono l'insieme delle misure di supporto abitativo alle esigenze di anziani con limitazioni delle autonomie o in condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale. Appartengono alla rete dei servizi sociali e sono inserite fra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP).

2. Le SAdS sono rappresentate da civili abitazioni, individuali, in coabitazione, condominiali o collettive che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità alla vita indipendente o alla vita assistita di persone con limitazioni delle autonomie e concomitanti condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale.

3. Sono realizzate secondo principi di buona qualità costruttiva che le rendono adatte o adattabili alla vita di chi, in vecchiaia, si trovi nelle condizioni definite al punto precedente. Possono essere integrate da servizi accessori di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, da servizi alla persona,

da ausili tecnologici per la vita sicura, da tecnologie assistive e da facilitazioni al lavoro privato di cura.

4. Vengono stabiliti i criteri strutturali e organizzativi in base ai quali una forma di civile abitazione individuale - in coabitazione, condominiale o di edilizia pubblica o convenzionata - può essere considerata compatibile con il modello delle SAdS.

5. Sono previste forme di autorizzazione o accreditamento sociale per le organizzazioni idonee a coordinare le SAdS e a erogare i relativi servizi accessori, definendo contestualmente i necessari requisiti di solidità organizzativa, formazione ed esperienza.

6. Viene definito il modello di integrazione delle SAdS nella rete del welfare locale. In presenza di specifici bisogni, le persone che vivono in una SAdS mantengono il diritto a ricevere il supporto dei servizi domiciliari sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

7. Si prevede un Piano nazionale di durata pluriennale per la qualificazione abitativa, ambientale e dell'organizzazione urbana e per la realizzazione di contesti di vita inclusivi e amichevoli per la vecchiaia e per la compromissione cognitiva. Il Piano:

- a. definisce criteri di buona qualità costruttiva, volti a certificare le soluzioni abitative e i modelli di organizzazione urbana come "adatti o adattabili" alla vita in vecchiaia, age-friendly o dementia-friendly;
- b. promuove la diffusione di modelli di housing sociale di servizio e di programmi di riqualificazione dei sistemi di edilizia pubblica o convenzionata che adottino il modello e i principi delle SAdS;
- c. prevede incentivi economici per l'adeguamento delle abitazioni alle necessità della vecchiaia e per la diffusione di ausili tecnologici alla vita domestica sicura;
- d. favorisce soluzioni di offerta immobiliare tutelata e di mobilità abitativa, supportate da agenzie consortili gestite da enti o associazioni non profit con la partecipazione dei Comuni con funzioni di controllo.

8 – I SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

1. I servizi semiresidenziali garantiscono interventi complementari di supporto a persone che vivono nella propria comunità territoriale. Possono offrire risposte diversificate ai bisogni più diffusi della vecchiaia e della non autosufficienza: socialità, arricchimento del tempo, divertimento, supervisione, sostegno alle autonomie quotidiane, prestazioni sanitarie di base o specialistiche, trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali.

2. I servizi semiresidenziali sono di tipo sociosanitario o sociale. Rispondono a bisogni definiti rispettivamente dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e dai livelli essenziali di prestazioni sociali (LEP).

3. Per i servizi sociosanitari viene adottato il modello nazionale di classificazione dei codici delle prestazioni proposto nel 2007 dalla Commissione LEA del Ministero della Salute, con riferimento alle prestazioni di mantenimento per anziani non autosufficienti o con rilevanti limitazioni nella vita quotidiana (SR) e a quelle di cure estensive erogate in centri diurni ad anziani con compromissione cognitiva o demenza (SRD).

4. Le prestazioni semiresidenziali sociali sono garantite ad anziani attivi, oppure a persone fragili, vulnerabili o con limitazioni delle autonomie, in assenza dei bisogni che possono definire come più appropriato l'intervento dei servizi SR o SRD. Privilegiano la socialità, l'arricchimento della vita e gli interessi. Possono venire integrati da servizi di consulenza alle famiglie, educazione sanitaria e promozione di uno stile di vita positivo.

5. Le prestazioni SR e SRD sono erogate da servizi semiresidenziali sociosanitari. Il modello di autorizzazione e accreditamento è di tipo sociosanitario ex dpcm 12 gennaio 2017 (LEA). Autorizzazione e accreditamento sono assegnati alle competenze regionali, che possono aggiungere requisiti aggiuntivi rispetto ai livelli minimi nazionali.

6. Le prestazioni semiresidenziali sociali sono erogate da servizi dotati di autorizzazione e accreditamento di tipo sociale, secondo quanto indicato dai LEP. Sono di competenza degli enti locali e operano secondo i modelli di integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario definiti a livello regionale in accordo con gli indirizzi nazionali.

7. La proposta di ammissione ai servizi semiresidenziali sociosanitari SR e SRD è funzione del Progetto assistenziale integrato (PAI) definito in sede di UVM, che deve essere condiviso e autorizzato da persone, famiglie o rappresentanti legali degli interessati.

8. Viene definito il principio per il quale l'accoglienza di persone nei servizi semiresidenziali è compatibile con l'erogazione dei normali servizi domiciliari, se questi sono ritenuti appropriati in fase di UVM e sono inclusi nel PAI.

9 – I SERVIZI RESIDENZIALI

1. I servizi residenziali sono rivolti ad anziani con limitazioni delle autonomie o altre complessità, ai quali non sia possibile assicurare a domicilio l'intensità degli interventi o la qualità specialistica

delle risposte necessarie. Rappresentano un'articolazione della rete dei servizi, sono efficacemente integrati nella comunità territoriale e favoriscono la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte.

2. Viene garantita la diffusione di servizi residenziali di quantità e qualità adeguate ad assicurare l'intensità assistenziale e l'appropriatezza delle cure necessarie, anche mediante l'integrazione con i servizi sanitari specialistici e di cure palliative.

3. Vengono adottati il modello nazionale di classificazione delle prestazioni proposto nel 2007 dalla Commissione LEA del Ministero della Salute e i relativi codici di attività: R1, R2, R2D, R3.

4. Per tutte le strutture residenziali, sono definiti i seguenti principi:

- a. le strutture possono condividere nello stesso complesso nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni (R1, R2, R2D, R3). Possono anche includere servizi semiresidenziali o domiciliari, connotandosi come articolazioni polifunzionali della rete dei servizi territoriali;
- b. la struttura architettonica e l'organizzazione degli spazi devono garantire un ambiente privo di pericoli e di barriere, connotato in senso abitativo e in grado di favorire sia le relazioni amicali e familiari che il senso di continuità con la comunità territoriale di appartenenza;
- c. viene definito il numero massimo di residenti per nucleo abitativo e il numero minimo e massimo della capienza di ogni struttura;
- d. l'integrazione con il volontariato e la partecipazione dei familiari e della comunità alle scelte organizzative della struttura, possono essere definite come norma di esercizio, in particolare nelle residenze di maggiori dimensioni.

5. I servizi residenziali sono di tipo sociosanitario (Residenze sociosanitarie, RSS) o sociale (Residenze sociali, RS). Rispondono ai bisogni definiti rispettivamente dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e dai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP).

6. Le prestazioni R1, R2 e RD2 sono erogate in nuclei specializzati con autorizzazione e accreditamento di tipo sociosanitario (LEA). Autorizzazione e accreditamento sono assegnati alle competenze regionali, che possono aggiungere requisiti aggiuntivi rispetto ai livelli minimi nazionali. È previsto un Responsabile medico. Vengono garantite assistenza medica (anche in forma di pronta disponibilità), infermieristica e copertura assistenziale h24. Viene inoltre assicurata la presenza di équipe multi-professionali (professionisti della riabilitazione, psicologi, educatori, OSS) in coerenza con le prestazioni definite dai progetti personalizzati.

7. Le prestazioni di livello R3 possono essere erogate in nuclei con autorizzazione e accreditamento di tipo sociale, coerenti con i LEP e di competenza delle autonomie locali. Viene garantita la

presenza h24 di operatori sociali e sociosanitari; oltre a farsi carico dei compiti di supporto alle autonomie, della prevenzione dei rischi e del primo intervento in caso di necessità, le équipes vengono integrate da figure professionali deputate a promuovere l'arricchimento relazionale, sociale e del tempo. La componente sanitaria delle prestazioni R3 può essere assicurata dai servizi di cure primarie, di continuità assistenziale e di cure domiciliari del territorio.

8. I bisogni e i livelli d'intensità assistenziale vengono individuati con criteri oggettivi dalla UVM, che guida la progettazione personalizzata definita con la partecipazione degli anziani, delle famiglie o dei rappresentanti legali dei diretti interessati.

9. Il Progetto assistenziale integrato (PAI) può prevedere un'accoglienza di breve termine, con funzioni di stabilizzazione o di sollievo temporaneo, oppure di lungo termine. L'accesso di breve termine può rappresentare un'integrazione dei percorsi di presa in carico domiciliari.

10 – LA PRESTAZIONE UNIVERSALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza è una misura finalizzata a garantire ai percettori la maggior autonomia possibile. Si tratta di un trasferimento monetario – universale nell'accesso e graduato in base al bisogno – impiegabile o come contributo economico senza vincoli di utilizzo o per ricevere servizi alla persona (opzione che viene incentivata). L'introduzione della Prestazione Universale riforma l'indennità di accompagnamento e i relativi strumenti di valutazione delle condizioni dell'anziano. Gli attuali beneficiari dell'indennità hanno la possibilità di mantenere la misura vigente oppure di optare per la nuova.

2. La Prestazione Universale viene erogata a tutte le persone anziane con un grado di non autosufficienza tale da richiedere un'attività di cura continuativa. L'accesso alla Prestazione Universale è determinato esclusivamente sulla base del fabbisogno assistenziale dell'interessato, misurato attraverso la Valutazione Nazionale di Base (VNB).

3. La VNB stabilisce il possesso dei requisiti minimi per accedere alla Prestazione Universale e ne definisce l'importo in relazione al fabbisogno assistenziale del beneficiario. In seguito alla VNB ogni avente diritto viene collocato in un profilo specifico, il cui livello cresce all'aumentare del fabbisogno assistenziale. L'importo della Prestazione è graduato in base a tale profilo e si incrementa progressivamente all'aumentare del fabbisogno assistenziale.

4. I beneficiari della Prestazione Universale possono scegliere tra due opzioni: a) il percepimento di un contributo economico senza vincoli di utilizzo; b) la fruizione di servizi alla persona, svolti sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura, inclusi servizi domiciliari e residenziali autorizzati

o accreditati, sia in forma individuale da assistenti familiari regolarmente assunte. La scelta dell'opzione "b" comporta un aumento dell'importo della prestazione.

11 – GLI INTERVENTI PER LE ASSISTENTI FAMILIARI

1. Per remunerare assistenti familiari regolarmente assunte è possibile ricorrere alla Prestazione Universale per la non Autosufficienza. In questo caso, a fronte di una spesa documentata, l'importo della Prestazione Universale aumenta rispetto al valore base della misura, a titolo di riconoscimento dell'appropriatezza dell'impiego del trasferimento monetario ricevuto.

2. A sostegno del costo del lavoro dell'assistente familiare assunta per assistere un anziano non autosufficiente viene prevista un'agevolazione fiscale, semplificata e potenziata rispetto a quelle attuali. L'agevolazione è universale ed è rivolta a chi non percepisce la Prestazione Universale per la non Autosufficienza.

3. Viene definito un profilo professionale nazionale di "Assistente familiare", che definisce l'insieme delle competenze proprie di questa figura e il relativo iter formativo, unico su tutto il territorio nazionale.

4. Le Regioni promuovono servizi per l'incontro tra domanda e offerta del lavoro privato di cura – con funzioni di sostegno per le famiglie e i lavoratori e di miglioramento della qualità dell'assistenza – e ne accreditano l'attività, con particolare riferimento ai soggetti privati.

12 – GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CAREGIVER FAMILIARI

1. Il caregiver familiare è una persona che si prende cura – come soggetto informale e per motivi affettivi – di un anziano che, ai sensi dello SNA, necessita di assistenza a causa della condizione di non autosufficienza. Lo SNA riconosce la funzione di cura del caregiver familiare e persegue l'obiettivo di tutelarne le condizioni materiali e il benessere psico-sociale.

2. La valutazione delle condizioni della persona anziana è accompagnata da quella della condizione del caregiver familiare, dei suoi bisogni e della necessità di interventi di supporto. Questo aspetto concorre alle definizioni delle risposte fornite dallo SNA.

3. Nell'ambito del Progetto assistenziale integrato (PAI), si definiscono le funzioni di cura di responsabilità degli operatori dei servizi e quelle di cui può farsi carico il caregiver familiare, quale

soggetto che supporta la persona anziana in termini relazionali e affettivi favorendone l'inclusione sociale, la continuità assistenziale e il rapporto con i servizi sociali e sanitari.

4. A favore dei caregiver familiari sono previsti interventi mirati a garantire il loro adeguato benessere psico-fisico (sostegno psicologico, servizi di sollievo, sostituzione in situazioni di emergenza) e il rafforzamento delle competenze di cura (educazione alla cura, addestramento). Tali interventi rientrano nei livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie e si integrano con quanto proposto dagli altri paragrafi di questa sezione.

5. Per riconoscere l'impegno di cura dei caregiver vengono istituite tutele previdenziali a carico dello Stato, sotto forma di contributi figurativi per la pensione.

6. Si promuovono interventi tesi a favorire la conciliazione tra i tempi di cura, di vita e di lavoro, politiche per l'eventuale inserimento e la ricollocazione del caregiver familiare nel mercato del lavoro e azioni finalizzate alla condivisione dei compiti di cura in ambito familiare, nella rete parentale e in quella sociale.

7. Lo SNA prevede misure di sostegno ai caregiver minori di 18 anni che assolvano a compiti di cura familiare, tutelandone il diritto all'educazione e all'istruzione, promuovendone il benessere psico-fisico, favorendone la conciliazione tra tempo di cura e tempo di studio, facilitandone la transizione dalla scuola al lavoro.

13 – ADULTI CON DISABILITÀ CHE INVECCHIANO

1. Le persone con disabilità sorte in precedenza, invecchiando, vivono trasformazioni e cambiamenti che si innestano e sovrappongono a limiti pre-esistenti, e subiscono, frequentemente, ulteriori discriminazioni. A tale segmento di popolazione occorre garantire che gli interventi e i sostegni qui previsti siano coerenti con le indicazioni del progetto individuale di cui all'art. 14 L.328/2000, che mantiene il proprio ruolo ordinatore per garantire i massimi livelli di qualità di vita acquisiti e raggiungibili, in una logica di inclusione sociale e partecipazione attiva alla comunità. In caso di assenza di tale progetto le Unità di Valutazione Multidimensionale – su richiesta dell'interessato o di chi lo rappresenta – ne attivano il processo di redazione, attraverso il Comune di residenza del cittadino.

2. L'attenzione ai principi indicati nel punto precedente attraversa l'intera articolazione dello SNA. Pertanto, per le persone anziane con disabilità sorte in precedenza, le proposte presentate vengono declinate con le specificazioni indicate di seguito.

3. Accesso unico (par. 3): al fine di evitare la reiterazione delle valutazioni e delle procedure di certificazione, rimangono valide le preesistenti certificazioni e i conseguenti benefici concessi, fatta salva la possibilità di accedere ai trattamenti e assistenziali ritenuti di miglior favore, sulla base dei progetti individuali di cui all'art. 14 L.328/2000.
4. Unità di Valutazione Multidimensionale (par. 4): rimangono valide, ai fini dell'accesso ai sostegni attivi e da attivare (sino all'entrata in vigore delle disposizioni previste dalla L.227/2021), le valutazioni preesistenti, fatto salvo il diritto di richiedere – per accedere a interventi e sostegni di miglior favore – l'aggiornamento della Valutazione Multidimensionale indicata nel paragrafo in oggetto.
5. Soluzione Abitative di servizio (par. 7): oltre a quanto indicato nel paragrafo citato, valgono le soluzioni abitative (attive o da attivare) e i relativi sostegni di cui alla L. 112/2016;
6. Servizi semiresidenziali (par. 8): viene garantita, laddove prevista e ritenuta adeguata dal progetto individuale di cui all'art. 14 L.328/2000, la continuità (o il nuovo accesso) della fruizione dei servizi semi-residenziali per persone con disabilità (socio-sanitari, sociali, sperimentali).
7. Servizi residenziali (par. 9): è illegittimo ogni automatismo che, al compimento del 65° anno di età, disponga il trasferimento in servizi residenziali per persone anziane. Invece, deve essere assicurato il diritto a percorsi di de-istituzionalizzazione nonché ad ogni forma abitativa adeguata, sia nei circuiti della residenzialità protetta e gestita che delle case di civile abitazione, anche nelle modalità di housing o co-housing sociale.
8. Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (par. 10): vengono garantiti i trattamenti indennitari acquisiti, salvo condizioni di miglior favore indicate nel progetto individuale.
9. Caregiver familiari (par. 12): gli interventi di tutela e sostegno rivolti ai caregiver familiari devono tenere conto, in termini progressivi, della durata e dell'intensità del loro impegno di cura.
10. Partecipazione alla spesa (par. 22): i redditi non fiscalmente rilevanti come l'indennità di accompagnamento non possono essere utilizzati per il pagamento delle rette in strutture residenziali e semiresidenziali.

PROGRAMMAZIONE E GOVERNANCE

14 – LA GOVERNANCE ISTITUZIONALE

1. Al fine di rendere effettivo il governo congiunto dell'integrazione tra processi e prestazioni sanitarie e processi e prestazioni sociali dedicati agli anziani non autosufficienti è istituito un sistema multilivello di governance interistituzionale. Il sistema multilivello ricompona in organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte nello SNA.

2. Presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri è istituita la Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti (Rete Nazionale) così composta:

- a. Rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Dipartimento Politiche per la Disabilità, del Ministero dell'Economia e Finanze e degli altri Dicasteri di competenza;
- b. Rappresentanti delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome;
- c. Rappresentanti delle Amministrazioni comunali, i cui componenti sono designati dall'Anci;
- d. Rappresentanti dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;
- e. Presidente del Consiglio dei Ministri, o suo delegato, che la presiede.

3. La Rete nazionale esercita le seguenti funzioni:

- a. elaborazione del Piano nazionale integrato per la non autosufficienza;
- b. definizione e regolazione contestuale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) e degli obiettivi di servizio riferiti alle persone anziane non autosufficienti;
- c. definizione delle attività assistenziali rivolte alla non autosufficienza erogate dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, e loro coordinamento con i contenuti dei LEA e dei LEP sopra menzionati;
- d. censimento e stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza, e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali;
- e. attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore, con particolare riferimento ai processi di co-programmazione da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello nazionale;
- f. consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi.

4. In ogni Regione e Provincia Autonoma è costituita la Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti (Rete Regionale), che opera in raccordo con la Rete Nazionale e la cui composizione è così determinata:

- a. gli Assessori delle Giunte regionali con la responsabilità delle politiche sanitarie, di quelle sociali, e delle altre materie di competenza;
- b. i Presidenti delle Conferenze dei sindaci degli Ambiti territoriali sociali della Regione;
- c. i Direttori generali delle Aziende sanitarie della Regione;
- d. la Direzione regionale INPS;
- e. il Presidente della Giunta regionale o suo delegato, che la presiede.

5. La Rete regionale esercita le seguenti funzioni:

- a. elaborazione del Piano regionale integrato per la non autosufficienza;
- b. definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza sanitarie (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;
- c. attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello regionale;
- d. consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi.

6. In ogni Ambito territoriale sociale (ATS) è costituita la Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti (Rete Territoriale), che opera in raccordo con la Rete Regionale e con le strutture INPS. Le sue competenze sono attribuite alla Conferenza dei sindaci di ambito integrata, a questo scopo, dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria di riferimento. Alle sedute della Rete Territoriale partecipano – come invitati permanenti – il Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, o il Responsabile del relativo Ufficio di piano, e il Responsabile del Distretto sanitario, ovvero i responsabili qualora siano coinvolti territorialmente più distretti.

7. La Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti esercita le seguenti funzioni:

- a. elaborazione del Piano territoriale integrato per la non autosufficienza;
- b. attuazione degli obiettivi di servizio relativi ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;
- c. attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello locale, e alla promozione di successivi eventuali processi di co-programmazione;
- d. consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi.

15 – LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

1. In relazione agli organismi che compongono il sistema multilivello di governance interistituzionale, sono definiti gli strumenti di programmazione integrata riferiti alle materie della non autosufficienza:

- a. Piano nazionale integrato per la non autosufficienza (Piano nazionale integrato);
- b. Piano regionale integrato per la non autosufficienza (Piano regionale integrato);
- c. Piano territoriale integrato per la non autosufficienza (Piano territoriale integrato).

2. Il Piano nazionale integrato è elaborato dalla Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, ha una durata di tre anni con aggiornamenti annuali e stabilisce:

- a. i contenuti e le modalità per lo svolgimento delle attività rivolte alla non autosufficienza di competenza dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale e li coordina con i processi di presa in carico e di assistenza di tipo sanitario e sociale;
- b. le azioni, i contenuti, i tempi e le modalità per l'integrazione tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal Dpcm 12.1.2017 'Nuovi LEA' e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEP) in via di attivazione attraverso i Piani Nazionali elaborati dalla Rete per l'inclusione;
- c. i processi assistenziali integrati relativi alla presa in carico globale del bisogno complesso e ai relativi processi di cura sia in ambito sociosanitario che sociale;
- d. il censimento e la stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza, e la definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali;
- e. si coordina, infine, con tutti gli altri strumenti nazionali di programmazione in materia sanitaria o sociale.

3. Il Piano regionale integrato è elaborato dalla Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, ha una durata di tre anni con aggiornamenti annuali e stabilisce:

- a. le modalità di attuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere per la piena esigibilità dei LEA e dei LEP definiti dal Piano nazionale integrato, con i relativi programmi attuativi e l'evidenza delle risorse messe a disposizione;
- b. eventuali ulteriori obiettivi volti ad ampliare, rafforzare o incrementare i livelli definiti dal Piano nazionale integrato;
- c. il censimento e la stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza, e la definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali;
- d. si coordina, infine, con tutti gli altri strumenti regionali di programmazione in materia sanitaria o sociale.

4. Il Piano territoriale integrato è elaborato dalla Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone non autosufficienti, ha una durata di tre anni con aggiornamenti annuali e stabilisce:
- a. l'attuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere per la piena esigibilità dei LEA e dei LEP definiti dal Piano nazionale integrato e degli eventuali ulteriori obiettivi definiti dal Piano regionale, con i relativi programmi attuativi e l'evidenza delle risorse messe a disposizione;
 - b. eventuali ulteriori obiettivi volti a ampliare, rafforzare o incrementare i livelli essenziali definiti a livello statale;
 - c. il censimento e la stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza, e la definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali;
 - d. si coordina, infine, con tutti gli altri strumenti locali di programmazione in materia sanitaria o sociale.

16 – L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE UNITARIA

1. Allo scopo di perseguire la piena integrazione operativa dei processi, dei servizi e delle attività dedicati alla non autosufficienza è disciplinata l'attivazione di un'organizzazione territoriale unitaria fondata sulla piena e strutturale integrazione tra Distretto sanitario e Ambito territoriale sociale (ATS).
2. Le Regioni e le Province autonome provvedono a garantire la perfetta coincidenza tra le perimetrazioni geografiche dei Distretti sanitari e quelle degli Ambiti sociali territoriali.
3. Le Regioni e le Province autonome provvedono alla piena attivazione delle disposizioni del D.lgs. 229/1999 riguardanti la costituzione, le prerogative e l'organizzazione dei Distretti sanitari, anche in coordinamento con la riforma della sanità territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR.
4. Le Regioni e le Province autonome provvedono alla piena attivazione delle disposizioni della legge 328/2000 e del D.Lgs. 147/2017 riguardanti la costituzione, gli strumenti e l'organizzazione degli Ambiti territoriali sociali. Provvedono altresì a definire la figura del Responsabile dell'ATS. Provvedono, inoltre, a tutte le altre misure necessarie per riunificare e coordinare i processi professionali e amministrativi comuni alle amministrazioni locali dell'Ambito. L'obiettivo è la completa attivazione delle funzioni di programmazione, organizzazione ed erogazione del sistema dei servizi e della funzione d'integrazione dei finanziamenti disponibili (di provenienza europea, statale, regionale e locale) a livello di Ambito.
5. La Conferenza dei sindaci dell'Ambito integrata con il Direttore generale dell'Azienda sanitaria di riferimento (Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti,

cfr par. 14) svolge le funzioni di governo congiunto tra Amministrazioni comunali e Aziende sanitarie per le attività riferite alle persone anziane non autosufficienti. A questo scopo esercita contestualmente anche le funzioni attribuite dalla legge al Comitato di Distretto, di cui all'art. 3-quater del d.lgs. 502/1992, nei limiti delle politiche riferite alla non autosufficienza, e svolge le funzioni di programmazione operativa comuni al Distretto sanitario e all'Ambito territoriale sociale per la realizzazione dei servizi sanitari e sociali in materia.

6. Il Piano territoriale integrato per le persone anziane non autosufficienti è elaborato, secondo gli indirizzi definiti dalla Rete Territoriale, dall'Ufficio di piano integrato dal Direttore di Distretto e da altri componenti di sua designazione. I lavori relativi all'elaborazione del Piano Territoriale sono coordinati in modo paritario dal Direttore del Distretto e dal Responsabile dell'Ambito.

7. Il coordinamento operativo dell'organizzazione, della gestione e dell'erogazione dei processi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti è svolto in modo unitario da Distretto e Ambito, in attuazione dei livelli essenziali e degli obiettivi di servizio definiti dal sistema di governance multilivello e dai relativi strumenti di programmazione. La determinazione degli assetti organizzativi e delle modalità con cui viene realizzato il coordinamento operativo è di competenza della Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, che li definisce obbligatoriamente entro 12 mesi dall'approvazione del Piano nazionale integrato.

8. In ogni Ambito territoriale/Distretto sanitario, in riferimento alla stratificazione della popolazione operata dal Piano territoriale integrato, alla relativa determinazione dei fabbisogni assistenziali e delle risorse necessarie per la loro copertura, viene costituito un Budget integrato che ricomprende tutti i finanziamenti di tipo sanitario, sociale e di ogni altra provenienza e finalizzazione destinati all'area della non autosufficienza. Il Budget integrato è utilizzato in attuazione della programmazione della Rete territoriale e secondo gli assetti organizzativi e le modalità definite dalle Rete Regionale.

17 – IL SISTEMA INFORMATIVO

1. Viene istituito il sistema informativo per la non autosufficienza. Tale sistema mira a garantire il principio dell'equità, inteso come la possibilità per chiunque ne abbia bisogno, indistintamente, di accedere alle prestazioni e ai percorsi assistenziali, e il principio della trasparenza dell'azione pubblica, assicurando che tutti i compiti assolti dallo SNA siano improntati alla visibilità, alla conoscibilità e alla comprensibilità delle modalità operative e degli assetti strutturali.

2. Il sistema informativo per la non autosufficienza si sviluppa valorizzando e connettendo quelli oggi presenti per le varie misure afferenti allo SNA, e integrandoli con gli ulteriori dati ritenuti

necessari da raccogliere. Il sistema è organizzato intorno a una base di informazioni fondamentali che i diversi soggetti operanti, a vari livelli, nello SNA si impegnano ad assicurare. I flussi informativi già esistenti dovranno essere revisionati e aggiornati al fine di garantire omogeneità e coerenza delle informazioni raccolte attraverso il nuovo sistema.

3. I dati ottenuti mediante il sistema informativo per la non autosufficienza descrivono i percorsi assistenziali riconducibili al singolo utente, con l'obiettivo di rappresentare – in maniera organica – le informazioni chiave del bisogno dell'assistito e del processo assistenziale, coerentemente con la regolazione in materia di accesso e percorso unico. Il sistema rappresenta quindi il collettore dei dati rilevanti ai fini del monitoraggio delle prestazioni e dei percorsi attivati, attraverso la raccolta e l'elaborazione delle informazioni su copertura, qualità, efficienza ed efficacia dei servizi relativi e la loro restituzione ai diversi soggetti interessati.

4. Il sistema informativo per la non autosufficienza dev'essere implementato secondo i seguenti principi:

- a. Integrazione ai diversi livelli di gestione e di raccolta dei dati (locale, regionale e nazionale).
- b. Unicità dei dati registrati da tutti i comparti che offrono interventi per la non autosufficienza (sanitari, sociosanitari, sociali, previdenziali) durante il percorso di ogni assistito, in modo tale che il mix di tutte le domande e le risposte al cittadino diventi la fonte dati primaria per il sistema di monitoraggio (cfr. par. 18). Ciò al fine di avere la rappresentazione del percorso e del piano assistenziale nel suo insieme piuttosto che delle singole prestazioni, registrate separatamente da sistemi informativi diversi.
- c. Multidimensionalità, con l'obiettivo di monitorare la qualità erogata nei suoi vari aspetti, con riferimento anche alla centralità dell'assistito in termini di soddisfazione e di esperienza.
- d. Trasparenza, con riferimento sia alla qualità e alla completezza dei dati ottenuti sia alle modalità della raccolta e della restituzione delle informazioni alla popolazione.
- e. Reciprocità fra i sistemi informativi, con la realizzazione di sinergie fra chi produce il dato e chi lo organizza, in un'ottica di open data e di riduzione degli oneri di compilazione a carico degli operatori.
- f. Sicurezza e tutela della privacy, rispetto alle reti e al sistema tecnologico, alle tecniche di gestione del dato e alla diffusione delle reportistiche.

18 – IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

1. Si istituisce il sistema di monitoraggio della non autosufficienza, che utilizza i dati raccolti dal sistema informativo dedicato. Esso è lo strumento per la rappresentazione oggettiva e continua delle attività svolte e dei servizi resi nell'ambito dello SNA.

2. Il sistema di monitoraggio elabora le informazioni raccolte traducendole in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte assistenziali. Si basa sullo sviluppo e sulla predisposizione di misure e di indicatori, prevalentemente quantitativi, composti da una o più variabili in grado di rappresentare sinteticamente le varie dimensioni dell'assistenza e del piano assistenziale.

3. Nella prospettiva di uno sviluppo progressivo del sistema di monitoraggio, si istituisce il sistema di valutazione delle performance dei percorsi per la non autosufficienza, con riferimento alla garanzia dei livelli di assistenza stabiliti. Il sistema di valutazione delle performance misura la garanzia dei livelli essenziali, definiti nell'ambito sia sanitario (LEA) che sociale (LEP).

4. Il sistema di monitoraggio elabora informazioni multidimensionali su qualità, efficienza, efficacia e equità del percorso assistenziale e dei diversi interventi compresi, tra cui informazioni sui tempi di attesa, sull'appropriatezza dell'uso delle risorse e sulla gestione del rischio clinico, nonché misure di qualità di vita della popolazione anziana non autosufficiente, in termini di soddisfazione ed esperienza, e misure di qualità dell'ambiente lavorativo dei professionisti coinvolti. Il funzionamento della Griglia Fabbisogni Risposte (cfr. par 19) si fonda sul sistema di monitoraggio.

19 – LA GRIGLIA FABBISOGNI RISPOSTE

1. La Griglia Fabbisogni Risposte concorre alla governance dello SNA permettendo di confrontare i diversi profili di fabbisogno assistenziale degli anziani assistiti e gli interventi erogati, considerati per tipologie, quantità e intensità. La Griglia è alimentata attraverso il sistema di monitoraggio della non autosufficienza.

2. L'accesso allo SNA si fonda su uno strumento comune di valutazione della condizione dell'anziano, impiegato in tutto il Paese ai fini della VNB (cfr. par. 3). Rispetto al sistema previgente, ciò consente di classificare l'utenza in profili omogenei di fabbisogno assistenziale: per ogni territorio diventa così possibile rappresentare il livello di bisogno complessivo degli assistiti e la relativa distribuzione nei diversi profili.

3. Lo Stato procede, in accordo con le autonomie locali, alla definizione di una tassonomia condivisa degli interventi sociosanitari e sociali territoriali qualificabili come risposte alla non autosufficienza degli anziani. Questi interventi sono classificati secondo un criterio funzionale, ossia vengono suddivisi in base ai profili di fabbisogno assistenziale cui sono rivolti. Associando a ogni profilo l'insieme delle prestazioni appropriate a rispondervi, si genera uno strumento di raccordo denominato Griglia Fabbisogni Risposte.

4. Attraverso la Griglia si provvede alla comparazione tra gli interventi effettivamente erogati da ogni territorio e i livelli assistenziali attesi in base all'articolazione per profili di fabbisogno della popolazione di riferimento, nel quadro del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

5. Un set di indicatori multidimensionali consente di rappresentare periodicamente, secondo la logica di cui al punto precedente, il posizionamento di ogni Regione in merito alle dimensioni più rappresentative dell'adeguatezza e dell'appropriatezza delle risposte quale sintesi degli interventi locali integrati; con la medesima logica vengono monitorati anche quelli di responsabilità del sistema centrale.

6. Nel caso di rilevanti scostamenti tra le prestazioni effettivamente erogate e quelle attese, ai territori vengono assegnati specifici obiettivi di miglioramento con l'intento di promuovere gradualmente la riqualificazione delle risposte, la riduzione dei divari territoriali e l'attivazione di sinergie tra i diversi livelli di Governo.

20 – LA DEFINIZIONE E IL COORDINAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI

1. Lo SNA definisce, coordina, e programma contestualmente i livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario (LEA) e i livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale (LEP) riferiti alle persone anziane non autosufficienti. Regola inoltre gli obiettivi di servizio che danno attuazione ai LEA e ai LEP, e può regolare gli eventuali interventi ulteriori che incrementino o amplino i livelli essenziali definiti.

2. Il coordinamento e l'integrazione tra LEA e LEP sono attuati attraverso due categorie di livelli essenziali:

- a. i livelli essenziali di erogazione: definiscono le prestazioni, gli interventi, le attività sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria considerate indispensabili per rispondere a un accertato e valutato bisogno complesso legato alla non autosufficienza. Costituiscono livelli essenziali di erogazione in materia sanitaria e sociale i contenuti previsti nei paragrafi 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13.
- b. i livelli essenziali di processo: definiscono i percorsi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi (orientamento e accesso, valutazione nazionale di base, unità di valutazione multidimensionali, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi raggiunti). Costituiscono livelli essenziali di processo in materia sanitaria e sociale i contenuti previsti nei paragrafi 3 e 4.

3. Per ogni categoria di livelli essenziali, lo SNA definisce contenuti, parametri, standard e modalità che qualificano il singolo livello essenziale sia in ambito sanitario che in ambito sociale, sulla base del sistema di governance multilivello previsto. La Rete nazionale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti determina i livelli essenziali comuni a tutto il territorio nazionale; le Reti regionali e le Reti territoriali li possono rafforzare, incrementare o ampliare secondo le proprie competenze e le proprie capacità organizzative e finanziarie.

4. Gli strumenti di programmazione integrata previsti definiscono i necessari obiettivi di servizio che individuano le azioni di convergenza verso i contenuti, i parametri, gli standard e le modalità operative dei livelli essenziali fissati in ambito nazionale; possono, inoltre, definire eventuali interventi ulteriori che li rafforzino, incrementino o amplino.

5. L'organizzazione territoriale unitaria delineata provvede a dare attuazione operativa ai livelli essenziali, agli obiettivi di servizio e agli eventuali altri interventi previsti, come definiti dagli organismi della governance istituzionale multilivello e dai relativi piani integrati.

MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

21 – IL FINANZIAMENTO PUBBLICO DELLO SNA

1. Lo SNA si fonda sul finanziamento pubblico dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il finanziamento pubblico assicura la completa realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni rivolte agli anziani non autosufficienti, cioè i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP). La previsione sia di LEA sia di LEP effettivamente rispondenti alle condizioni e alle esigenze degli anziani è assicurata in ogni setting assistenziale (domiciliare, semi-residenziale, residenziale). I criteri di finanziamento dello SNA sono ispirati a principi di equità nelle modalità di reperimento delle risorse, continuità nella loro disponibilità e adeguatezza rispetto al fabbisogno assistenziale della popolazione interessata.

2. Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza degli anziani, riferite agli interventi elencati nel paragrafo 1:

- a. risorse per il sostegno delle misure per gli anziani non autosufficienti di responsabilità del sistema centrale di previdenza/assistenza;
- b. trasferimenti dello Stato agli enti locali per la non autosufficienza;
- c. spesa sociale per gli anziani non autosufficienti finanziata dagli Enti Territoriali con risorse proprie;

- d. quota del Fondo Sanitario Nazionale che le Regioni dedicano agli interventi per gli anziani non autosufficienti;
- e. risorse per programmi finanziati dall'Unione Europea a favore della non autosufficienza degli anziani.

3. Per assicurare il finanziamento strutturale dello SNA sono individuate ulteriori misure a carico della finanza pubblica, così da garantire l'adeguatezza delle risposte assistenziali rispetto al fabbisogno della popolazione anziana. Il livello complessivo delle risorse pubbliche destinate allo SNA deve consentire la piena attuazione dei LEA e dei LEP. I finanziamenti previsti hanno carattere di continuità, per dare certezze al processo di programmazione.

4. In occasione delle manovre annuali e pluriennali di bilancio, attraverso il sistema di monitoraggio, sarà valutata l'adeguatezza delle risorse destinate allo SNA al fine di determinare il livello di fabbisogno finanziario cui concorre la finanza pubblica.

5. La definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi compresi nello SNA avvengono in modo contestuale, unitario e integrato, nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance. Lo Stato, le Regioni e i Comuni cooperano alla ricomposizione delle fonti finanziarie di diversa natura per massimizzare il livello quali-quantitativo delle risposte ai bisogni dell'utenza dello SNA.

6. Il secondo pilastro integrativo – presentato nel paragrafo 23 – ha funzione esclusivamente complementare rispetto alle prestazioni assicurate attraverso il finanziamento pubblico dei livelli essenziali e i suoi interventi sono progettati in modo integrato con questi ultimi.

22 – LA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DI ANZIANI E FAMIGLIE

1. Lo SNA definisce rette eque e sostenibili a carico degli anziani non autosufficienti in presidi residenziali e semiresidenziali. Si prevede una revisione complessiva della materia delle rette al fine di tradurre questo principio in pratica.

2. Nel caso in cui le risorse dell'assistito in struttura residenziale non siano sufficienti a pagare la retta viene mantenuto il coinvolgimento economico della famiglia, stabilendone l'entità in modo da evitarne l'impoverimento. Nel farlo si tiene conto del grado di parentela e si coinvolgono esclusivamente il coniuge dell'anziano e i suoi figli (conviventi o meno).

3. Solo per le strutture residenziali e semiresidenziali, possono essere utilizzati per il pagamento delle rette (alberghiere) anche i redditi non fiscalmente rilevanti come l'indennità di

accompagnamento, fermo restando l'obbligo di mantenere nella disponibilità dell'anziano una cifra mensile per le spese personali.

4. Nei presidi residenziali, i diversi livelli assistenziali non devono influenzare in modo automatico l'importo della retta (alberghiera) a carico dell'utente. Si vuole così evitare che chi presenta necessità assistenziali più elevate paghi quote di compartecipazione maggiori, in applicazione del criterio di ripartizione percentuale della spesa.

5. In caso di accoglienza di anziani con demenza nei presidi residenziali e semiresidenziali, i costi di gestione sono posti a carico a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera, in analogia con l'art. 34 del Dcpm 12 gennaio 2017.

6. Il servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD), quando viene erogato in integrazione con le cure domiciliari a supporto della dimissione protetta, è gratuito (senza oneri di compartecipazione alla spesa per l'utente). La durata del regime di dimissione protetta al domicilio viene stabilito dalla Unità di Valutazione Multidimensionale.

23 – IL SECONDO PILASTRO INTEGRATIVO

1. Il Secondo Pilastro Integrativo fa propria la definizione di non autosufficienza utilizzata nella Valutazione Nazionale di Base (VNB) e adotta quest'ultima per definirne i diversi profili. Il Secondo Pilastro è da intendersi ad integrazione del pilastro pubblico e prevede l'adozione di una prospettiva integrata che, accanto alle risorse pubbliche, fa ricorso a quelle di carattere privato, economiche e non, secondo un modello volto a garantire i principi di equità e solidarietà nell'accesso alle cure.

2. I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza adottano logiche mutualistiche e solidaristiche ai fini della tutela vitalizia dal rischio di decadimento psicofisico e di non autosufficienza. L'adesione si deve basare sui principi di non selezione dei rischi sanitari e di non discriminazione nei confronti di particolari gruppi o soggetti.

Si prevede l'attivazione della copertura e dei costi in età attiva, in maniera continuativa, su base collettiva e ancorata alla contrattazione, così da trarre il massimo vantaggio da una solidarietà ampia, condivisa e generalizzata tra le diverse categorie e generazioni.

Si favorisce l'attivazione di forme di copertura di carattere collettivo per i lavoratori autonomi e per le altre forme di lavoro non ricomprese nei CCNL. Sono da prevedere inoltre modalità specifiche per adesioni di carattere individuale e volontario ai Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza, anche da parte di soggetti che si sono ritirati dal mercato del lavoro.

Il Secondo Pilastro Integrativo prevede la copertura anche in caso di modifica contrattuale (portabilità) e, al fine di promuovere la sostenibilità e l'equità tra i diversi soggetti, dovrebbe contemplare la copertura figurativa, a carico della fiscalità generale, per periodi di inattività e/o disoccupazione.

3. Il Secondo Pilastro Integrativo prevede standard minimi di qualità delle prestazioni e prestazioni minime da inserire nell'accordo/statuto esito della contrattazione. Al fine di promuovere l'integrazione sociosanitaria, gli interventi sostenuti dai Fondi Integrativi devono essere coerenti con il percorso indicato nel Progetto assistenziale integrato (PAI). I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza possono erogare servizi e/o rendite.

4. Si prevede un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva, con accantonamento di capitali. La prestazione per la copertura della non autosufficienza viene garantita a coloro che diventano non autosufficienti, avendo aderito al Fondo per la non autosufficienza in età attiva per almeno un anno. E' da prevedere una riorganizzazione degli attuali incentivi fiscali sui contributi destinati a tale copertura.

LE RAGIONI DELLE PROPOSTE

NATURA E FINALITÀ DELLO SNA

1 – IL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI (SNA)

Costruire un sistema, con ambizione e realismo

In Italia si discute della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti - in sede tecnica e politica - dalla seconda metà degli anni '90. Solo adesso, però, si arriva a elaborarla. Intanto, negli ultimi tre decenni, riforme di ampia portata sono state messe in atto nella gran parte dei Paesi simili al nostro: Austria (1993), Germania (1995), Portogallo (1998), Francia (2002), Spagna (2006). All'estero, la riforma ha rappresentato ovunque un passaggio epocale, che ha ridisegnato in profondità le politiche per l'assistenza agli anziani non autosufficienti²⁷. L'Italia non può essere da meno.

Arrivare per ultimi, se non altro, consente di apprendere dall'esperienza degli altri Paesi. Ovunque, nel disegno delle riforme, sono stati perseguiti due obiettivi principali. Primo, rendere l'assistenza agli anziani non autosufficienti un nuovo settore dello stato sociale, distinto e autonomo rispetto agli altri (sanità, sociale, pensioni e così via). Secondo, far sì che questo nuovo ambito sia integrato, cioè guidato da logiche e modelli d'interventi unitari. Se, come sempre accade, la qualità dell'azione riformatrice è risultata variabile, lo scopo è stato uniformemente quello di dar vita a un settore indipendente e integrato²⁸.

Far nascere un'area dello stato sociale a sé stante significa riconoscere che la natura stessa della non autosufficienza richiede un approccio specifico e peculiari modelli d'intervento, che integrino i settori della sanità e del sociale. Vuol pure dire assicurare all'insieme delle misure coinvolte una riconoscibilità assai superiore rispetto al passato, in quanto specifico settore del welfare (al pari delle pensioni, della sanità, della povertà e così via), anche dal punto di vista politico. Creare un settore integrato, nondimeno, implica di affrontare l'eterno nodo della frammentazione delle risposte. Dar vita a un settore autonomo e integrato del welfare state, dunque, deve rappresentare la via maestra della nostra riforma²⁹.

²⁷ Ranci, C., Pavolini, E. (a cura di), 2013, *Reforms in long-term care policies in Europe*, New York: Springer.

²⁸ Rothgang, H., Fischer, J., Sternkopf, M., Dotter, L.F., 2020, *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

²⁹ Network Non Autosufficienza, 2021, *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, disponibile qui: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/03/costruire-il-futuro-dellassistenzaagli-anziani-non-autosufficienti-una-proposta-per-il-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/>

L'Italia, però, giunge tardi alla riforma. E ci arriva sulla scorta di politiche per gli anziani non autosufficienti che – contemporaneamente – risultano deboli in materia di risposte offerte e si sono fortemente strutturate, nel corso del tempo, nelle diverse titolarità istituzionali. Le competenze sono spezzettate tra i servizi e gli interventi sociali dei Comuni, i servizi e gli interventi sociosanitari delle Regioni e le prestazioni statali (principalmente indennità di accompagnamento e benefici ex legge 104/92).

Un simile contesto richiede di coniugare ambizione e realismo. Immaginare un'operazione d'ingegneria istituzionale che trasferisca le attuali competenze a un unico settore non pare fattibile. Per almeno tre ragioni: (i) il radicato consolidamento dell'attuale assetto istituzionale la renderebbe assai complessa, (ii) sarebbero necessarie modifiche alla Costituzione, (iii) s'incontrerebbero fortissime opposizioni. Tuttavia, è possibile ideare un sistema che consenta uno storico balzo in avanti rispetto agli obiettivi di autonomia e d'integrazione. È quello che fa la proposta dello SNA, fondata sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle misure rivolte alla non autosufficienza, che mantengono le titolarità istituzionali attualmente esistenti. Come mostra il punto 7, governo unitario e realizzazione congiunta si applicano a tutte le funzioni chiave riguardanti il percorso di anziani e caregiver (punti da i a iv) e la programmazione delle politiche (punti v e vi).

Una proposta coerente con il PNRR

La realizzazione della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e la proposta di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani, come da noi concepito, è coerente con le sue indicazioni. Il PNRR, infatti, afferma che la riforma deve avere l'obiettivo di “introdurre un sistema organico d'interventi a favore degli anziani non autosufficienti”³⁰. La necessità di un approccio unitario attraversa tutti i passaggi del PNRR dedicati alla riforma, ad esempio laddove si afferma che questa “affronterà, in maniera coordinata, i diversi bisogni che scaturiscono dalle conseguenze dell'invecchiamento e dal sorgere delle condizioni di non autosufficienza”³¹.

Un nuovo inizio

Introdurre lo SNA avrebbe, nondimeno, anche una forte natura simbolica: quella di trasmettere il senso di un nuovo inizio per il mondo dell'assistenza agli anziani. Un nuovo inizio che marchi la differenza con le difficoltà incontrate nell'arco del tempo e – più recentemente – durante la crisi pandemica.

Il perimetro dello SNA

Torniamo, infine, al perimetro dello SNA. Questo, come si è detto, è composto dall'insieme di tutte le misure finalizzate all'assistenza degli anziani non autosufficienti. Nel punto 5, tale universo viene

³⁰ Governo Italiano, (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma, 4 maggio, pag. 41.

³¹ Governo Italiano, (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma, 4 maggio, pag. 212.

suddiviso in sei gruppi. I primi tre riguardano servizi alla persona e trasferimenti monetari e sono quelli presi in considerazione dalla Commissione Europea per definire il perimetro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*)³². La definizione della Commissione Europea viene impiegata nelle stime della Ragioneria Generale dello Stato³³, l'unica fonte istituzionale che offra una rappresentazione d'insieme del *long-term care* nel nostro Paese.

Seppure queste misure assorbano la gran parte della spesa pubblica dedicata, nella prospettiva di una riforma di sistema è opportuno includere anche le altre che riguardano l'assistenza agli anziani. Si tratta delle agevolazioni fiscali, dei congedi e dei permessi per i caregiver familiari previsti dalla legge 104/92³⁴, delle ulteriori agevolazioni fiscali in essere e della regolazione dell'attività delle assistenti familiari. Solo in tal modo, infatti, è possibile coprire l'insieme delle misure finalizzate all'assistenza degli anziani non autosufficienti.

Perché la proposta non si occupa di invecchiamento attivo

La nostra proposta riguarda esclusivamente la non autosufficienza. Non tocca, dunque, l'insieme degli interventi per l'invecchiamento attivo e tesi a mantenere il più a lungo possibile l'autonomia delle persone anziane. Questa scelta non è stata compiuta solo per rispondere al mandato del PNRR, che parla esclusivamente di assistenza agli anziani non autosufficienti. È stata fatta, invece, anche perché quest'ultima e l'invecchiamento attivo sono due questioni estremamente complesse e articolate: caricare una sola riforma di entrambe pare sconsigliabile se le si vuole affrontare con la profondità e l'incisività necessarie.

Principi per la riforma

Il primo paragrafo illustra anche ulteriori principi fondativi della riforma, che saranno concretizzati nel corso della proposta:

- il finanziamento pubblico dei livelli essenziali per la non autosufficienza - LEA e LEP - assicurati dallo SNA, che vengono definiti e regolati contestualmente;
- l'integrazione orizzontale, tra i soggetti del territorio, e verticale, tra i livelli di governo, promuovendo la massima collaborazione e coordinamento tra i vari attori coinvolti, nel rispetto delle competenze di ognuno;
- il coordinamento tra questa riforma e quelle riguardanti i giovani e adulti con disabilità e la sanità territoriale.

³² Ad esempio, European Commission, 2021, *The 2021 Ageing Report*, Brussels, European Commission.

³³ Da ultimo, Ragioneria Generale dello Stato, 2022, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Rapporto n° 22*, Roma, Ragioneria generale dello Stato.

³⁴ Cfr. Inps, 2016, *XV Rapporto Annuale*, Roma, Inps.

2 – LE FINALITÀ DELLO SNA

Il paragrafo 2 illustra le finalità strategiche per il cui raggiungimento nasce lo SNA. Esse intendono affrontare quelle che, sulla base dei dati e delle ricerche disponibili, rappresentano le principali criticità di cui soffrono oggi le politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia.

Diritto all'assistenza

Il tema dei diritti ha ormai acquistato un'assoluta centralità nel dibattito internazionale sugli interventi per gli anziani non autosufficienti³⁵. Nella pratica, tutte le riforme realizzate negli ultimi decenni in Europa si fondano sulla definizione di diritti esigibili, con regole precise e trasparenti, all'assistenza pubblica. Alla luce delle carenze oggi esistenti in proposito nel nostro Paese, richiamate nel contributo introduttivo, non può che essere questa la prima finalità della riforma. Il diritto all'assistenza pubblica, d'altra parte, non rappresenta un fine bensì un mezzo per giungere all'obiettivo ultimo dello SNA: quello di assicurare all'anziano non autosufficiente la migliore qualità della vita possibile nelle sue condizioni. I successivi punti tracciano la strada in questa direzione.

Adeguatezza delle risposte

L'Italia è priva di una rete di offerta adeguata tanto alla numerosità della popolazione anziana non autosufficiente quanto agli eterogenei profili che la caratterizzano. Tale mancanza tocca, in particolare, i servizi alla persona³⁶. È necessario, dunque, aumentare l'offerta e – contemporaneamente – individuare risposte articolate, adatte alle diverse condizioni di non autosufficienza e ai loro mutamenti nel tempo. Si vuole pertanto realizzare una strategia di potenziamento dell'offerta che prenda in considerazione l'intera filiera: servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali, soluzioni abitative, sostegni economici. La definizione dei livelli essenziali costituisce uno strumento cruciale per perseguire tale obiettivo.

Unitarietà delle risposte

La frammentazione delle risposte rappresenta una forte criticità delle attuali politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti. Queste, infatti, sono di titolarità di soggetti pubblici tra loro non coordinati (Stato, Regioni, Comuni) e per ottenere gli interventi occorre rivolgersi a una caotica molteplicità di sedi, sportelli e uffici. Dal punto di vista degli interessati e dei loro caregiver una

³⁵ Birtha, M., Rodrigues, R., Zólyomi, E., Sandu, V. & Schulmann, K. (2019), *From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research.

³⁶ Cfr, tra gli altri: NNA, a cura di, 2020, *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*, Rimini, Maggioli; Jessoula, M., Pavolini, E., Raitano, M. e Natili, M., 2018, *ESPN thematic report on challenges in long-term care – Italy*, European Social Policy Network, Brussels.

situazione del genere produce tre conseguenze. Primo, difficoltà a chiedere gli interventi di cui si avrebbe bisogno, in particolare per chi ha minori risorse culturali e/o relazionali e per chi versa in situazioni emergenziali che necessitano di soluzioni rapide. Secondo, impossibilità di fornire agli anziani pacchetti di risposte coerenti. Terzo, poiché oggi non è contemplata la presenza di un unico attore pubblico che ricomponga le differenti risposte in un quadro unitario, questo complicato compito ricade sulle famiglie, che siano o meno in grado di provvedervi³⁷. Superare queste criticità in modo da realizzare l'unitarietà delle risposte è un obiettivo strategico dello SNA.

Continuità delle risposte

La condizione di non autosufficienza abitualmente si protrae a lungo e comporta che l'anziano attraversi diverse ed eterogenee fasi, che portano inevitabilmente a un progressivo deterioramento del suo stato. L'interessato passa dall'ospedale al territorio, da una situazione di relativa stabilità a un improvviso aggravamento, da un'assistenza di natura prevalentemente tutelare alla necessità di cure con maggior componente sanitaria, e così via. Questi molteplici mutamenti richiedono risposte differenti quanto a tipologia di servizi, modalità d'intervento e professionalità coinvolte. Le già menzionate criticità della frammentazione delle risposte e della mancanza di un attore che le ricomponga fanno sì, tuttavia, che sovente gli anziani e le famiglie non siano accompagnati nella transizione tra un momento e l'altro ma che, al contrario, debbano concatenare questi passaggi personalmente, come possono e con fatica³⁸. Mancano, dunque, politiche capaci di assicurare la continuità tra i diversi interventi. Obiettivo della riforma è far sì che lo SNA le renda possibili.

Care multidimensionale

L'assistenza agli anziani non autosufficienti richiede di seguire uno specifico paradigma, cioè un modello d'intervento, condiviso dalla comunità scientifica internazionale: quello del *care multidimensionale*³⁹. Se la logica a cui rifarsi è – in teoria – chiara, ciò che spesso risulta inadeguato è il modo di concretizzarla nelle politiche pubbliche. Benché ne esistano diverse manifestazioni, il problema di fondo è comune: l'utilizzo di modelli d'intervento solo in parte confacenti alla realtà della non autosufficienza⁴⁰. Si pensi, ad esempio, al ricorso improprio a paradigmi clinico-ospedalieri, socio-assistenziali e prestazionali, o ad altri che non colgono le peculiarità degli anziani da assistere (ad esempio le persone con demenze).

³⁷ Network Non Autosufficienza, 2021, *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, disponibile qui: <https://www.luoghicura.it/wpcontent/uploads/2021/04/PROPOSTA-PNRR-NNA.pdf>.

³⁸ Consiglio Superiore di Sanità, 2020, *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SNN*, Roma, Ministero della Salute.

³⁹ Ad es. Oecd/European Commission, 2013, *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, Oecd policy studies; Elsayy B, Higgins KE, *The geriatric assessment*. Am Fam Physician. 2011 Jan 1;83(1):48-56; Fletcher A. *Multidimensional assessment of elderly people in the community*; Br Med Bull. 1998;54(4):945-60.

⁴⁰ Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E. e Ruotolo, A., 2020, *Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento*, in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020 – Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, pp. 203-236 (https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/cdr/cergas/home/observatories/oasi_/oasi+report+2020)

Equità

La finalità dell'equità viene declinata nelle sue due principali accezioni: orizzontale e verticale, ognuna delle quali ha una precisa traduzione empirica. Nel primo caso, si tratta di ridurre le notevoli disuguaglianze territoriali nell'offerta d'interventi esistenti nel nostro Paese. Tale fenomeno – come noto – si presenta tanto tra le macro-aree della penisola (Nord, Centro e Sud) quanto al loro interno, tra le diverse Regioni che le compongono⁴¹. L'introduzione dei livelli essenziali svolgerà una funzione cruciale nel diminuire tali disuguaglianze. Farsi carico dell'equità verticale, invece, significa riconoscere la necessità di meglio differenziare gli interventi in modo da fornire prestazioni consone ai casi di particolare gravità, sia essa dovuta a disabilità fisica o cognitiva. Spesso, infatti, l'attuale sistema non sa offrire loro risposte di adeguata articolazione e intensità assistenziale⁴².

Tutela di chi cura

Sebbene riguardi anche i punti precedenti, l'obiettivo di tutelare chi cura merita di essere trattato autonomamente. Sono ben note, infatti, le condizioni di sovraccarico, stress, isolamento e difficoltà materiali in cui versano tante famiglie di anziani non autosufficienti nel nostro Paese: fronteggiarle efficacemente, attraverso un articolato mix di dispositivi, rappresenta una priorità della riforma. Analogamente si punta al sostegno delle altre figure coinvolte nell'assistenza degli anziani, sia informalmente sia a titolo retribuito, che pure si trovano sovente in condizioni critiche. Un'esplicita menzione va fatta anche alle diffuse criticità nelle condizioni – di lavoro, di tutele e retributive – degli operatori professionali del settore⁴³.

Proiezione verso il futuro

L'ultima finalità, a differenza delle altre, non si riferisce a specifici contenuti bensì alla prospettiva che anima la riforma. Il confronto tra l'attuale realtà dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, in gran parte d'Italia, e gli ambiziosi obiettivi della riforma suggerisce che la costruzione dello SNA risulterà, inevitabilmente, un percorso lungo. Non si tratta, peraltro, di una novità dato che la traduzione delle riforme nella pratica ha richiesto un lungo cammino anche negli altri Paesi Europei⁴⁴. La nostra proposta, pertanto, fornisce sia le indicazioni di alcune azioni realizzabili in

⁴¹ Cfr, tra gli altri, Vetrano, D. (a cura di), 2021, *Long-term care in Italia: verso una rinascita? – Indagine 2021*, Italia Longeva, Roma; Brenna, E., 2021, *I servizi di long-term care in una visione di trend: differenze territoriali e focus anziani*, in Spandonaro, F., D'Angela, D., Polistena, B. (a cura di) "Oltre l'emergenza: verso una nuova vision del nostro SSN – ¹⁶Rapporto C.R.E.A. Sanità", Roma, C.R.E.A. Sanità pp. 243-262

⁴² Fosti, G., Notarnicola, E. Perobelli, E., a cura di, 2021, *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia. 3° Rapporto Osservatorio long-term care*, Egea, Milano.

⁴³ Nonostante il sostegno a chi presta assistenza sia una questione critica in tutta Europa, nel nostro Paese lo è particolarmente. Su famiglie e reti informali si veda: Zigante, V., 2018, *Informal care in Europe. Exploring formalisation, availability and quality*, Brussels, European Commission. In merito agli operatori professionali del settore: cfr.: Oecd, 2020, *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, Parigi, Oecd.

⁴⁴ Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Pena-Casas, R., Vanhercke, B., 2018, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, Brussels, European Social Policy Network.

tempi brevi, che portino i primi risultati tangibili, sia una visione di lungo periodo su come potrà diventare l'assistenza agli anziani in Italia implementando il progetto dello SNA nel suo insieme. Una simile visione potrà risultare, da subito, un punto di riferimento e uno stimolo per l'azione dei tanti soggetti coinvolti nel settore.

PERCORSO UNICO

3 – L'ACCESSO UNICO

Una sola valutazione per accedere all'intero sistema

L'accesso unico allo SNA si fonda su una sola valutazione delle condizioni dell'anziano, la Valutazione Nazionale di Base (VNB). Qui risiede un aspetto chiave della proposta: per unificare l'accesso lo snodo cruciale non è la creazione di un'unica sede che rappresenti un luogo di riferimento per i diversi soggetti coinvolti. Non basta, infatti, avere luoghi di questo tipo se le valutazioni restano separate. Bisogna, invece, passare dalle diverse valutazioni iniziali, attualmente in vigore per richiedere risposte pubbliche, a una sola.

Quest'ultima è la strada scelta in questa proposta che, come si è detto sin dall'inizio, cerca di trarre indicazioni dalle riforme nazionali già realizzate, negli ultimi 30 anni, nei paesi del Centro-Sud Europa simili al nostro. Ognuna di tali riforme ha introdotto una valutazione unica nazionale, che stima il fabbisogno assistenziale dell'anziano per decidere la possibilità di ricevere gli interventi pubblici per la non autosufficienza⁴⁵. Nel trend condiviso verso la creazione di sistemi unitari di politiche pubbliche per la non autosufficienza – discusso nelle motivazioni al primo paragrafo e nel capitolo introduttivo – la valutazione unica nazionale è risultata un passaggio chiave⁴⁶. L'adozione della Valutazione Nazionale di Base, dunque, porterebbe l'Italia in linea con l'Europa. Infine, l'impianto proposto – un'unica valutazione per accedere allo SNA, che valuti il fabbisogno assistenziale dell'anziano – è coerente con le indicazioni del PNRR. Il Piano, infatti, insiste sulla “semplificazione dei percorsi di accesso” e sull'individuazione di “modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale”⁴⁷.

⁴⁵ Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., e Vanhercke, B. (2018), *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, Brussels, European Commission (disponibile qui: [file:///C:/Users/Cristiano%20Gori/Downloads/KE-01-18-637-EN-N%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Cristiano%20Gori/Downloads/KE-01-18-637-EN-N%20(7).pdf)).

⁴⁶ Greeve, B. (a cura di) (2017), *Long-term Care for the elderly in Europe*, Londra, Routledge.

⁴⁷ Governo italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma, Presidenza del Consiglio, pp. 212-213.

La scelta dello strumento valutativo: un passaggio decisivo

Le molteplici e delicate funzioni che la Valutazione Nazionale di Base (VNB) deve svolgere suggeriscono di prestare particolare attenzione alla scelta dello strumento valutativo che si intende utilizzare⁴⁸. Le sue caratteristiche dovrebbero essere le seguenti:

- i essere validato e sperimentato su ampia scala;
- ii essere informatizzato e interoperabile con altri data base istituzionali;
- iii essere fondato su un Minimum Data Set di variabili, confrontabili con data base epidemiologici nazionali e internazionali;
- iv essere predisposto per raccogliere informazioni su situazione familiare e abitativa, livello socioculturale e condizione socioeconomica, autonomie quotidiane e compromissione cognitiva e motoria, comorbilità e stabilità clinica, anomalie del comportamento e problemi di salute mentale, terapie e interventi già in atto;
- v essere dotato di algoritmi di calcolo in grado di produrre indici sintetici di assorbimento di risorse, e di stratificazione – per livelli crescenti di compromissione – delle autonomie motorie e cognitive, delle variabili cliniche (malattie, stadio, stabilità) e di quelle psico-sociali; gli stessi algoritmi devono favorire la misura dei principali rischi collegati alla vecchiaia (cadute, malnutrizione, decubiti, dolore, ospedalizzazione e istituzionalizzazione, prognosi), l'identificazione dei bisogni necessari a guidare il progetto personalizzato e la loro priorità;
- vi essere modulare e utilizzabile in setting assistenziali diversi.

Solo uno strumento standardizzato di nuova generazione può possedere simili caratteristiche. La sua scelta rappresenta un passaggio cruciale poiché le informazioni raccolte attraverso la VNB sono fondamentali tanto per il percorso assistenziale del singolo utente quanto per il complessivo governo del sistema. Tale scelta, dunque, meriterà particolare attenzione nei successivi passaggi previsti dall'iter della riforma.

L'Equipe SNA

La VNB è assegnata alla competenza dell'équipe SNA. La composizione dell'équipe SNA, definita a livello nazionale, deve garantire il giusto equilibrio fra completezza della fase valutativa e buon funzionamento del percorso. Gli strumenti di Valutazione Multidimensionale (VMD) che rispondono alle caratteristiche descritte nel paragrafo precedente, hanno la capacità di guidare la raccolta delle variabili necessarie e di restituire indici e stratificazioni conclusive. Per questi motivi, facilitano il processo valutativo, riducono la variabilità interpretativa individuale, permettono la comparabilità dei risultati e l'interscambio di informazioni digitalizzate con gli altri attori del sistema⁴⁹. Possono quindi sostenere l'azione di équipe valutative con organizzazione più leggera di

⁴⁸ Guaita, A. (2015), *La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali*, in "I Luoghi della Cura", 1, pp. 17-21.

⁴⁹ Dessureault L. (2017), *Better data, better decisions = Sustainable care*, Canadian Institute for Health Information (CIHI), Home & Continuing Care Department (<https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2017/12/Better-Data-Better-Decisions-Sustainable-Care.pdf>)

quanto previsto negli studi originali – ormai risalenti a molti anni fa⁵⁰ – oppure di quanto necessario per scopi elettivamente clinico-specialistici o di ricerca. Soprattutto negli ultimi decenni, l'attenzione della ricerca si è spostata più verso la qualità, completezza e struttura degli strumenti di valutazione⁵¹ che verso la meno efficace moltiplicazione di denominazioni o duplicazioni di équipe diversamente denominate⁵² o di numerosità dei professionisti che si ritengono necessari⁵³. La composizione delle équipe valutative va ripensata alla luce di favorire la loro diffusione e la possibilità di processare numerosità elevate di richieste, se si desidera favorire l'aumento delle popolazioni prese in carico e sostenute da benefici o servizi. Nel caso specifico, si propone una struttura per livelli e modularità, proporzionata alle funzioni da assolvere e alla complessità delle situazioni e dei progetti personalizzati.

Il processo valutativo di competenza della VNB può essere scomposto in due momenti distinti e complementari:

- i raccolta delle informazioni necessarie alla compilazione guidata dello strumento di VMD adottato: può essere eseguita da un singolo professionista dotato di adeguata formazione alla valutazione multidimensionale e all'utilizzo dello strumento; si avvale della valutazione diretta della persona, delle informazioni presenti in altri data base istituzionali e della documentazione sanitaria presentata dal cittadino. Le nuove soluzioni tecnologiche di interoperabilità già previste nel PNRR e nelle riforme nazionali possono favorire l'integrazione nella VNB delle informazioni presenti nell'FSE, nel Sistema Tessera Sanitaria e nelle piattaforme informatiche delle Case della Comunità, delle Cure Primarie, dei Comuni e degli altri enti e servizi sanitari, previdenziali e sociali;
- ii interpretazione dei risultati della VMD, ammissione allo SNA e erogazione degli interventi di titolarità nazionale: è necessaria l'integrazione di competenze sanitarie e sociali con adeguata conoscenza delle norme di riferimento che regolano i benefici di tipo economico o amministrativo. Prende visione dei risultati della valutazione effettuata, senza la necessità di richiedere ulteriori adempimenti ad anziani e famiglie, se non in situazioni specifiche meritevoli di approfondimento.

⁵⁰ Rubenstein L.Z. (1984), *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*, in "N Engl J Med", 311, pp.1664-70.

⁵¹ Falsiroli C, Colloca G, Landi, F. (2014), *VAOR: storia di questi ultimi 20 anni*, in "I luoghi della cura", 4, pp. 8-9.

⁵² La prima proposta sperimentale di strutturazione delle Unità di valutazione geriatrica (UVG) in Italia risale ormai a trent'anni fa (Progetto obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani", 1992). Veniva sottolineata la necessità di un approccio multidisciplinare, derivata soprattutto dai primi studi pubblicati negli Stati Uniti in ambito strettamente ospedaliero (Rubenstein, 1981 e successivi, Applegate, 1990). Le UVG a suo tempo proposte erano essenzialmente servizi ospedalieri, che potevano integrare le molte specializzazioni già presenti nelle strutture. Per la sperimentazione delle UVG territoriali (ASL) erano proposte la figura del medico geriatra, dell'infermiere e dell'assistente sociale. Le UVG potevano poi essere integrate da altre figure professionali in forma di consulenza. La successiva applicazione è stata differenziata a livello regionale e le UVG/UVM non sono uniformemente previste in tutti i territori.

⁵³ Guaita A., *Op. cit.*

Per le valutazioni di livello locale, la composizione delle UVM è definita dalle specifiche normative regionali; anche in questo caso, la disponibilità dei risultati già acquisiti dalla VNB rende possibile adottare équipe più agili, modelli valutativi semplificati e orientati alla progettazione personalizzata. Questa impostazione, che sarà ripresa in modo più analitico nei paragrafi successivi e che è guidata anche da indicazioni di sostenibilità, è fondata sull'adozione di strumenti valutativi aggiornati e di soluzioni tecnologiche che permettano di condividere in rete le informazioni di salute del cittadino⁵⁴. Ha quindi tre obiettivi complementari:

- i limitare la necessità di spostamenti della persona che esprime bisogni o dei loro familiari già impegnati nel lavoro di cura, veicolando le informazioni già acquisite direttamente fra i diversi servizi;
- ii evitare la duplicazione o moltiplicazione di centrali e équipe valutative, favorendo piuttosto la continuità delle informazioni;
- iii strutturare équipe valutative agili, modulari, composte da un numero ridotto di operatori e in grado di processare un maggior numero di persone con risultati tracciabili, controllabili e comparabili.

Le funzioni della VNB

La prima funzione della Valutazione Nazionale di Base (VNB) consiste nell'assicurare il più importante livello essenziale: l'uguale diritto al sostegno pubblico per la non autosufficienza nell'intero territorio nazionale. Questo, infatti, è un diritto di chiunque presenti bisogni assistenziali superiori a una soglia definita a livello statale. La seconda funzione della VNB è quella di assegnare le persone ammesse allo SNA a profili di gravità e a classi di fabbisogno assistenziale definiti in modo oggettivo e standardizzato.

L'insieme delle informazioni così raccolte consente di svolgere la terza funzione, cioè quella di definire gli interventi di titolarità nazionale: invalidità civile, indennità di accompagnamento, benefici ex legge 104/92 e ulteriori agevolazioni fiscali; non da meno, l'accessibilità a quei servizi, come l'erogazione di presidi e ausili o l'esenzione dal ticket, che possono dipendere dalla valutazione dell'invalidità. In questo senso, la VNB assorbe tutte le valutazioni oggi necessarie per accedere a questi diversi benefici, razionalizzando il percorso del cittadino e riducendo la duplicazione di adempimenti e funzioni.

La VNB, ed è la quarta funzione, è anche uno strumento utile per gli Enti Locali, chiamati a svolgere la successiva Valutazione Multidimensionale dell'anziano. Come già descritto, i risultati delle VNB sono trasferiti alle UVM locali, che possono così fondare le valutazioni di loro competenza su una solida base preliminare di informazioni. La valutazione statale, dunque, è disegnata in modo da facilitare i compiti degli Enti Locali.

⁵⁴ Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I. Gruppo di lavoro: "Invecchiamento della Popolazione e Sostenibilità del Servizio Sanitario con particolare riguardo ai malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile: il ruolo della Health Technology Assessment (HTA) per la valutazione tecnica, economica ed organizzativa della Sanità del futuro", Rapporto finale, Roma, 15 maggio 2020.

Vi è, infine, un'ulteriore funzione, che risulterà più evidente nel proseguo del testo. Così concepita, la VNB nazionale diventa un potente strumento di governo e programmazione dello SNA ad ogni livello (nazionale, regionale, locale)⁵⁵. La possibilità di raccogliere dati omogenei e comparabili garantisce l'alimentazione di registri sistematici e prospettici, utili per stimare la consistenza delle popolazioni con diversi livelli di fabbisogno assistenziale. Si può in tal modo:

- i discriminare in modo puntuale le diverse stratificazioni possibili degli indicatori di malattia, di autonomia motoria e cognitiva, di disagio sociale, di profilazione dei rischi più frequenti in età anziana;
- ii tracciare il loro andamento nel tempo e sviluppare analisi predittive basate su dati oggettivi e di adeguata qualità;
- iii analizzare e comparare fra loro le diverse realtà locali rispetto ai diversi profili dei beneficiari e delle risposte rispettivamente ricevute: è la logica della Griglia Fabbisogni Risposte, presentata nel paragrafo 19.

La VNB, dunque, è uno strumento predisposto al duplice scopo di rispondere al meglio al singolo anziano e di essere utile al governo del sistema⁵⁶.

Il percorso di anziani e famiglie

Sono note le difficoltà delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie⁵⁷, che si devono confrontare con sistemi di cura caratterizzati da un'elevata disomogeneità della distribuzione territoriale delle risposte, più spesso progettate per silos indipendenti e separate da competenze istituzionali molto frammentate^{58 59}. Il sistema attuale impone a persone e famiglie un elevato consumo di risorse fisiche ed emotive. Può essere difficile reperire le informazioni necessarie ad accedere ai benefici e servizi a disposizione e gli iter amministrativi sono spesso impegnativi.

In questo senso, sembra anche opportuno richiamare la Legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, che lega ogni percorso di cura all'autonomia decisionale – sostenuta da una adeguata informazione – di persone, familiari, rappresentanti legali e fiduciari⁶⁰. Per generare un consenso valido e consapevole, questa informazione deve essere puntuale,

⁵⁵ Dessureault L., *Op. cit.*

⁵⁶ Dickson, D., Marier, P., Dubé, A. S. (2022), *Do Assessment Tools Shape Policy Preferences? Analysing Policy Framing Effects on Older Adults' Conceptualisation of Autonomy*, *Journal of Social Policy*, 51(1), pp. 114-131.

⁵⁷ È possibile citare i rapporti pubblicati da molti centri universitari o network di ricerca: Cergas Bocconi, Network Non Autosufficienza, LIUC, Fondazione per la Sussidiarietà, CRISP, CESC, CENSIS, Università Cattolica, Politecnico di Milano.

⁵⁸ CERGAS Bocconi (2021), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, EGEA.

⁵⁹ Ministero della Salute, (2015), *Revisione OCSE della qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*, Roma, Ministero della Salute, gennaio.

⁶⁰ La legge 219 del 22 dicembre 2017 ha determinato che ogni persona, e quindi anche la persona anziana, ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile rispetto all'evolversi delle patologie da cui è affetta. Questo si traduce nell'esercizio dell'autodeterminazione rispetto all'accettazione o al rifiuto di qualsiasi trattamento sanitario, e anche nella revoca o interruzione di trattamenti precedentemente accettati. Ai fini della legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale. Lo strumento corretto per la pianificazione delle scelte terapeutiche, è la Pianificazione Condivisa delle Cure (art. 5).

comprensibile, contestualizzata, specifica. Queste variabili – informazione, accessibilità, continuità di cura e coerenza con le autonomie decisionali – dipendono in larga misura dalla qualità e prossimità delle centrali territoriali e dall'organizzazione dei processi di valutazione, condivisione e presa in carico.

Le riforme in atto degli assetti territoriali⁶¹ sono orientate a migliorare questi processi, in una visione di crescente prossimità ai bisogni: punti unici di accesso con funzioni informative, di orientamento e di supporto amministrativo e organizzativo; sanità di iniziativa; progetti di salute; personalizzazione delle cure; continuità assistenziale. In questa direzione va anche la valorizzazione dei Distretti e delle loro articolazioni territoriali: Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità, équipe di Cure Primarie, Infermieri di famiglia⁶². L'obiettivo è quello di renderle vicine alle popolazioni e di facile individuazione, favorendo l'integrazione fra professionisti diversi e fra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

La proposta del presente paragrafo si muove in questo orizzonte, con una specifica attenzione alla fluidità e continuità dei percorsi. Rispetto al tema della VMD, la proposta di un'unica valutazione per l'accesso allo SNA va in questa direzione, come la scelta di un unico strumento nazionale per la VNB, selezionato fra quelli più completi, sperimentati, aggiornati e interoperabili⁶³. Si tratta di caratteristiche che appartengono agli strumenti di VMD più evoluti, necessarie guidare progetti di supporto condivisi e altamente personalizzabili, fondati sulla visione del Progetto di vita o del Progetto personalizzato⁶⁴. Permettono così di superare un utilizzo prevalentemente autorizzativo delle valutazioni, oggi più spesso orientate a governare l'accesso ai singoli benefici e servizi, piuttosto che quello del progetto personalizzato nella sua interezza, durata e continuità di cura⁶⁵.

I Punti unici di accesso

In questa visione, le proposte di questo contributo sottolineano e valorizzano il ruolo dei Punti unici di accesso (PUA) previsti dalle riforme in atto. Prossimi, diffusi e chiaramente identificabili possono garantire ad ogni cittadino le informazioni e il supporto amministrativo-organizzativo di cui necessita. I nuovi assetti territoriali collocano i PUA all'interno della Case della Comunità, sia

⁶¹ Ministero della Salute (2022), Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, 0000210-23 febbraio 2022-UMPNRR-MDS-A, Allegato 1.

⁶² Mantoan D. (2021), *DM 71: modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio*, 16° edizione del Forum Risk Management in Sanità, Arezzo, 30 novembre.

⁶³ Gli strumenti di VMD meno robusti e validati possono sottovalutare la complessa relazione fra componenti di salute della persona, le autonomie e le risorse personali e di contesto (culturali, economiche, familiari, abitative). Privilegiano inoltre una fotografia statica della persona piuttosto che una ricostruzione dinamica e in divenire della sua relazione con l'ambiente. (Giacobini, C. (2012), *Definizione e valutazione della disabilità: com'è arretrata l'Italia!* In www.superando.it, <https://www.superando.it/2012/04/02/definizione-e-valutazione-della-disabilita-come-arretrata-litalia/>).

⁶⁴ Vetrano D.L. (a cura di), (2019), *La continuità assistenziale nella Long Term Care in Italia: buone pratiche a confronto. Indagine 2019*, Roma, Italia Longeva.

⁶⁵ Sono oggi diffuse anche logiche di gate-keeping negativo delle valutazioni, orientate a limitare l'accesso ad un beneficio o ad un servizio piuttosto che ad utilizzare la misura oggettiva dei bisogni e delle risorse delle persone per guidare l'allocazione appropriata delle risorse professionali ed economiche (Carpenter I., (2013), *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care*, in OECD/European Commission, "A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long Term Care", Parigi, OECD).

hub che spoke⁶⁶. In una logica di processo, sono proposte innovazioni che fanno riferimento alle linee di sviluppo dell'Amministrazione digitale, che rappresentano uno degli assi portanti del PNRR e delle riforme nazionali in atto. Ad esempio, sembra possibile superare o integrare la logica tradizionale che impone l'accesso fisico a queste risorse (sportelli, appuntamenti, code), favorendo piuttosto l'integrazione dei PUA con piattaforme web, risorse social, App dedicate, prenotazioni online, comunicazioni in remoto, che possono essere rese più solide dagli strumenti di identità digitale e dagli standard di utilizzabilità garantiti dai più evoluti sistemi informatici. Questo tema merita una particolare attenzione, dato che si stanno affrontando i problemi di persone con difficoltà di movimento o di trasportabilità e di famiglie già impegnate in compiti di cura particolarmente onerosi. In questo senso, sembra utile definire che nei PUA siano reperibili le informazioni necessarie per tutti i benefici e servizi utili per la non autosufficienza, indipendentemente dalla loro competenza istituzionale; questo sia per i servizi direttamente garantiti dal Servizio sanitario che per quelli dei Comuni, così come per le prestazioni di competenza statale.

La continuità delle informazioni a servizio della continuità di cura

Il sistema che si propone sottende quindi una innovazione tecnologica di processo, coerente con la scelta di sistemi valutativi idonei a garantire omogeneità delle informazioni, trasmissibilità fra sistemi, interoperabilità⁶⁷. In questa visione le famiglie possono accedere facilmente alle informazioni di cui necessitano, sia per accesso diretto ai servizi locali che dalla propria abitazione (Portali web e applicazioni da essi dipendenti).

Condivisa l'utilità di attivare la valutazione SNA, sarà compito del PUA attivare i passaggi utili: quali documenti sono necessari, definire l'appuntamento, valutare l'utilità di una valutazione domiciliare piuttosto che in sede, inviare sms di conferma e ricordo.

È rilevante, altresì, che l'invio alla VNB e i processi successivi avvengano in tempi certi, prevedendo anche attivazioni urgenti e percorsi facilitati (disagio sociale grave, elevata fragilità, criticità acute del sistema di cura familiare) per le situazioni che rendano necessaria questa possibilità; ad esempio, quando il livello di fabbisogno assistenziale definito nella valutazione attenga alle gradazioni più elevate.

La preparazione della valutazione, inoltre, non deve essere affidata alla sola famiglia; sarà compito del back office del PUA raccogliere le informazioni già in possesso del sistema pubblico. I sistemi di VMD di terza generazione, basati su piattaforme informatiche, sono già utilizzabili per importare dati digitalizzati, ad esempio già in possesso dell'Amministrazione pubblica e dati di utilizzo dei servizi.

Tali funzioni preparatorie permettono di evitare di aggiungere oneri impropri a persone e famiglie, ma rendono anche più rapida, facile e completa l'esecuzione della VNB da parte degli operatori

⁶⁶ Ministero della Salute (2022), Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, 0000210-23 febbraio 2022-UMPNRR-MDS-A, Allegato 1.

⁶⁷ Ulate M.M. (2021), *Comprehensive geriatric assessments for long-term and home care settings and digital platforms available to support their applicability: a systematic review*, in "Alzheimer's Dement", 17 Suppl 8, e057529. doi: 10.1002/alz.057529

impegnati nella compilazione guidata degli strumenti di VMD già alimentati da informazioni certificabili.

Completata la valutazione, questa sarà trasmessa in formato digitale all'équipe che interpreterà i risultati e definirà i benefici di titolarità nazionale, provvedendo alla stesura delle certificazioni necessarie. Se la persona sarà ammessa allo SNA, questa comunicazione – insieme alla valutazione completa – sarà trasmessa per via digitale agli attori istituzionali competenti per quanto necessario. La corrispondente comunicazione sarà trasmessa alla persona e famiglia, all'UVM locale, e al medico di medicina generale.

Gli adempimenti successivi (progetto personalizzato, case-management, attivazione di servizi, raccolta dei consensi, integrazione informativa, personalizzazione) saranno di competenza delle UVM e del medico di medicina generale. Anche a questo livello, si tratterà di limitare al massimo o di evitare la richiesta di certificazioni aggiuntive, disponendo già della VNB.

Aggiornare le informazioni: una visione dinamica della valutazione

Va ricordato come la VMD sia raramente un processo statico, quanto un accompagnamento dinamico della storia di vita e di malattia della persona che invecchia, che deve tenere conto di molte variabili, sia personali (aggravamenti, eventi di vita, cambiamenti o crisi del sistema familiare, episodi di instabilità o di acuzie intercorrenti) che della relazione con il sistema di cura (accessi a PS, ricoveri, dimissioni protette, cambiamenti di setting assistenziale).

L'adozione di strumenti di VMD comuni o interoperabili fra il livello nazionale e quello regionale a struttura modulare, renderà più agevole l'arricchimento nel tempo delle informazioni già in possesso del sistema, semplicemente aggiornando quelle già a disposizione. Questo, sia nelle situazioni ordinarie che nei nuovi eventi che possano richiedere rapidi cambiamenti delle tutele e dei servizi.

Va anche sottolineato come, nel processo così delineato, lo scambio di informazioni fra équipe VNB e UVM locali sia decisivo. Permette infatti l'aggiornamento nel tempo di quanto necessario a tracciare la storia naturale della condizione della persona, il suo aggravamento, la necessità di servizi di diversa complessità. In questo senso, il massimo dell'efficienza e dell'efficacia di processo appartiene all'adozione da parte dei livelli nazionali e locali di una unica *suite* di strumenti che condividano lo stesso Minimum Data set (MDS) e gli stessi algoritmi di definizione degli indici sintetici di fabbisogno assistenziale, di stratificazione delle popolazioni e di definizione dei profili di rischio in età geriatrica. Lo stesso risultato, anche se in modo più complesso, potrà essere ottenuto garantendo la transcodifica delle informazioni raccolte a livello locale e necessarie ad aggiornare le corrispondenti variabili della VNB.

In sintesi:

- i la VNB è unica, garantisce l'ammissione allo SNA e l'attivazione dei benefici di competenza nazionale;
- ii i suoi risultati sono trasferiti alle UVM locali, che possono così disporre delle informazioni già raccolte, arricchendole con quelle necessarie alla definizione del

- Progetto personalizzato e dei servizi di competenza locali, integrati da quelli già attivati a livello nazionale;
- iii durante la storia naturale successive e lo sviluppo del Progetto, la valutazione potrà essere arricchita dalle informazioni raccolte dagli operatori dei servizi e da quelle relative a nuovi contatti, secondo i modelli di raccolta delle informazioni già attivi o attivabili a livello locale. Queste informazioni aggiorneranno la VMD già definita con quanto già raccolto durante i percorsi di cura, alimentando con flussi idonei anche la VNB nazionale.
 - iv Gli aggiornamenti maggiori della VNB e delle UVM, che richiedano una nuova e più completa rivalutazione del caso, vanno limitati allo stretto indispensabile; ad esempio, quando sia individuato un evidente e stabile superamento delle soglie di fabbisogno assistenziale che definiscano il diritto a benefici e prestazioni di livello superiore.

Il case-manager

Questa logica vuole superare la necessità delle famiglie di farsi carico di richieste di ripetizioni o rivalutazioni, quando queste siano legate ad eventi già tracciati dalla rete dei servizi e trasferibili in forma digitale. Ad esempio, i contatti con la rete ambulatoriale specialistica, i servizi di PS, le degenze, le dimissioni, l'erogazione di benefici economici locali o di prestazioni amministrative di supporto. Per quanto riguarda gli anziani assistiti al domicilio, è evidente come l'intero processo sarà facilitato dalla definizione a livello locale di un case-manager che mantenga il governo complessivo del percorso di cura e una relazione continuativa con persone a famiglie, valutando anche l'opportunità di proporre una eventuale rivalutazione della VNB, con le modalità già definite. Anche la figura del case-manager è già prevista negli atti di riforma e in molti setting di competenza locale. Come per l'accesso allo SNA e la VNB, anche in questo caso sarebbe utile che il case-manager sia unico, identificato a livello locale e che possa svolgere la sua funzione orizzontalmente lungo l'intero sviluppo del Progetto personalizzato, eventualmente integrandosi con l'assunzione di funzioni simili attribuite a professionisti con competenze specifiche all'interno dei diversi setting di presa in carico⁶⁸. La figura del case-manager è approfondita nel paragrafo 6, dedicato agli interventi domiciliari.

Diritti nazionali e autonomia regionale

La costruzione di un sistema nazionale si basa sul medesimo diritto, per chiunque, di ricevere interventi pubblici per la non autosufficienza nell'intero territorio italiano. Questo principio si esplicita nella definizione di una soglia di fabbisogno assistenziale che assicura l'ammissione allo SNA, uguale in tutto il Paese. Una volta garantito tale diritto è opportuno prevedere – per le Regioni che eventualmente ne abbiano l'intenzione – la possibilità di seguire una platea più estesa di

⁶⁸ Ministero della Salute (2022), Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, 0000210-23 febbraio 2022-UMPNRR-MDS-A, Allegato 1.

anziani, utilizzando come soglia di accesso un livello di fabbisogno assistenziale inferiore a quello stabilito a livello nazionale. Evidentemente, la decisione regionale di utilizzare una soglia di accesso più bassa di quella nazionale permette di aumentare esclusivamente il numero di anziani che potranno ricevere gli interventi di titolarità di Regioni e di Comuni. Per l'ammissione agli interventi di responsabilità statale manterrà valore la soglia di accesso definita a livello nazionale.

4 – L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Ricomporre le valutazioni

La ricomposizione dei molteplici iter di valutazione della non autosufficienza oggi esistenti rappresenta un obiettivo strategico della riforma. Lo si persegue riducendo i diversi momenti valutativi a due soltanto, grazie alla loro collocazione in un percorso coerente e unitario. Il primo, la VNB, di titolarità statale; il secondo a carico delle UVM di responsabilità locale. I due livelli sono strettamente connessi e devono operare fra loro in continuità. Uno dei benefici prodotti da una simile innovazione riguarda la semplificazione: una volta giunti presso la Commissione Valutativa che effettua la VNB, i cittadini non dovranno rivolgersi a nessun'altra sede e potranno – in seguito – essere accompagnati direttamente all'UVM. Un altro vantaggio consiste nella valorizzazione della conoscenza: si supera l'attuale incomunicabilità – e la conseguente mancata condivisione dei dati raccolti – tra i vari luoghi di valutazione, e si dotano le UVM di un solido insieme di informazioni sulle condizioni dell'anziano raccolte attraverso la VNB.

In alternativa si sarebbe potuto prevedere un solo momento valutativo, riguardante congiuntamente l'insieme delle misure di titolarità dello Stato e degli Enti Locali. Tuttavia, questa scelta avrebbe comportato di modificare radicalmente l'operato e le modalità organizzative degli enti territoriali in materia, anche imponendo loro di rinunciare agli strumenti valutativi oggi in uso. Il radicamento dei diversi modelli regionali nella realtà del welfare sconsiglia di seguire questa strada. Da ultimo, va sottolineato che l'articolazione in due momenti valutativi, rispettivamente di titolarità statale e degli enti locali, si ritrova anche nel Disegno di Legge Delega concernente gli interventi rivolti a giovani e adulti con disabilità.

Continuità del percorso fra domanda e offerta

La continuità del percorso riguarda tanto il versante della domanda (i cittadini) quanto quello dell'offerta (il sistema). Rispetto al primo, la continuità viene garantita dalle modalità organizzative previste per accompagnare l'anziano e la famiglia dalla VNB alla UVM, tese a evitare qualunque difficoltà nell'individuare e nell'accedervi. Per quanto riguarda il sistema, ad assicurare la continuità è il sistema informativo, che garantisce lo scambio di informazioni tra VNB e UVM, mantenendo i dati raccolti da entrambe in relazione reciproca.

VNB e UVM: una reciproca utilità

Come anticipato nelle motivazioni del precedente paragrafo, la VNB è uno strumento utile per le UVM perché mette a loro disposizione un ricco patrimonio di conoscenze sulla condizione dell'anziano. La valutazione statale, dunque, è pensata in modo da facilitare i compiti e ridurre l'onere di raccolta dati delle UVM; esse integreranno poi le informazioni ottenute con quelle ulteriori mirate al proprio specifico operato. La relazione reciproca fra i due livelli e l'interoperabilità dei dati raccolti, permetteranno anche di aggiornare nel tempo le informazioni sul livello di fabbisogno assistenziale della persona lungo il percorso di cura. La valutazione multidimensionale, infatti, si configura come processo dinamico e personalizzabile di lettura dei bisogni e delle risorse, sensibile ai cambiamenti legati a eventi di vita o di malattia.

Il rispetto delle autonomie locali

Porre in capo alle Regioni la definizione della composizione e delle modalità operative delle UVM rispecchia l'approccio rispettoso del ruolo delle Autonomie locali a cui s'impronta la riforma nazionale. L'unica indicazione cogente riguarda la necessità della presenza di personale sia dei Comuni sia delle Asl, coerentemente con un obiettivo chiave della riforma: la costruzione integrata degli interventi. Questo specifico avviso rientra nell'ambito delle più complessive modalità di collaborazione tra Asl e Comuni, delineate in particolare nel paragrafo dedicato all'organizzazione territoriale unitaria (par. 16).

Uno strumento o più strumenti di VMD?

Nell'esaminare questo tema si deve partire dal dibattito, in corso da anni, sul possibile passaggio di tutte le Regioni a uno stesso strumento di valutazione multidimensionale. Occorre qui tener conto dell'esigenza di informazioni comparabili tra i diversi territori, condizione cruciale per la programmazione e il governo del sistema, così come della contrarietà di varie Regioni ad abbandonare i propri strumenti valutativi, in uso da tempo e ben consolidati nel funzionamento delle rispettive reti locali di welfare. La nostra proposta trova una sintesi tra queste due posizioni. La scelta degli strumenti da impiegare nelle UVM spetta alle singole Regioni, che hanno due possibilità: a) decidere di adottare lo stesso strumento di valutazione utilizzato a livello nazionale nella VNB; b) oppure mantenere i propri sistemi di valutazione, impegnandosi ad alimentare periodicamente – tramite opportune transcodifiche e connessioni di dati – il flusso dati nazionale, fondato sulla strumentazione usata nella VNB. L'intento è quello di arrivare a disporre di un sistema informativo nazionale basato su informazioni confrontabili, riferito alla totalità degli utenti dello SNA in Italia e a tutti gli interventi di cui fruiscono. Ciò produrrà una mole di dati comparabili non paragonabili a quelli oggi disponibili, preziosi per la programmazione nazionale, regionale e locale nonché per il confronto, il benchmark e la verifica degli esiti.

Le funzioni delle UVM

Il relativo paragrafo si sofferma sulle funzioni abitualmente attribuite alle UVM dalle legislazioni regionali e dai documenti programmatori nazionali. Purtroppo, è un dato di fatto che prevedere queste funzioni in tutte le normative regionali non significa automaticamente che nella pratica si riesca a realizzarle in modo opportuno. Far sì che ciò accada costituisce un tema cruciale per l'attuazione della riforma, ma non riguarda il disegno del sistema, obiettivo di un Disegno di Legge Delega.

Rispetto a quanto – almeno formalmente – già previsto, il paragrafo sull'UVM reca anche due novità. Una risiede nel budget di salute inteso quale strumento per costruire pacchetti integrati di risposte, attualmente previsto in una minoranza di Regioni: in proposito si vedano le motivazioni illustrate nel paragrafo 6 (gli interventi domiciliari). L'altra novità consiste nella presenza della Griglia Nazionale Fabbisogni Risposte quale punto di riferimento per le UVM nello stabilire gli interventi da fornire ai diversi beneficiari. La Griglia individua gli interventi, sociosanitari e sociali, più appropriati per i diversi profili omogenei di fabbisogno assistenziale (definiti dalla VNB); a essa è dedicato il paragrafo 19.

Pare opportuno, a questo punto, sintetizzare l'insieme delle novità per le UVM rispetto al contesto attuale e i conseguenti benefici attesi:

- i) la connessione con la VNB, nelle sue varie forme (beneficio: semplificazione e continuità del percorso assistenziale);
- ii) la dotazione del ricco bagaglio di conoscenze raccolte attraverso la VNB (beneficio: minor onere di raccolta informazioni);
- iii) il raccordo obbligatorio Comuni-Asl e la previsione del budget di cura (beneficio: integrazione delle risposte);
- iv) la Griglia Nazionale Fabbisogni Risposte (beneficio: promozione di interventi appropriati);
- v) l'alimentazione di un flusso nazionale di dati regionali comparabili (beneficio: strumento per la programmazione a ogni livello di competenza).

La nostra proposta valorizza il diritto delle persone di ricevere servizi di intensità e qualità appropriate rispetto ai bisogni valutati con criteri oggettivi e modelli di VMD standardizzata. Il modello che si propone per la VNB nazionale rappresenta – insieme alla Griglia Nazionale Fabbisogni/Risposte – un riferimento e una facilitazione per le valutazioni di competenza delle UVM locali. Intende favorire un modello di stratificazione dei livelli di fabbisogno e di identificazione con criteri oggettivi delle priorità verso cui orientare gli interventi.

Dalla VNB all'UVM

A causa dell'attuale dotazione di personale delle Asl e dei Comuni, in ampia parte del Paese, pare difficile immaginare che oggi ogni anziano che accede nello SNA possa ricevere una valutazione da parte delle UVM. La nostra proposta mira ad ampliare l'offerta e la platea dei beneficiari: tuttavia, anche se – per ipotesi – i numeri restassero invariati, basti pensare che si dovrebbero sottoporre al vaglio delle UVM anche tutti i percettori dell'indennità di accompagnamento (tramutata in

prestazione universale per la non autosufficienza, cfr par. 10), la più diffusa misura pubblica per la non autosufficienza. Questo è uno scenario adesso difficilmente realizzabile in molte zone d'Italia, per il già menzionato motivo della dotazione di personale⁶⁹. Il passaggio in UVM è, d'altra parte, decisivo per diversi motivi, a partire dal fatto che questo è il luogo che imposta la progettazione personalizzata e unitaria delle risposte. Far sì che tutti gli anziani ammessi nello SNA siano valutati dalle UVM rappresenta, quindi, un obiettivo da perseguire nel corso del tempo: la particolare attenzione da noi attribuita allo sviluppo dei servizi nei territori va in questa direzione. Ciò non toglie, però, che – sino al raggiungimento di tale obiettivo – sia necessario definire un criterio di priorità per l'accesso alle UVM. La scelta non può che ricadere su chi è in condizioni di maggior compromissione, per una semplice ragione: a questi anziani e alle loro famiglie l'assenza di risposte da parte dei servizi locali causerebbe nell'immediato le conseguenze più negative. Mettere per primo “chi sta peggio”, peraltro, rappresenta l'abituale criterio di priorità nelle politiche di assistenza agli anziani, in Italia e all'estero⁷⁰.

Tutelare i più gravi, prevenire il peggioramento

L'assistenza agli anziani non autosufficienti – come ogni politica di welfare – risente della tensione tra la precedenza necessariamente attribuita alla protezione dei casi più gravi e l'esigenza di porre in essere azioni di natura promozionale, per contrastare e ridurre i rischi di peggioramento di tutte quelle situazioni dove si ravvisi ancora un certo qual equilibrio intrinseco. Lo spazio esistente affinché le UVM agiscano anche in questo senso dipende dalla specifica connotazione e dall'effettiva estensione della rete dei servizi nei diversi territori. È, dunque, facoltà delle Regioni prevedere ulteriori criteri di priorità di accesso alle UVM con finalità promozionali e a favore di casi meno gravi.

RETE INTEGRATA DELLE RISPOSTE

5 – LA RETE DELLE RISPOSTE

In una visione sistemica, l'efficacia delle politiche di assistenza agli anziani non dipende dalla semplice sommatoria dei servizi e dei benefici che possono essere garantiti, bensì dalla loro integrazione in modelli di rete in grado di favorire la progettazione di risposte altamente personalizzabili. In questo senso, non si tratta solo di definire le caratteristiche delle diverse tipologie d'interventi ma anche di costruire le condizioni affinché sia possibile comporli in

69 Gori, C., Gubert, E. (2020), *L'indennità di accompagnamento*, in NNA, a cura di, 2020, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto. Punto di non ritorno*, Rimini, Maggioli, pp. 83-100.

70 Brugiavini, A., Carrino, L., Orso, E., Pasini, G. (2017), *Vulnerability and long-term care in Europe*, Londra, Palgrave.

pacchetti di risposte integrate e adatte alla specifica situazione dell'anziano coinvolto e della sua rete informale. Pertanto, prima di iniziare l'illustrazione delle diverse misure previste dallo SNA, a partire dal prossimo paragrafo, è opportuno fissare la logica di rete al cui interno si collocano: è lo scopo di questo paragrafo. La logica menzionata si fonda sugli stessi principi alla base dell'intero Sistema Nazionale Assistenza Anziani, illustrati nei primi due paragrafi della proposta; per approfondimenti si rimanda alle relative motivazioni.

6 – GLI INTERVENTI DOMICILIARI

Priorità al domicilio

Questo è il principio cardine della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e, anche se ampiamente condiviso, deve essere esplicitato con forza. L'assistenza domiciliare è la modalità assistenziale di gran lunga preferita da anziani e famiglia, quando adeguatamente realizzata e appropriata ai bisogni produce un impatto positivo sul loro benessere e, nella maggior parte dei casi, ha un costo inferiore agli altri setting assistenziali. Inoltre, ribadire il principio base serve anche ad orientare tutta l'organizzazione e le prestazioni che vengono individuate per l'assistenza agli anziani non autosufficienti⁷¹. Lo SNA traduce questo principio in un modello di domiciliarità i cui caposaldi sono sintetizzati nel secondo punto del paragrafo e specificati nel proseguito.

Livelli essenziali

Il Servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD) è garantito solo a 185.970 anziani pari all'1,3% di tutta la popolazione anziana. Attualmente, non tutti i Comuni erogano il SAD: lo fa l'84% dei Comuni e solo il 40% dei Comuni è in grado di garantire un intervento domiciliare integrato con quello sanitario⁷². È del tutto evidente che l'integrazione si realizza se tutti i Comuni garantiscono il SAD integrato e di quantità adeguata. Inoltre, dato ancor più significativo, la quota di anziani assistiti è in costante riduzione da numerosi anni (nel 2004, gli anziani assistiti erano il 2,1% del totale)⁷³. La situazione di costante e graduale riduzione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale richiede un intervento di grande forza che solo il riconoscimento come Livello essenziale può dare, impegnando tutti gli enti locali in una adeguata fornitura del servizio. Questa è una precondizione anche di diversi criteri successivi e tenuto anche conto che l'ADI è un Livello essenziale sin dal 2001 (anche se è bene rammentare che quanto previsto per l'ADI dai nuovi LEA 2017 non ha ancora avuto piena attuazione).

⁷¹ Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza (2021), *Il piano nazionale di domiciliarità integrata*, settembre: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Proposta-PATTO-X-DOM-DEF.pdf>

⁷² Istat (2021), *La spesa dei Comuni per i servizi sociali - anno 2018*, Roma, Istat: https://www.istat.it/it/files/2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni_rev.pdf

⁷³ Pesaresi F., Gori C. (2021), *Sad anziani: diventi livello essenziale*, in "I Luoghi della Cura", 28 settembre: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/09/sad-anziani-diventi-livello-essenziale/>

Risposte integrate e budget di salute

Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di prestazioni domiciliari sanitarie e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della qualità della vita dell'assistito. Per cui l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario, rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore.

Inoltre, in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza, il modello di intervento dovrebbe essere il budget di salute che deve prevedere la possibilità di disporre di tutte le risorse, comprese quelle economiche. Il Budget di Salute (BdS) è il paniere di risorse e opportunità per realizzare il progetto di vita delle persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili. Strumento che mira a ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili. La letteratura è concorde nel definire il budget di salute come l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione alla comunità delle persone con disabilità o di persone affette da disturbi mentali attraverso un progetto individuale alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità. Già, oggi, il budget di salute è stato previsto nella legge 77/2020 di conversione del Decreto Rilancio e, con finalità e modalità operative diverse, nel Fondo per le non autosufficienze (FNA), nei progetti sperimentali in materia di vita indipendente previsti dalla legge 162 del 1998 e in quelli relativi alla legge 112 del 2016 sul Dopo di Noi⁷⁴.

Quando risorse di diversa provenienza e natura si integrano per uno stesso obiettivo occorre inoltre individuare le figure di riferimento (*case manager*) a cui affidare il ruolo di coordinamento organizzativo degli interventi integrati per evitare che il sistema si regga solo sulla buona volontà degli operatori e/o dei loro enti di appartenenza.

Prestazioni da assicurare

L'assistenza domiciliare se vuol essere il luogo privilegiato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve soddisfare tutte le necessità assistenziali sociali e sanitarie⁷⁵. Gli anziani devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede: i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi (responsabilità delle Asl), ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola (Asl e Comuni), iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (Asl e Comuni); iv) assegni di cura; v) assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza. Oggi così non è in larga parte d'Italia. Ci sono carenze significative soprattutto nei servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nelle azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e

⁷⁴ Castegnaro C., Pasquinelli S., Pozzoli F. (2021), *Il Budget di Salute: dalle promesse a quale realtà?*, in "www.welforum.it", 3 maggio: <https://welforum.it/il-budget-di-salute-dalle-promesse-a-quale-realta/>; Starace, F. (2011), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il Budget di Salute*, Roma, Carocci Faber.

⁷⁵ Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., B. Saltman R.B (2012), *Home Care across Europe*, Who Europe, Copenhagen, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>

assistenti familiari, nella telemedicina, ecc. In particolare rimane ancora inattuato anche l'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 sui LEA che dispone che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, più legate al supporto delle attività fondamentali della vita quotidiana degli assistiti, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi. In sostanza, a cinque anni di distanza dall'approvazione dei nuovi Lea, e cioè di quello che dovrebbe essere un obbligo per le Regioni, nessuna delle Regioni, ad eccezione del Piemonte, ha deciso di intervenire nell'assistenza domiciliare sostenendo al 50% il costo dell'operatore socio-sanitario (OSS) - il rimanente 50% a carico del SAD- per il supporto domiciliare degli anziani nel compimento delle azioni della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc.).

Oltre alle cure domiciliari, anche l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) dei Comuni deve cambiare decisamente puntando con forza sull'integrazione con l'ADI e garantendo in tutti i Comuni tutte le prestazioni socio-assistenziali domiciliari che contribuiscono in modo significativo a mantenere al domicilio gli anziani. La completezza delle prestazioni domiciliari sanitarie e sociali per gli anziani non autosufficienti rimane pertanto un obiettivo imprescindibile della riforma del sistema.

Durata e intensità

Le cure domiciliari sono in costante crescita quantitativa ma la durata dei singoli interventi è determinata e spesso breve,⁷⁶ mentre la sua intensità (le ore di assistenza settimanali) è spesso modesta⁷⁷. Per avere una idea della situazione occorre rammentare che attualmente sono erogate in media annua per ogni anziano assistito a domicilio due ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, nove ore di lavoro dell'infermiere, tre ore di lavoro di altre professioni, fra cui viene ricompreso anche l'OSS e un'ora di lavoro del medico per un totale di quindici ore medie annue⁷⁸. L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili.

L'attuale quadro è stato influenzato anche dalla normativa vigente. Non dobbiamo dimenticare che la durata determinata delle cure domiciliari è stata definita dal Ministero della Salute con il documento della Commissione LEA dal titolo "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" del 2006. In tale importante documento si stabilisce che quelle che oggi costituiscono il 70% delle prestazioni domiciliari possono durare al massimo 90 giorni e che il restante 30% delle attuali prestazioni possono durare 180 giorni. Non viene prevista una durata delle prestazioni domiciliari legata alle necessità più prolungate o addirittura permanenti degli assistiti.

⁷⁶ Tidoli R. (2021), *I servizi domiciliari in Italia*, Paper tecnico del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, settembre: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-1.pdf>

⁷⁷ Vetrano D., Vaccaro K (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi lo fa, come si fa*, Roma, Italia Longeva, scaricabile da <http://www.italialongeva.it>

⁷⁸ Ministero della Salute (2021), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. Anno 2019, Roma: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3073_allegato.pdf

Le cure domiciliari non tengono conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza temporanea o permanente che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Inoltre, in genere, non sono presenti sistemi di supporto, consulenza ed informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze percepite che, se risolte, potrebbero evitare ricoveri inappropriati. Questo modello di intervento non è in grado di intercettare una buona parte dei bisogni assistenziali domiciliari con particolare riferimento ai bisogni della non autosufficienza⁷⁹. Nel nuovo modello assistenziale non devono essere previsti limiti di durata nel tempo e di ore di assistenza giustificati dai vincoli di spesa. In caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente. Deve esserci una presa in carico complessiva dell'assistito, rifuggendo da ogni logica prestazionale.

Per garantire la presa in carico continuativa degli assistiti, e non sospendere l'assistenza quando il bisogno è più intenso ed urgente, occorre che il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 anche con l'ausilio delle Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari. Allo stesso modo, per garantire la continuità e l'integrazione dell'assistenza occorre che il servizio domiciliare socio-assistenziale sia in grado di garantire l'erogazione del servizio 12 ore al giorno per 7 giorni settimanali.

Case manager

Uno dei motivi che non hanno permesso lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria è stata l'assenza della definizione di un livello di responsabilità nella gestione unitaria dei diversi interventi. Quando sono più soggetti e/o più enti ad intervenire per una stessa persona, quando ci sono risorse di diversa provenienza, l'efficacia e la funzionalità dell'intervento sono determinati dalla presenza o meno di un coordinatore dell'intervento integrato. In presenza di prestazioni complesse ed integrate, occorre nominare il *case manager* per ogni assistito con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la sua famiglia. Il *case manager* è molto importante per il funzionamento dell'integrazione, perché: a) segue le diverse fasi attuative del PAI; b) coordina le risorse; c) garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari; d) è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia (è il punto di riferimento per la famiglia); e) valuta l'efficacia degli interventi; f) propone all'Unità valutativa l'eventuale modificazione del PAI. È indispensabile che il *case manager* sia riconosciuto da tutti gli attori in gioco, per cui anche le procedure per la sua identificazione devono essere congiunte o condivise. Per questo, per ogni anziano assistito al domicilio, ad eccezione di quelli ammessi alle Cure Domiciliari Prestazionali, deve essere individuato il *case manager* responsabile del caso, punto di riferimento costante nel tempo per gli anziani, i caregiver e l'insieme dei soggetti coinvolti nell'erogazione degli interventi.

⁷⁹ European Commission - Social Protection Committee (SPC), *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society* Volume I, European Union, Luxembourg, 2021 : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>

Accreditamento

L'accreditamento è stato previsto recentemente per le cure domiciliari⁸⁰ mentre per quelli sociali sono stati previsti solo in pochissime realtà regionali. Per garantire il rispetto dei requisiti di base e la qualità dei servizi occorre che tutti i gestori pubblici e privati siano autorizzati ed accreditati. Come è noto tutte le strutture e i servizi sanitari e socio-sanitari per operare devono essere autorizzati e, nel caso siano pubblici od operino per conto del pubblico, anche accreditati. Questi processi servono a verificare la presenza di determinati requisiti atti a garantire una determinata qualità delle prestazioni erogate. Simili procedimenti, nel settore sociale, hanno coinvolto, quasi sempre, solo le strutture residenziali e semiresidenziali. Solo pochissime Regioni hanno approvato i sistemi di autorizzazione e accreditamento dei servizi per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Occorre pertanto che questo sistema venga allargato a tutte le Regioni italiane approvando e realizzando il sistema di autorizzazione e accreditamento dei servizi domiciliari socio-assistenziali, da affiancare a quello delle cure domiciliari e garantendo altresì il necessario raccordo fra le due normative.

Formazione

L'assistenza domiciliare si trasforma (pensiamo al fortissimo potenziamento delle cure domiciliari alla forte implementazione della telemedicina domiciliare previsti dal PNRR⁸¹) e si allarga a situazioni di *long-term care* complesse (pensiamo alle diverse malattie neurodegenerative, ecc.). Servono competenze specialistiche per gli operatori domiciliari (operatori sanitari e sociali) che debbono essere continuamente aggiornate per far fronte efficacemente alle necessità degli assistiti.

7 – LE SOLUZIONI ABITATIVE DI SERVIZIO

L'abitare, una questione centrale per la non autosufficienza

Il Sistema Nazionale Anziani è composto dall'insieme delle misure dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti. In una visione aggiornata del processo di invecchiamento, va tenuto presente come la perdita delle autonomie sia un processo - più spesso graduale e progressivo - che inizia con la limitazione delle attività della vita quotidiana di tipo avanzato⁸², prosegue con quelle

⁸⁰ Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 151/CSR del 4/8/2021, "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178": <http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-04082021/atti/repertorio-atto-n-151csr/>

⁸¹ Pesaresi F. (2021), Cosa prevede il Pnrr, Paper tecnico del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, settembre, <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-2.pdf>

⁸² Advanced activities of daily living, AADL. Fanno riferimento alle attività della vita quotidiana che arricchiscono e danno senso allo stile di vita della persona: attività di volontariato, hobbies, socialità, cultura, attività politiche o religiose, altre

nelle attività di tipo strumentale⁸³ fino alla parziale o totale perdita delle capacità nelle funzioni primarie⁸⁴. Questo processo è diversamente influenzato dalla concomitanza di variabili di fragilità, vulnerabilità sociale e multimorbilità, che includono anche l'insieme delle risorse personali e di contesto: livello culturale e socio-economico, consistenza della rete di supporto, caratteristiche abitative. In altre parole, il concetto di non autosufficienza va declinato nella relazione reciproca fra limitazioni e necessità della vita. Limitazioni anche lievi delle autonomie possono rendere molto precaria se non impossibile la vita quotidiana di una persona con scarse o assenti risorse personali o di contesto, influenzando negativamente e precocemente la sua salute. Sono ben documentabili le conseguenze possibili di questa relazione: isolamento, confinamento, cadute, malnutrizione, eccessi di disabilità e di mortalità, ricorso improprio o intempestivo ai servizi.

Per questo motivo, si è ritenuto di affrontare il tema delle soluzioni abitative, in una visione ampia e sistemica sia della non autosufficienza che della cultura della domiciliarità, ma sempre in continuità con la visione che lo SNA intende adottare e con la stessa continuità esistenziale delle persone. La dimensione domestica è infatti uno degli elementi forti dell'esistere. Garantisce alle persone *“senso di benessere, di appartenenza e di coerenza”*⁸⁵. Come sottolineano alcuni autori⁸⁶, la casa è un luogo, l'abitare è un processo che ha a che vedere con socialità, significati e relazioni. Questo processo si sviluppa in territori, in un *“intorno”* che esprime facilitazioni o barriere all'espressione di sé⁸⁷. In molti paesi europei è già in corso una sostanziale evoluzione delle logiche d'intervento. Ad esempio, è stata in gran parte superata la tradizionale dicotomia fra servizi domiciliari e residenziali. I paesi che destinano investimenti più elevati verso i sistemi domiciliari mantengono investimenti elevati anche sul versante residenziale⁸⁸. Non si tratta del fallimento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione genericamente attribuito ai servizi domiciliari, quanto della nuova interpretazione dei servizi abitativi e residenziali. Soprattutto nei paesi scandinavi, le forme abitative a caratterizzazione sociale superano per posti letto le istituzioni di ricovero sanitarizzate⁸⁹. In questo scenario *“le soluzioni abitative “leggere” giocano un ruolo importante nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenze a carattere sanitario, destinate eminentemente ai percorsi di fine vita”*⁹⁰. In altre parole, i due modelli, residenziale/abitativo e

⁸³ Instrumental activities of daily living, IADL. Rappresentano le attività che richiedano ausili tecnici o strumentali: fare acquisti, cucinare, utilizzare gli elettrodomestici, gestire le proprie finanze, governare la casa, gestire le proprie terapie, utilizzare mezzi di trasporto (mezzi pubblici, auto, taxi)

⁸⁴ Basic activities of daily living, BADL. Riguardano le funzioni primarie; lavarsi, vestirsi, utilizzare i servizi igienici, fare il bagno, alimentarsi.

⁸⁵ Gilleard, C. (2007), *The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England*, in *“Research on Aging”*, 29, pp. 590-605.

⁸⁶ Scortegagna, R. (2013), *Uno sguardo etico e politico che interroga il lavoro sugli anziani. La resistenza a ogni istituzionalizzazione*. Convegno: *“Verso nuovi modelli di residenzialità con persone anziane”*. Koinè, Animazione Sociale. Arezzo, 22 maggio.

⁸⁷ World Health Organization. Health ICF. WHO, Geneva, 2001.

⁸⁸ Predazzi, M. (2014), *Arco di vita e Habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali*, in *“Abitare Leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani”*, Fondazione Cariplo, Quaderni dell'Osservatorio, n.17, Milano.

⁸⁹ Giunco, F. (2021), *Diversificare le soluzioni. Il caso della Danimarca*, in Guaita A., Costanzi C. (a cura di); *“RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri”*. Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna.

⁹⁰ Predazzi M. *Op. cit.*

domiciliare, non rappresentano domini contrapposti, ma supporti sinergici per la realizzazione di un sistema integrato il più possibile adattabile alla complessità e variabilità della domanda. Piuttosto, nel documento, l'abitare viene proposto come prima e indispensabile forma di servizio⁹¹, sussidiaria a una efficace evoluzione dei sistemi di domiciliarità.

Questo tema rimanda a una esigenza più ampia. In Italia, oltre il 90% degli ultrasessantacinquenni, soli o in coppia, vive in una casa di proprietà (ISTAT, 2019). La progettazione delle abitazioni e i modelli di organizzazione urbana hanno però dedicato una ridotta attenzione alle esigenze delle persone lungo l'intero arco della vita. Molte caratteristiche delle abitazioni (dimensioni, organizzazione dei locali, accessibilità, strutturazione condominiale, collocazione urbana) possono rappresentare una facilitazione o una barriera al benessere e all'autonomia, influenzando la socialità, la facilità del lavoro di cura, la relazione con i servizi essenziali e la percezione di sicurezza. Si tratta di realizzare città, contesti abitativi e case compatibili con le esigenze dell'intero arco di vita delle persone, per prevenire i rischi di fragilità, generare una minore domanda sanitaria e ridurre il ricorso improprio o intempestivo ai tradizionali servizi di residenzialità collettiva⁹². Si fa riferimento alle raccomandazioni dell'OMS per la promozione di città e ambienti age-friendly⁹³ e per l'invecchiamento in salute⁹⁴. Non da meno, alle raccomandazioni per la realizzazione di edifici a misura di anziano⁹⁵ e ai più recenti aggiornamenti rispetto a qualità costruttiva, organizzativa, ambientale e di integrazione di rete delle nuove piattaforme abitative^{96,97}. Queste raccomandazioni hanno trovato ampia applicazione in molti paesi a economia avanzata⁹⁸. Le buone pratiche propongono decine di denominazioni, legate alla tradizione locale, alla cultura di vita, alle scelte programmatiche o ad alcune caratteristiche organizzative (case-famiglia, case-protette, cohousing, abitazioni con servizi accessori, comunità, abitazioni protesiche, cohousing protesico o solidale, housing sociale o cohousing sociale, servizi di vita assistita, residenze sociali)⁹⁹. In questo senso, l'articolato propone la collocazione in un unico macro-contenitore (SAdS) di tutte le forme di "abitare diverso"¹⁰⁰ o di "abitare possibile"¹⁰¹ già presenti in molti territori. Si tratta di soluzioni

⁹¹ Scortegagna R., *Op cit.*

⁹² Falasca, C. (2018), *Il diritto di invecchiare a casa propria; l'esperienza internazionale*, in "www.welforum.it", 20 dicembre.

⁹³ OMS (2017), *Global strategy and action plan on ageing and health*, OMS, Ginevra.

⁹⁴ OMS (2012), *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020*, Malta, 10-13 settembre.

⁹⁵ OMS (2008), *Città a misura di anziano: una guida*, Quaderni di sanità pubblica. CIS editore. Anno 30, n. 149.

⁹⁶ The Global Network for Age-friendly Cities and Communities (2018), *Looking back over the last decade, looking forward to the next*, OMS, Ginevra.

⁹⁷ OMS (2021), *Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action*, OMS, Ginevra.

⁹⁸ Un'analisi estesa di queste tipologie di risposta si trova nel rapporto finale del progetto di ricerca Abitare Leggero (Giunco F. Abitare leggero: verso nuovi modelli di residenzialità per anziani. Quaderni dell'Osservatorio. Fondazione Cariplo, 2014) e nelle pubblicazioni di Antonio Guaita e Carla Costanzi (Guaita A, Costanzi C. RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri. Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2021) e di Claudio Falasca (Falasca C. Il diritto di invecchiare a casa propria: problemi e prospettive della domiciliarità, Ed. Liberetà 2018).

⁹⁹ Predazzi M. *Op. cit.*

¹⁰⁰ Definizioni proposte da Paolo Da Col, Centro Studi Area Cure Domiciliari CARD, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto, Società scientifica delle attività sociosanitarie territoriali, 2022

¹⁰¹ In molti Comuni sono già diffuse forme abitative con queste caratteristiche. Fra le molte è possibile citare l'avviso pubblico proposto a settembre 2021 nel Comune di Tavagnacco (UD) con il coinvolgimento della Regione Friuli-

fluide, ad organizzazione leggera, rispettose della cultura abitativa locale e delle specificità dei diversi territori, in un continuum proporzionato alla continuità della vita in vecchiaia e dei bisogni che lungo di essa possano manifestarsi. Possono essere progettate come soluzioni specifiche (comunità, villaggi, coabitazione solidale), oppure attraverso l'arricchimento con servizi di prossimità dei normali contesti abitativi a maggior prevalenza di anziani (condomini solidali, badante di comunità o di condominio). Possono anche rappresentare una evoluzione dei più tradizionali sistemi di housing sociale (housing sociale di servizio)¹⁰², superando l'orizzonte della sola offerta ad affitto calmierato o concordato¹⁰³.

I contenuti (punti 1,2 e 3)

Il punto 1 propone una definizione sintetica di questo ampio insieme di soluzioni, utile a riconoscerne l'esistenza e l'utilità sociale ed a favorirne l'integrazione nelle logiche della programmazione e della regolazione.

Il punto 2 propone di mantenere queste soluzioni nell'ambito della civile abitazione, anche quando questa sia arricchita da forme organizzate di supporto alla vita indipendente e alla vita assistita. In questo senso, le soluzioni abitative di servizio sono distinte dai servizi di residenzialità collettiva a diversa intensità assistenziale o clinica (residenze sanitarie, residenze sociali) che rispondono a bisogni di maggiore complessità. Trovano invece una naturale continuità con i servizi di cure domiciliari, che possono garantire risposte specifiche agli anziani che vivono nelle normali abitazioni o nelle soluzioni abitative di servizio, integrate con le facilitazioni strutturali o organizzative che queste ultime possono garantire.

Il punto 3 definisce gli elementi base di questa modellizzazione:

- **buona qualità costruttiva**: fa riferimento alle indicazioni di letteratura e alle raccomandazioni per la costruzione e integrazione urbana di abitazioni adatte o adattabili alla vecchiaia¹⁰⁴;

Venezia Giulia, dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Friuli Centrale e dell'Ambito sociale dei Comuni del Friuli Centrale, in ATI con ITACA cooperativa sociale ONLUS e l'Associazione Vicini di Casa Onlus

¹⁰² OECD (2020), *Social housing: A key part of past and future housing policy*, Employment, Labour and Social Affairs Policy Briefs, OECD, Paris, <http://oe.cd/social-housing-2020>

¹⁰³ Cocco F. (2011), *Residenze sociali per anziani. Il modello della "vivienda dotacional" del Comune di Barcellona*, in "Atti della Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa". Milano, 29 settembre-1° ottobre.

¹⁰⁴ A titolo esemplificativo, si può fare riferimento al Lifetime Homes britannico; si tratta di 16 raccomandazioni per la realizzazione di abitazioni confortevoli in grado di sostenere le necessità di persone e famiglie nelle differenti età della vita. La prima stesura, sviluppata da un gruppo di esperti appartenenti a organizzazioni non profit, risale agli anni '90; la versione più attuale, dettagliata, è del luglio 2010 (Lifetime Homes. Revised Lifetime Homes Standard. Habinteg, Luglio 2010). Queste attenzioni sono state integrate, come guida per le autorità locali, nella programmazione nazionale (HM Government, 2011) insieme al Lifetime Neighbourhoods (HM Government. Lifetime Neighbourhoods. Department for Communities and Local Government. London, 2011), orientato verso modelli di inclusione sociale e di urbanizzazione age-friendly (HM Government, 2011). Un secondo esempio è rappresentato dal Senior Citizen Label olandese, introdotto nel 1991 dallo Steering Committee for Experiments in Public Housing (OECD, 2003). Si tratta di un sistema di certificazione della qualità costruttiva delle abitazioni per anziani basato su 71 criteri, 31 dei quali obbligatori per ottenere la certificazione di abitazione adattabile alle esigenze di chi è anziano. Molte di queste raccomandazioni sono state successivamente integrate negli standard costruttivi approvati dal Governo olandese nel 2002 (WoonKeur, Label for Living) (Englebert, 2005). Questi, insieme ad altri atti normativi, hanno inciso sulla qualità costruttiva delle abitazioni del paese, il 50% delle quali sono oggi prive di barriere e certificabili come adatte alle esigenze dei più anziani (Stula, 2012).

- integrazione con servizi accessori di supporto alla socialità e alla vita quotidiana: favoriscono la risposta locale alle più frequenti necessità della vita quotidiana: relazioni, socialità, arricchimento del tempo, governo della casa, aiuto pratico domestico, percezione di sicurezza, primo intervento in caso di necessità. Possono essere assolve integrando le abitazioni, ad esempio condominiali, con portinerie sociali di servizio; oppure affidandole al coordinamento di organizzazioni territoriali che possano gestire servizi di supporto interni alla struttura o in rete;
- facilitazioni al lavoro privato di cura: l'azione di COLF e assistenti domestiche/badanti è oggi uno dei pilastri del sostegno ad anziani con limitazioni delle autonomie. Alcune soluzioni organizzative possono favorire la sostenibilità sia economica che esistenziale del lavoro di cura: badanti di condominio, sistemi locali di incontro domanda-offerta, integrazione con la centrale organizzativa del sistema condominiale, appartamenti a disposizione di uno o più operatori privati del condominio o del sistema di coabitazione, offerta di risposte continuative temporanee o di risposte a domanda;
- tecnologie assistive: le soluzioni abitative di servizio rappresentano ambiti privilegiati per la diffusione di tecnologie assistive e di ausili tecnologici alla vita sicura (domotica, sensoristica ambientale o indossabile, monitoraggio degli ingressi e delle uscite e dei parametri ambientali, robotica domestica, piattaforme di monitoraggio familiare e di integrazione di rete, sistemi di telecomunicazione e di teleallarme)^{105 106}. Alcune di queste soluzioni sono efficaci nel favorire l'intimità a distanza, la sicurezza familiare e l'azione dei sistemi di cure primarie e di continuità assistenziale¹⁰⁷.

I contenuti (punti 4,5,6,7)

I punti da 4 a 7 definiscono alcune caratteristiche unificanti delle SAdS, interpretate come possibile Livello essenziale di prestazioni sociali. L'attenzione è quella di tutelare la loro appartenenza al macrosistema della civile abitazione, limitando l'applicazione di logiche di autorizzazione di tipo sanitario, che possono irrigidirne o appesantirne l'organizzazione. Si propone di autorizzare non la singola unità d'offerta, quanto di promuovere:

- sistemi certificativi locali, assimilabili o integrativi di quelli delle licenze edilizie, che favoriscano, nel caso di ristrutturazioni o nuove realizzazioni, l'applicazione di criteri di buona qualità costruttiva, oppure che guidino l'integrazione nella rete dei servizi delle soluzioni che abbiano queste caratteristiche;
- sistemi di autorizzazione o accreditamento delle organizzazioni che intendano coordinare e erogare i servizi accessori alle SAdS e che possono essere considerate idonee ad accedere, ad esempio, a convenzioni con gli enti locali o a relazioni formalizzate con i servizi sociali di comunità;

¹⁰⁵ Dewsbury, G (2004), *Depending on Digital Design: Extending Inclusivity*, in "Housing Studies", 19(5), pp. 811–25.

¹⁰⁶ Dohr, A. (2010), *The Internet of Things for Ambient Assisted Living. Seventh International Conference on Information Technology*, in "New Generations".

¹⁰⁷ Kerssens, C. (2015), *Personalized Technology to Support Older Adults with and without Cognitive Impairment Living at Home*, in "American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias", 30(1), pp. 85–97.

- modelli di integrazione di rete che valorizzino la natura di protezione abitativa e sociale di queste soluzioni, senza limitare i diritti delle persone a ricevere i servizi di cure primarie e ad accedere ai servizi semiresidenziali o domiciliari sociali e sociosanitari.

I contenuti (punto 8)

Il punto 8, infine, propone l'avvio di un Piano nazionale per la qualificazione abitativa, ambientale e dell'organizzazione urbana, per favorire la disseminazione e applicazione delle raccomandazioni OMS. Il Piano può introdurre molte facilitazioni per questa evoluzione, coerenti con la Missione 5 del PNRR (Coesione e inclusione, componente "Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo settore") e in continuità sussidiaria con gli interventi della Missione 6. Si propongono inoltre agevolazioni economiche o fiscali o incentivi agli interventi di adeguamento strutturale e tecnologico delle abitazioni, una prioritaria linea di riqualificazione dei sistemi di edilizia pubblica o convenzionata e la diffusione di forme evolute di housing sociale di servizio, indispensabili per sostenere l'impatto futuro dell'invecchiamento della popolazione e del cambiamento della struttura familiare (ISTAT, 2020). Va ricordato come il PNRR ¹⁰⁸dedichi molta attenzione e risorse al tema dei progetti di rigenerazione urbana volti a ridurre le situazioni di emarginazione e di degrado (M5C2, Investimento 2.1), alla implementazione di Piani Urbani Integrati per la riqualificazione dei territori vulnerabili (M5C2, Investimento 2.2) e all'innovazione della qualità dell'abitare, con particolare riferimento alla *riqualificazione e aumento dell'housing sociale, ristrutturazione e rigenerazione della qualità urbana, miglioramento dell'accessibilità e della sicurezza, mitigazione della carenza abitativa e aumento della qualità ambientale, utilizzo di modelli e strumenti innovativi per la gestione, l'inclusione e il benessere urbano*" e agli *Interventi sull'edilizia residenziale pubblica ad alto impatto strategico sul territorio nazionale*" (M5C2, Investimento 2.3) ¹⁰⁹. Viene anche proposta l'ipotesi di un accompagnamento del normale sistema di offerta immobiliare, come già avvenuto in altri paesi. In questo ambito sono già presenti in molti Comuni ipotesi di lavoro interessanti, utili a favorire l'incontro fra domanda e offerta di abitazioni idonee alla vecchiaia. Viene citata, a solo titolo esemplificativo, l'ipotesi di una Agenzia per la mobilità abitativa ¹¹⁰, con la partecipazione dei Comuni con funzioni di controllo, per favorire l'interscambio *win win* fra anziani che vivano in abitazioni sovradimensionate e coppie giovani con non trovino soluzioni praticabili, tutelando o sostenendo lo scambio reciproco di valore economico e sociale.

¹⁰⁸ Commissione Europea. Allegato della proposta di decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia. Bruxelles, 22-06-2021. COM (2021), 344 final

¹⁰⁹ Governo Italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 4 maggio.

¹¹⁰ Amoretti A., *Professione in Famiglia*, 2022

8 – I SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

Funzioni dei servizi semiresidenziali

Come meglio espresso nella presentazione delle ragioni a sostegno del paragrafo 7, la proposta sui servizi semiresidenziali adotta una visione ampia della non autosufficienza, interpretata come percorso di vita piuttosto che come fase statica dell'esistenza delle persone¹¹¹. Lungo la vecchiaia, la perdita delle autonomie è più spesso graduale e progressiva; le conseguenze sulla vita quotidiana sono influenzate da altre variabili (risorse personali, risorse di contesto, variabili economiche e psico-sociali) che possono condizionare la scelta dei diversi setting di cura. In particolare, l'offerta tempestiva di soluzioni proporzionate e personalizzate, a partire dalla comparsa delle prime limitazioni delle autonomie, può influenzare positivamente la salute della persona, la sua qualità di vita e la sua integrazione sociale. Può anche svolgere azione preventiva rispetto ai rischi più frequenti o alla comparsa di eccessi di disabilità o mortalità¹¹².

In questo senso, i servizi semiresidenziali garantiscono risposte complementari e di supporto a persone che vivono nella propria comunità territoriale. Possono garantire risposte diversificate ai bisogni più diffusi che si integrano e sovrappongono a quelli dell'autonomia: socialità, arricchimento del tempo, divertimento, supervisione, supporto¹¹³. Se dotati di accreditamento sociosanitario possono garantire anche prestazioni sanitarie di base o specialistiche e trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, a loro volta integrabili con le risposte dei servizi territoriali di cure primarie, di continuità assistenziale e di cure domiciliari. La proposta, quindi, fa riferimento ad un continuum di risposte possibili, adattabili e personalizzabili secondo la VMD e i desideri e aspettative delle persone.

Profilo dei servizi semiresidenziali

Nella loro forma più integrata e maggior valenza sociosanitaria rispondono alle indicazioni del Capo IV del dpcm 12 gennaio 2017 e, in particolare, dell'art. 21, comma 4 (Percorsi assistenziali integrati) e dell'art. 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti), comma 3. Possono anche operare ai sensi dell'art. 44, comma 2 (Riabilitazione e degenza post-acuzie), per supportare le esigenze riabilitative successive alla dimissione, o possono perseguire specifici obiettivi di prevenzione, monitoraggio della salute, riabilitazione, riabilitazione e stimolazione cognitiva (Centri Diurni Alzheimer), riadattamento alla vita quotidiana (Reablement)¹¹⁴. Non ultimo, possono sostenere primarie esigenze di socialità; oppure integrare

¹¹¹ World Health Organization (2015), *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

¹¹² Vetrano D.L. (2018), *An International Perspective on Chronic Multimorbidity: Approaching the Elephant in the Room*, in "J Gerontol A Biol Sci Med Sci", Sep 11;73(10):1350-1356. doi: 10.1093/gerona/glx178. PMID: 28957993; PMCID: PMC6132114.

¹¹³ Giunco F., (a cura di) (1994), *Anziani e Centri Diurni. Una metodologia dall'esperienza*, Franco Angeli, Milano.

¹¹⁴ Il Reablement è definibile come "un modello orientato alla persona e alle sue autonomie residue, che promuove e ottimizza indipendenza e di benessere. Il suo scopo è quello di garantire un cambiamento positivo utilizzando gli obiettivi definiti dagli utenti ed è progettato per consentire alla persona di acquisire o riconquistare fiducia, capacità e le abilità necessarie per vivere nel modo più indipendente possibile, soprattutto dopo una malattia, traumi o altre

interventi specifici, ad esempio a favore di persone con compromissione cognitiva e demenza; fra queste ultime è possibile citare le esperienze degli Alzheimer Café¹¹⁵ o dei Centri di incontro/Meeting-dem¹¹⁶, a loro volta integrabili con servizi di auto- e mutuo-aiuto per familiari e care-giver.

In questa visione, i servizi semiresidenziali possono prevedere forme di accreditamento sociale o sociosanitario. Nel loro complesso, sono efficaci nelle situazioni in cui la persona con limitazioni delle autonomie può disporre di una rete di sostegno naturale (familiare, amicale, arricchita da assistenti domestici) e di un'abitazione adeguata. Oppure, nelle situazioni in cui la persona sia sola, fragile o a rischio di isolamento o confinamento.

Per favorire la programmazione degli interventi e la coerenza fra bisogni rilevati dalla VMD e le tipologie di risposte che possono essere garantite, viene adottato il modello nazionale di classificazione dei codici di prestazione proposto nel 2007 dalla Commissione LEA del Ministero della Salute (SR, SRD)¹¹⁷:

- a) Le prestazioni SR (prestazioni di mantenimento per anziani) sono erogate a persone non autosufficienti o con rilevanti limitazioni della vita quotidiana.
- b) Le prestazioni di livello SRD: sono erogate a pazienti con demenza che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale. Fanno riferimento a questo modello i Centri Diurni Alzheimer o altre forme semiresidenziali analoghe. Si tratta di servizi diurni specializzati riservati a persone con compromissione cognitiva e demenza e possibili disturbi del comportamento. I centri che erogano prestazioni SRD garantiscono équipe specializzate e strategie di cura orientate a limitare l'utilizzo della contenzione fisica o farmacologica. Possono erogare trattamenti di riabilitazione e stimolazione cognitiva e di supporto all'orientamento. Sono dotati di specifici accorgimenti architettonici utili a favorire libertà di movimento, sicurezza e orientamento.

Rete di risposte integrate

L'offerta semiresidenziale - nel suo *continuum* - può favorire socialità e qualità di vita e integrare la prima offerta di servizi domiciliari sociali. Può anche favorire un uso più efficiente delle risorse domiciliari, potendo garantire funzioni di monitoraggio e supervisione, oppure interventi a maggior contenuto sanitario (controllo delle terapie, misura delle variabili cliniche, screening, prestazioni infermieristiche e riabilitative, interventi di stimolazione cognitiva, gestione non contenitiva delle

condizioni di compromissione della salute" (SCIE, Social Care Institute for Excellence e WHO (2019),. *Denmark. Country case study on the integrated delivery of long-term care*, Copenhagen: World Health Organization. Regional office for Europe series on integrated delivery of long-term care).

¹¹⁵ Boffelli S., Avanzini S., Gottardi F., Berruti N., Rodella A., Trabucchi M., (2019), *Il Coordinamento delle attività dei Caffè Alzheimer: l'esperienza della Lombardia Orientale*, in "I Luoghi della cura Online", n. 4.

¹¹⁶ Rymaszewska J., Chattat R., (2017), *Comparison of the adaptive implementation and evaluation of the Meeting Centers Support Program for people with dementia and their family carers in Europe; study protocol of the MEETINGDEM project*, in "BMC Geriatrics", 17:79.

¹¹⁷ Ministero della Salute, (2007), *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sottogruppo Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*, Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Roma.

anomalie del comportamento). In questo senso, i servizi semiresidenziali possono operare in integrazione con i medici di medicina generale, gli infermieri di comunità e le Case della Comunità. Nella logica del progetto di vita e della continuità assistenziale, è possibile prevedere forme di erogazione diurna multifunzionale, che integrino in tutto o in parte le risposte descritte, anche arricchite da altri servizi territoriali: sportelli, punti di accesso, servizi sociali, servizi distrettuali. Oppure, risposte inter- o multi-generazionali, aperte alle diverse età della vita (asili nido, scuole materne, attività ricreative o sportive, eventi culturali, iniziative di animazione e promozione sociale). A loro volta i servizi semiresidenziali possono essere integrati in centri multiservizi più articolati, che includano offerte residenziali, abitative e domiciliari, promuovendo percorsi di presa in carico personalizzabili e favorendo la continuità di relazione con la comunità e la sua rete dei servizi.

9 – I SERVIZI RESIDENZIALI

Lo scenario attuale

I servizi residenziali italiani comprendono un insieme eterogeneo di strutture. A livello nazionale sono definiti solo alcuni standard strutturali di minima (dpr 14 gennaio 1997) ma scarse indicazioni rispetto a quelli assistenziali. Nel loro complesso il numero di posti letto disponibili corrisponde all'1,9% del totale degli ultrasessantacinquenni italiani¹¹⁸ con importanti differenze regionali. L'offerta è stabile da anni (Istat, 2019) e non segue il tasso di crescita della popolazione 65+. La dotazione media è inferiore a quella europea¹¹⁹, come la qualità costruttiva e delle risposte¹²⁰. La mancanza di definizioni e di criteri di classificazione omogenei e definiti a livello nazionale limita la confrontabilità dei dati, il giudizio di appropriatezza sull'utilizzo di questa offerta e la verifica dei suoi esiti¹²¹. Peraltro, gli atti programmatori nazionali e regionali non riportano dati oggettivi sulla consistenza dei sottogruppi di popolazione che si ritengono coerenti con l'offerta residenziale o sull'intensità assistenziale che si ritiene appropriata rispetto ai diversi livelli di fabbisogno¹²². Molte rilevazioni restituiscono un'immagine più dettagliata delle popolazioni che trovano oggi accoglienza nei servizi residenziali¹²³. A solo titolo esemplificativo:

¹¹⁸ European Commission and Social Protection Committee (2021), *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 2 – Country Profiles*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 194 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

¹¹⁹ WHO. European Health Information Gateway. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_490-5100-nursing-and-elderly-home-beds-per-100-000/ (ultima visita 21 gennaio 2021)

¹²⁰ Guaita, A. (2021), *I servizi residenziali. Guardare indietro per andare avanti*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto. Punto di non ritorno". Maggioli Editore.

¹²¹ Ministero della Salute, (2015), *Revisione OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia*, gennaio 2015

¹²² Brizioli E. (2013), *La costruzione di un sistema tariffario per le RSA basato sui RUG*, In Pesaresi F., "RSA - Residenze sanitarie assistenziali". Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

¹²³ È possibile citare i rapporti pubblicati da molti centri universitari o network di ricerca: Cergas Bocconi, Network Non Autosufficienza, LIUC, Fondazione per la Sussidiarietà, CRISP, CESC, CENSIS, Università Cattolica, Politecnico di Milano

- condizioni croniche complesse e avanzate¹²⁴;
- condizioni o stati di lunga durata con esigenze di cure specializzate¹²⁵;
- popolazioni con compromissione cognitiva e specifiche anomalie del comportamento¹²⁶;
- disabilità gravi e gravissime oltre i limiti di età per la presa in carico nei servizi di area specifica;
- anziani fragili e vulnerabili, con iniziali limitazioni delle autonomie motorie e cognitive e reti di sostegno assenti o inadeguate. Oppure, situazioni di disagio sociale grave in età anziana: senza fissa dimora, ex detenuti, dipendenze, problemi residuali di salute mentale.

Il quadro, non esaustivo, rende evidente il fatto che i servizi residenziali rispondano a necessità diversificate. Se è quindi assodato che la debolezza dei sistemi territoriali, abitativi e domiciliari amplifichi il rischio del ricorso improprio o intempestivo ai servizi residenziali o ospedalieri¹²⁷, è altrettanto evidente come la progettazione e programmazione dei servizi residenziali debba tenere conto di questa realtà, garantendo risposte coerenti quando queste siano necessarie, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali. Questa constatazione non implica il fatto che si debbano prevedere strutture specifiche per ogni sottogruppo, come verrà meglio espresso di seguito, ma che la programmazione deve tenere conto della necessità di garantire risposte appropriate a diversi livelli di fabbisogno. Le proposte descritte sono quindi declinate per profili di appropriatezza, complessità, fabbisogno assistenziale e rischio¹²⁸, in coerenza con quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)¹²⁹.

Principi delle proposte

Il ricorso ai servizi residenziali non contrasta con il principio che la casa, nelle sue diverse declinazioni e nella sua disposizione in rete e in filiera tra i servizi al benessere e alla cura della persona, sia il luogo privilegiato della programmazione sociale e sanitaria. Questa rete deve fornire

¹²⁴ La definizione di condizione cronica complessa o avanzata implica la coesistenza nella persona di grave compromissione motoria e cognitiva, elevata fragilità e multimorbilità, possibile ridotta aspettativa di vita e bisogni di cure palliative (Gomez-Batiste, 2017)

¹²⁵ È possibile citare popolazioni con gli esiti stabilizzati o di lungo periodo di gravi lesioni cerebrali acquisite (stati vegetativi e disturbi cronici della coscienza), le malattie neuromuscolari in fase avanzata, la necessità di terapie di supporto vitale (nutrizione o ventilazione artificiali)

¹²⁶ Si tratta di disturbi del comportamento che possono essere presenti lungo l'intera storia naturale della compromissione cognitiva e demenza e che possono determinare un elevato sovraccarico fisico ed emotivo su familiari e caregiver, soprattutto nelle fasi di scompenso o di riacutizzazione critica. Oppure, possono richiedere cure specializzate per superare crisi del sistema di cura familiare

¹²⁷ Falasca, C. (2018), *Il diritto di invecchiare a casa propria: problemi e prospettive della domiciliarità*, Roma, Ed. Liberetà.

¹²⁸ Guaita A, Costanzi C. (a cura di) (2021), *RSA, oltre la pandemia. Ripensare la residenzialità collettiva e promuovere contesti abitativi accoglienti e sicuri*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

¹²⁹ Il dpcm 12 gennaio 2017 definisce i servizi residenziali al Capo IV, articoli 29 (Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario) e 30 (Assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti). Le prime erogano "trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario". Le seconde a) "trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie"; b) "trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti".

il supporto sociale e sanitario necessario a prevenire il ricorso inappropriato o intempestivo ai servizi residenziali¹³⁰. La stessa rete deve però garantire risposte residenziali appropriate - per organizzazione, specializzazione e intensità di cura - quando l'analisi oggettiva dei bisogni ne individui la necessità, contrastando ogni logica di abbandono terapeutico o di sottovalutazione delle esigenze di cura dei più anziani¹³¹. Viene in ogni caso richiamata una visione reciprocamente sussidiaria dei servizi domiciliari, abitativi, semiresidenziali e residenziali oltre alla necessità di integrazione con i servizi sanitari specialistici e di cure palliative^{132 133}.

Definizione delle prestazioni

I servizi residenziali devono garantire risposte appropriate a bisogni diversificati^{134 135}. Per migliorare la relazione fra intensità dei bisogni e tipologie di risposta, si propone l'adozione del modello di classificazione delle prestazioni sviluppato dalla Commissione LEA nel 2007 e già in uso in diverse Regioni italiane¹³⁶:

- a) Le prestazioni R1 sono erogate in nuclei specializzati riservati a persone non autosufficienti ad elevata complessità assistenziale, anche con necessità di terapie di supporto vitale (ventilazione e nutrizione artificiali) o di specifiche competenze specialistiche (disturbi cronici della coscienza, malattie neuromuscolari in fase avanzata, dipendenza vitale).
- b) Le prestazioni R2 sono erogate in nuclei specializzati riservati a persone non autosufficienti che per livello di disabilità motoria e cognitiva, di fragilità e di multimorbilità richiedono assistenza continua ed elevata tutela sanitaria.
- c) Le prestazioni R2D sono erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) riservati a persone con demenza e specifici disturbi del comportamento o dell'affettività. Garantiscono équipe specializzate, accorgimenti architettonici di tipo protesico e strategie di cura orientate a limitare l'utilizzo della contenzione fisica o farmacologica.

¹³⁰ Trabucchi M., (2020), *Una lunga vita buona. Il futuro delle RSA in una società che invecchia*, Bologna, Il Mulino.

¹³¹ Gomez-Batiste, X. (2017), *Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several european initiatives and recommendations for policy*, in "Journal of Pain and Symptoms Management", pp. 53:509

¹³² EAPC Taskforce 2010-2012. Palliative care in long-term care settings for older people. EAPC, 2013

¹³³ Gómez-Batiste, X. (2017), *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*, Technical Advisory Group of the WHO initiative for Palliative Care. Catalonia.

¹³⁴ Brugnoli A., Zangrandi, A. (2021), *Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza*, Fondazione Sussidiarietà, Milano.

¹³⁵ AA.VV. (2021), *Il futuro delle RSA in Lombardia*, Cooperativa sociale La Meridiana, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

¹³⁶ La Commissione LEA ha proposto nel 2007 un modello di classificazione delle "prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione", definendo anche i relativi codici di prestazione: R1) nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) per persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale; R2) nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive); R2D) nuclei specializzati per persone con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer); R3) prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento). Ai sensi del dpcm del 14 febbraio 2001 (GU 129 del 6 giugno 2001), le prestazioni R1 possono essere assimilabili a quelle ad elevata integrazione sanitaria; quelle R2 e R2D a quelle di residenzialità sanitaria a rilevanza sociale e quelle R3 a quelle di residenzialità sociale a rilevanza sanitaria. Tutte le prestazioni sono ulteriormente declinabili rispetto alle necessità di risposte in fase intensiva, estensiva e di lungoassistenza/mantenimento ex dpcm febbraio 2001.

d) Le prestazioni R3 sono garantite a persone con limitazioni delle autonomie e bisogni sanitari di livello inferiore a quelle dei punti a), b) e c), quando le variabili personali o di contesto definite in sede di UVM consiglino il maggior livello di continuità assistenziale garantito da una struttura di residenzialità collettiva.

Nel caso dei nuclei R1, R2 e R2D si tratta di bisogni di complessità clinica e assistenziale anche particolarmente elevata, oppure tali da richiedere équipe specializzate. Si tratta di bisogni diversi da quelli delle soluzioni abitative di servizio e delle strutture residenziali R3, più orientati verso livelli inferiori di non autosufficienza e con elettive funzioni di mantenimento¹³⁷, oppure aggravati da variabili di fragilità o di vulnerabilità sociale. Un modello di classificazione delle prestazioni definito univocamente a livello nazionale sembra utile per favorire la programmazione, la qualità dei flussi, la stima delle necessità, la coerenza dell'offerta, l'allocazione economica e la valutazione degli esiti.

La codifica delle prestazioni attiene a una dimensione diversa dalla progettazione delle risposte. In questo senso, non sembra utile prevedere strutture diverse per ogni tipologia di prestazioni. Questo, anche per favorire continuità di cure e di relazioni ad anziani che possano andare incontro ad aggravamenti del livello di autonomia successivamente al ricovero, senza che questo debba imporre cambiamenti di struttura che potrebbero non essere né auspicabili né graditi a persone e famiglie. Non da meno, soprattutto in territori con specifiche caratteristiche culturali, storiche o geografiche, sembra utile evitare dispersioni di servizi in più stabili, favorendo piuttosto la continuità di relazioni fra servizi e comunità. Sembra quindi preferibile definire l'integrazione nella stessa struttura di nuclei abitativi a diversa specializzazione (punto 4, a) del paragrafo); oppure, quando appropriato, di prevedere la possibilità di erogare livelli diversi di intensità assistenziali all'interno dello stesso nucleo¹³⁸. Queste scelte, già proprie di molti sistemi di accreditamento regionali, vanno definite contemperando le esigenze di qualità di vita o di qualità delle cure delle persone con la specifica complessità e bisogno di cure ad alta specializzazione di alcune popolazioni.

Sembra ormai ben dimostrata l'utilità di integrare in un unico complesso UDO e servizi differenti che possano condividere sistemi organizzativi e gestionali comuni, anch'essa richiamata al punto 4, a) del paragrafo¹³⁹. Centri integrati multiservizi sono già diffusi in molti ambiti nazionali e regionali; sono in grado di erogare filiere complete di risposte (domiciliari, abitative, semiresidenziali e residenziali e diverso livello di specializzazione), sia sociosanitarie che sociali. Possono contribuire alla solidità organizzativa delle comunità territoriali di riferimento, sotto il governo e secondo le indicazioni dei sistemi istituzionali (Regione, ASL, Comuni) e dei servizi di governo del territorio (COT, Case della Comunità, UVM). Garantiscono anche sostenibilità all'offerta, distribuendo oneri organizzativi e gestionali comuni su un insieme più ampio di servizi.

¹³⁷ Dpcm 5 marzo 2007 (GU Serie Generale, n. 104, 7 maggio 2007)

¹³⁸ Il già citato documento della Commissione LEA precisa che: *"L'erogazione delle prestazioni così individuate avviene, di norma, all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza. È auspicabile che più "nuclei" riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all'interno della medesima struttura residenziale"*.

¹³⁹ AA.VV., (2021), *Op. cit.*

In alcuni casi, possono anche essere previste soluzioni intergenerazionali, aperte a diverse età della vita. Si tratta di forme originali di offerta, che garantiscono nuovi equilibri fra le esigenze di diversificazione e quelle di continuità di cura e dell'offerta di percorso e di filiera.

Caratteristiche fondamentali

Per tutti i servizi residenziali, si richiama la necessità di nuovi modelli costruttivi, a forte impronta abitativa¹⁴⁰:

- la degenza media nei servizi residenziali può essere pluriennale e le priorità del lavoro di cura sono quelle di favorire la qualità di vita e delle relazioni, anche quando queste variabili siano condizionate da livelli elevati di complessità o gravità. Si tratta di favorire la continuità dei rapporti familiari o amicali e quella con la comunità territoriale di appartenenza. Sotto questo aspetto, sembra necessario superare i modelli costruttivi derivati da quelli ospedalieri (camere, lunghi corridoi, centralità architettonica delle infermerie e mediche)¹⁴¹;
- le strutture di nuova progettazione dovrebbero garantire un ambiente amichevole, domestico, familiare, facilitante nei confronti delle normali relazioni di vita. In tutte le strutture, la qualità di vita e il rispetto della dignità e della privacy sono favorite dalla diffusione di camere ad un letto con bagno ad uso esclusivo. Va inoltre promossa un'adeguata dotazione di spazi privato-sociali e privato-pubblici. Si tratta di coniugare privacy e intimità con le primarie esigenze di socialità: visite, incontri, attività, iniziative di arricchimento del tempo, eventi aperti al territorio¹⁴². In questa direzione vanno anche alcuni investimenti previsti dal PNRR¹⁴³. Ad esempio (M5C2, Investimento 1.1, Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti), indirizzati alla riconversione delle case di riposo per anziani (soluzioni R3), in "*gruppi di appartamenti autonomi, dotati di tutte le strutture e i servizi necessari, tra cui l'automazione domestica, la telemedicina e il monitoraggio a distanza*"¹⁴⁴;
- anche i nuclei R1 o R2, chiamati a garantire cure complesse, dovrebbero prevedere spazi privati e spazi di incontro utili a facilitare la presenza di famiglie e volontari. Non da meno, in questi nuclei, le dimensioni delle camere devono essere idonee ad accogliere attrezzature, rendere sicuro ed efficace il lavoro di cura e permettere ai familiari, in caso di aggravamento, di poter restare vicino al proprio congiunto. In questo senso, il modello costruttivo di molti hospice può rappresentare un ottimo riferimento. In presenza di nuclei R1 o R2, dovranno essere presenti aree di servizio professionali definite dal sistema di standard nazionali e locali (studi medici, aree di lavoro infermieristico-assistenziale, palestre, altri locali tecnici), funzionali allo scopo

¹⁴⁰ Guaita A, Costanzi C. *Op cit.*

¹⁴¹ AA.VV. (2021), *Op cit.*

¹⁴² Bottoli, A. (2021), *Luoghi di accoglienza sostenibile*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

¹⁴³ Governo Italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 4 maggio.

¹⁴⁴ Commissione Europea. Allegato della proposta di decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia. Bruxelles, 22-06-2021. COM (2021), 344 final

ma non predominanti sulla componente abitativa, che dovrebbe essere immediatamente percepibile come tale da residenti, amici, familiari e altri visitatori;

- nei nuclei R2D la realizzazione architettonica deve prevedere^{145 146 147} assenza di ostacoli al libero movimento, facilitazioni all'orientamento, ricchezza di luoghi di sosta e di interesse, accessi protetti, sistemi di monitoraggio ambientale, spazi esterni attrezzati realizzati sul modello dei Giardini Alzheimer^{148 149}. Queste soluzioni sono complementari alle strategie di cura comportamentali e relazionali e all'utilizzo di interventi non farmacologici, finalizzati a ridurre il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica;
- per le residenze sociali o R3, sono in realtà preferibili appartamenti con bagno ad uso esclusivo, zona notte e spazio di soggiorno ad uso privato-sociale, come già suggerito dalla linea di finanziamento del PNRR già citata¹⁵⁰, che sottolinea anche il valore delle dotazioni tecnologiche richiamate oltre. Sotto molti aspetti, le forme tradizionali di residenzialità collettiva sociale sono prossime alle molte varianti che possono assumere le soluzioni abitative di servizio (SAdS)¹⁵¹. Entrambe possono garantire protezione abitativa e arricchimento del tempo e delle relazioni ad anziani con limitazioni delle autonomie meno rilevanti, in assenza delle complessità che richiedano l'assistenza specialistica di competenza dei nuclei R1, R2 e R2D;
- alcuni di questi aggiornamenti costruttivi e gestionali (camere singole, rapporto fra numero di residenti e spazi a disposizione) hanno dimostrato di influenzare positivamente i rischi di trasmissione infettiva, come reso evidente dalle conseguenze che la pandemia da COVID -19 ha avuto sulle strutture per anziani di tutti i paesi a economia avanzata^{152 153};
- in tutti i servizi residenziali andrebbero valorizzate molte dotazioni tecnologiche - differenziabili per tipologia di bisogno - utili a migliorare la sicurezza delle persone e del lavoro di cura: sollevatori meccanici a soffitto, letti motorizzati, sistemi di monitoraggio da remoto, sensoristica indossabile o ambientale, sistemi di videochiamata, videosorveglianza, tecnologie assistive^{154 155}. Nei nuclei R1 e R2 possono essere previste dotazioni specifiche: ventilatori

¹⁴⁵ Zeisel J. (2020), *World Alzheimer report 2020: design, dignity, dementia: dementia-related design and the built environment*.

¹⁴⁶ Kok, J.S. (2018), *Quality of life in small-scaled homelike nursing homes: an 8-month controlled trial*. *Health and Quality of Life Outcomes*; 16(1), 1-8.

¹⁴⁷ Fisher, L.H. (2018), *Building design for people with dementia: a case study of a UK care home*, in "Facilities".

¹⁴⁸ Taheri, S. (2021), *Compilation of therapeutic gardens design guidelines with emphasis on promoting the health of the elderly with alzheimer's-systematic review*, in "Haft Hesar Journal of Environmental Studies"; 9(36), 117-134.

¹⁴⁹ Uwajeh, P.C. (2019), *Therapeutic gardens as a design approach for optimising the healing environment of patients with Alzheimer's disease and other dementias: A narrative review*, in "Explore"; 15(5), pp. 352-362.

¹⁵⁰ Governo Italiano (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 4 maggio.

¹⁵¹ Predazzi, M. (2014), *Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali*, in Giunco F (a cura di), "Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani", Fondazione Cariplo. Quaderni dell'Osservatorio.

¹⁵² Anderson, D. (2020), *Nursing home design and COVID-19: balancing infection control, quality of life, and resilience*, in "Journal of the American Medical Directors Association"; 21(11), pp. 1519-1524.

¹⁵³ Hashan, M. (2021), *Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities. A systematic review and meta-analysis*, in "EclinicalMedicine" Mar; 33:100771

¹⁵⁴ Bourbonnais A. (2019), *Conditions and ethical challenges that could influence the implementation of technologies in nursing homes: A qualitative study*, in "International journal of older people nursing", 14(4), e12266.

meccanici, monitor multiparametrici, distribuzione di vuoto e gas medicali, pompe da infusione, sistemi di nutrizione artificiale;

- punto 4, c) del paragrafo, richiama la necessità di definire i limiti massimi di accoglienza dei nuclei (ad es. 20 persone) e delle camere o appartamenti. Sono invece proposte separatamente le dimensioni sia minime che massime delle strutture. Questo dimensionamento sottintende la ricerca di equilibrio fra le esigenze di qualità di vita e di integrazione territoriale delle strutture e quelle di sostenibilità economica e di sicurezza clinica e assistenziale. Sono noti i limiti delle strutture di dimensioni eccessive, ma anche dimensioni troppo ridotte possono diventare problematiche. Nei nuclei a maggiore specializzazione (R1 o R2), possono influenzare negativamente la qualificazione formativa delle équipes, l'acquisizione di esperienza clinico-assistenziale e molte variabili di rischio clinico. Rispetto alla sostenibilità economica e all'efficienza gestionale, le analisi suggeriscono un dimensionamento ottimale compreso fra gli 80 e i 120 posti ¹⁵⁶;
- per tutte le strutture residenziali, l'integrazione con il volontariato e la partecipazione dei familiari alla progettazione degli interventi definiti dal Progetto personalizzato dovrebbe essere definita come norma di esercizio. Per le strutture di maggiori dimensioni, può essere prevista la definizione di un consiglio elettivo dei familiari o di altre forme di rappresentanza della comunità territoriale, utili a favorire la partecipazione alle scelte organizzative e gestionali e il senso di appartenenza alla comunità.

Modelli di accreditamento

Sono proposti due macro-modelli; le Residenze sociosanitarie (RSS) con accreditamento sociosanitario e le Residenze sociali (RS), con accreditamento di tipo sociale. Rispondono rispettivamente a quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) e dai Livelli essenziali di Prestazioni Sociali (LEP).

Le RSS sono orientate a garantire: a) prestazioni a elevata integrazione sanitaria; b) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; c) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Le prestazioni di tipologia c) sono prossime al modello di accoglienza sociale piuttosto che a quello a maggiore impronta sanitaria e specialistica; in questo senso, le RS - orientate a rispondere ai LEP - potrebbero erogare anche prestazioni R3, se le risposte sanitarie previste dal dpcm 14 febbraio 2001 sono garantite dai servizi di cure primarie, di continuità assistenziale e di cure domiciliari del territorio;

¹⁵⁵ Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I. Gruppo di lavoro: "Invecchiamento della Popolazione e Sostenibilità del Servizio Sanitario con particolare riguardo ai malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile: il ruolo della Health Technology Assessment (HTA) per la valutazione tecnica, economica ed organizzativa della Sanità del futuro". Rapporto finale, Roma, 15 maggio 2020.

¹⁵⁶ LIUC Business School, Centro sull'economia e il management nella sanità e nel sociale. Osservatorio settoriale sulle RSA. <https://www.liucbs.it/ricerca-applicata-e-advisory/centro-sulleconomia-e-il-management-nella-sanita-e-nel-sociale/osservatori-e-club/osservatorio-settoriale-sulle-rsa/>

Accesso ai servizi residenziali

Si tratta di un livello essenziale di assistenza e come tale viene richiamato come diritto, guidato da criteri di equità, di universalità e di appropriatezza. Nelle strutture sociosanitarie è condizionato dalla stima oggettiva dei bisogni rilevati secondo VMD e dalla definizione di un progetto personalizzato, proposto alla libera scelta e accettazione delle persone o di chi le rappresenta. Viene richiamata l'utilità di forme di accoglienza sia di breve che lungo periodo, in relazione alla stima dei bisogni, agli esiti attesi e agli obiettivi che il dpcm 12 gennaio 2017 assegna ai servizi residenziali agli articoli 29 (Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario") e 30 (Comma 1 "Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale"; Comma 2 "Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale"). In particolare, le strutture R2D, possono garantire ricoveri temporanei - utili per il superamento di crisi comportamentali acute o per la rivalutazione delle strategie terapeutiche e comportamentali in essere prima del rientro a domicilio - o ricoveri di più lungo periodo in assenza di un adeguato supporto familiare e di variabili clinico-assistenziali che rendano più appropriate le prestazioni di livello R2.

10 – LA PRESTAZIONE UNIVERSALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

I limiti dell'indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento (IdA) è attualmente un trasferimento monetario, erogato dall'Inps, a individui riconosciuti come portatori di invalidità totale (al 100%) permanente e con esigenza di assistenza continua, impossibilitati a deambulare e/o a svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana in modo autonomo. Si tratta di una misura universalistica, senza limiti di età, a cui hanno diritto tutti i cittadini senza vincolo di reddito. Ben il 70% delle indennità è assegnata attualmente a soggetti anziani. Essa costituisce la misura a tutela della non autosufficienza più diffusa a livello nazionale. Il tasso di copertura è attualmente pari al 11.8% (dato 2018) della popolazione anziana. Il finanziamento annuale della misura supera i 10 miliardi di euro¹⁵⁷.

Si tratta dunque di uno dei pilastri fondamentali del sistema italiano di assistenza agli anziani non autosufficienti. Il disegno istituzionale dell'IdA presenta tuttavia alcune criticità, particolarmente gravi, che richiedono una riforma. Tali criticità derivano dal fatto che l'IdA è stata introdotta dal 1980 nel nostro ordinamento a tutela soprattutto della popolazione adulta con disabilità. Nel tempo, a seguito dell'invecchiamento della popolazione, l'IdA è diventata sempre di più una misura fondamentale per la cura della popolazione anziana. Il disegno istituzionale, tuttavia, non è mai cambiato e non si è aggiornato al mutare dei bisogni e delle caratteristiche dei beneficiari. In particolare, la misura non offre oggi un supporto adeguato alla specificità dei bisogni di cura della popolazione anziana. Le principali criticità sono tre:

¹⁵⁷ Gori, C., Gubert, E. 2020, *L'indennità di accompagnamento*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), "Punto di non ritorno. Settimo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Rimini, Maggioli, pp. 83-99.

- a) la valutazione del livello di non autosufficienza che dà diritto all'accesso alla misura avviene sulla base di criteri non chiaramente definiti in assenza di una strumentazione omogenea e standardizzata di valutazione del bisogno; la conseguenza è una estrema differenziazione territoriale nella copertura del fabbisogno, al punto che in alcune Regioni accede all'IdA una quota di anziani doppia rispetto a quella di altre Regioni: una differenza non spiegata dalla diversa incidenza della non autosufficienza nelle Regioni; va inoltre rilevato che sovente situazioni di estremo bisogno di soggetti anziani non vengono valutate con sufficiente attenzione da Commissioni spesso legate ad una visione antiquata della non autosufficienza considerata unicamente come danno biologico;
- b) la misura ha un importo fisso per qualsiasi livello di non autosufficienza e di bisogno di cura; questa rigidità crea una condizione di forte iniquità orizzontale che svantaggia soprattutto le persone anziane in condizioni di non autosufficienza molto grave, che richiedono assistenza continuativa sia diurna che notturna (come, ad esempio, le persone con disabilità cognitiva);
- c) infine, la misura è un trasferimento non vincolato, che può essere utilizzato senza condizionalità dal beneficiario; se questo da un lato riconosce autonomia nell'organizzazione della cura, dall'altro lascia la completa responsabilità dell'organizzazione della cura ai beneficiari, indipendentemente dalla disponibilità di aiuti familiari o di servizi pubblici. La conseguenza è che molte persone utilizzano l'IdA per retribuire un'assistente familiare spesso al di fuori di un contratto di lavoro regolare¹⁵⁸.

Il confronto europeo

L'IdA costituisce una misura che, sia per l'entità delle risorse finanziarie che la sua diffusione, è senz'altro confrontabile con analoghe misure presenti negli altri paesi europei. Le criticità identificate la allontanano, tuttavia, dai programmi di long-term care più aggiornati a livello internazionale. Questi infatti:

- adottano una strumentazione consolidata a livello internazionale di valutazione del bisogno di cura, che garantisce omogeneità e standardizzazione di valutazione su base nazionale, in questo modo garantendo anche la necessaria trasparenza informativa e possibilità di controllo da parte dei cittadini sulla base di questa strumentazione, introducono una graduazione dei programmi di long-term care che garantisca sia di incentrare il sistema di cura sull'equità orizzontale, sia di supportare adeguatamente i soggetti più fragili¹⁵⁹;

¹⁵⁸ Sulle criticità dell'indennità di accompagnamento, si vedano, tra gli altri: Arlotti, M., Parma, A. Ranci, C., 2020, *Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in "Politiche sociali", 1, pp. 125-148; Inps, 2016, *XV Rapporto Annuale*, Roma, Inps; Gori, C., Morciano, M. Pacagnella, O. Rebba, V. (2019), *Assistenza alle persone non autosufficienti: il nodo ineludibile dell'indennità di accompagnamento*, in Arachi, G., Baldini, M. (a cura di), *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2019*, Bologna, Il Mulino, p.255-270.

¹⁵⁹ Da Roit, B., Le Bihan, B., Osterle, A. (2016) *Cash for care benefits*. In C. Gori, J.- L. Fernandez, R. Wittenberg (a cura di), "Long-term care reforms in OECD countries", Bristol: Policy Press, pp. 143-166; Agovino, M., Parodi, G., Sciulli, D. (2020), *Aspetti socio-economici della disabilità: lavoro, reddito e politiche. Il caso italiano in prospettiva comparata*, Torino, Giappichelli.

- stabiliscono una rete di interventi che permetta ai cittadini di accedere a servizi domiciliari o residenziali di tipo professionale, oppure di remunerare assistenti familiari regolarmente assunti. In questo modo i programmi di long-term care danno un'importante spinta all'emersione del lavoro di cura e allo sviluppo di offerta qualificata di servizi professionali, diventando un volano per incrementare l'occupazione nel settore dei servizi¹⁶⁰.

La riforma qui formulata ha l'obiettivo prioritario di modificare l'IdA rivolta alle persone anziane per renderla più adeguata ai bisogni di cura e meglio integrata nel nuovo sistema nazionale di long-term care, lo SNA. L'Ida viene, dunque, tramutata nella nuova Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, una misura in linea con le prestazioni più importanti che sono vigenti nei principali paesi europei¹⁶¹.

Dall'indennità di accompagnamento alla Prestazione Universale

Veniamo adesso agli specifici contenuti del paragrafo. Il punto 1 introduce un nuovo sostegno monetario al bisogno di cura delle persone anziane, la Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, che sostituisce l'indennità di accompagnamento. La nuova provvidenza si qualifica come un contributo economico convertibile opzionalmente in servizi, volto al mantenimento dell'autonomia delle persone anziane in condizione permanente di non autosufficienza.

L'universalismo nell'accesso

Il punto 2 afferma il carattere universalistico della Prestazione Universale, che viene garantita a tutti gli anziani che necessitano di assistenza continuativa. Si stabilisce che il criterio fondamentale per riceverla è la valutazione del bisogno di cura legato alla compromissione dell'autonomia funzionale dell'interessato nella vita quotidiana, e non più l'invalidità vista come danno biologico. In questa logica vengono presi in considerazione anche stati di estrema fragilità fisica e/o psichica conseguenti all'età e non obbligatoriamente a precise cause patologiche, mettendo così in atto una valutazione più realistica della non autosufficienza nell'anzianità.

La valutazione del bisogno di cura è multidimensionale e tiene conto delle molteplici dimensioni dell'autonomia funzionale nella vita quotidiana. Pur restando importante indagare la mobilità fisica, si conferisce attribuisce ugual importanza all'autonomia cognitiva e psichica, alla cura di sé e del proprio corpo, alla capacità di organizzazione nelle attività quotidiane, alla vita di relazione, alla necessità di cure e terapie su base continuativa. La nuova valutazione prevista – Valutazione Nazionale di Base (VNB) - viene inserita nel sistema unico di accesso dello SNA, presentato nel terzo paragrafo della proposta.

¹⁶⁰ Riedel, M., Kraus, M., (2016) *Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU memberstates*. in "International Journal of Social Welfare", 25(1), 7–17.

¹⁶¹ Arlotti, M., Parma, A., Ranci, C. (2017), *Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento*, in "La rivista delle politiche sociali", 3; Arlotti, M., Parma, A. Ranci, C. (2018), *Riformare è possibile? Proposte e discussioni intorno all'indennità di accompagnamento*, in "Politiche Sociali", 1, pp.109-104.

Si prevede l'introduzione di uno strumento standardizzato di valutazione, che ne riconduca la multidimensionalità e la complessità entro un quadro preciso e controllabile sia dal cittadino che dall'autorità incaricata. Rendendo omogeneo e unitario l'operato delle commissioni preposte, tale strumento consente di ridurre la forte eterogeneità territoriale delle valutazioni. Le commissioni valutative sono composte da personale misto, sanitario e sociale, in modo da garantire le competenze necessarie. Infine, lo strumento standardizzato permette di agire con la massima trasparenza nel rapporto con il cittadino, che può esercitare in modo semplificato il diritto di accesso al giudizio della commissione di valutazione o chiederne l'aggiornamento in caso di cambiamento delle sue condizioni.

Importo variabile in base al fabbisogno assistenziale

Il punto 3 prevede l'introduzione di un sistema di valutazione a punteggio, che permetta di determinare non solo il possesso dei requisiti minimi per accedere alla prestazione ma anche l'attribuzione di un importo differenziato in base al bisogno di cura. Questo porta la realtà italiana ad allinearsi con tutti gli altri sistemi europei di long-term care e a superare uno dei limiti principali della situazione attuale, che non riconosce l'esistenza tra la popolazione non autosufficiente di stati di bisogno notevolmente variegati. Il nuovo meccanismo permette di garantire equità orizzontale tra persone con bisogni di cura di differente intensità. Vengono previste alcune fasce di bisogno a cui si applicano importi graduati, anche attraverso una stima dell'attività di cura necessaria.

L'alternativa tra trasferimento monetario e servizi alla persona

Per la Prestazione si introduce un'opzione alternativa al semplice percepimento di un trasferimento monetario, consistente nell'usarla per acquisire servizi professionali autorizzati o accreditati oppure per pagare un assistente familiare regolarmente contrattualizzato. Il ricorso alla seconda possibilità viene premiato con un aumento dell'importo spettante. Si sostengono in questo modo il potenziamento e la riqualificazione dei servizi di cura e si favorisce l'emersione del lavoro di cura degli assistenti familiari, con importanti ricadute occupazionali. Nella seconda opzione il contributo svolge un ruolo complementare o suppletivo delle reti familiari, migliorando la capacità economica su cui possono contare i beneficiari per reperire gli aiuti necessari. La prestazione inoltre può essere impiegata anche per usufruire di servizi domiciliari o residenziali accreditati, nell'ambito di un piano assistenziale individuale elaborato con i servizi territoriali.

11 – GLI INTERVENTI PER LE ASSISTENTI FAMILIARI

La Prestazione Universale per le assistenti familiari regolarmente assunte

Nel nostro Paese la maggioranza del mercato privato di cura è sommerso, non dichiarato. Secondo le nostre stime si tratta di almeno il 60% del totale dei rapporti di lavoro, a fronte di 437.663 posizioni registrate all'Inps (ultimo dato disponibile). Il lavoro irregolare è frutto di una duplice

convenienza: del datore di lavoro, cui l'assistente familiare costa meno e non implica complicazioni burocratiche; dell'assistente familiare, che percepisce al netto una paga solitamente maggiore. L'assenza di un contratto porta a innumerevoli problemi¹⁶² riguardanti la tutela del lavoratore e dei suoi diritti (orari di lavoro, ferie, malattia, rescissione dei rapporti) ma anche quella degli anziani non autosufficienti (es: garanzia di trasparenza, correttezza e qualità delle mansioni svolte dall'assistente familiare).

Un importante strumento per far emergere il lavoro non dichiarato è quello di istituire una versione potenziata della Prestazione Universale per la non Autosufficienza, a fianco di quella base il cui utilizzo è libero e non tracciabile. L'introduzione della Prestazione Universale con questa duplice modalità di fruizione offre infatti la facoltà di scegliere tra una somma di denaro, spendibile senza la necessità di giustificarne l'utilizzo, e un importo potenziato per ricevere servizi professionali acquisibili anche attraverso l'assunzione regolare di un assistente familiare. Questa seconda opportunità favorisce l'occupazione qualificata, come dimostra l'esperienza tedesca che lascia questa opzione ai cittadini. In Germania inizialmente ha prevalso la tendenza alla monetizzazione senza vincoli; tuttavia, negli anni le cose sono cambiate e la preferenza è andata verso l'utilizzo del contributo per avvalersi di servizi domiciliari¹⁶³.

La possibilità di incentivare, grazie a un valore superiore, l'uso della Prestazione Universale per fruire di servizi anziché come somma libera da vincoli, farà emergere in modo incisivo il mercato sommerso della cura, nell'ambito di una rete di sostegni più trasparente e collegata al sistema degli aiuti pubblici, sociali e sociosanitari.

L'agevolazione fiscale per chi non percepisce la Prestazione Universale

Il tema delle agevolazioni fiscali si pone in modo complementare al primo punto. Oggi la disciplina fiscale riconosce due tipi di sgravi per chi ricorre a lavoratori domestici regolarmente assunti; queste possibilità incidono però ancora troppo poco nel mercato privato e informale della cura¹⁶⁴.

Anche in questo caso l'obiettivo è quello del punto precedente: ridurre l'irregolarità attraverso un maggior sostegno alle famiglie che assumono assistenti familiari per la cura di anziani non autosufficienti, rendendo in certa misura "conveniente" il lavoro dichiarato e riducendone i costi, ossia il differenziale economico e di gestione burocratica col mercato irregolare. Il perimetro di azione però varia rispetto al punto 1: l'agevolazione fiscale è rivolta a chi non riceve la Prestazione Universale per la Non Autosufficienza. Ciò evita possibili e incongruenti sovrapposizioni di benefici tra le due misure. La strada è quella di uno sgravio fiscale diverso: potenziato rispetto al

¹⁶² S. Pasquinelli, F. Pozzoli, *Badanti dopo la pandemia, Quaderno WP3* del progetto "Time to care", Milano, 2021.

¹⁶³ Si veda L. Beltrametti, *Voucher sociali a sostegno del lavoro di cura*, in S. Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta*, Roma, Ediesse, 2013. Sul caso tedesco si veda anche G. Fosti, E. Notarnicola (a cura di), *Il welfare e la Long term care in Europa*, Milano, Egea, 2014.

¹⁶⁴ Si tratta di due misure fortemente limitate in termini reddituali: una detrazione d'imposta che consente un beneficio fiscale massimo di 399 euro all'anno e una deduzione dal reddito che genera un beneficio fiscale annuo, variabile in base all'aliquota Irpef del datore di lavoro da 356 a 666 euro. Si tratta di benefici limitati rispetto alla spesa per l'assistenza ai non autosufficienti che, nel caso di assistenti familiari conviventi a tempo pieno, arriva a sfiorare i 16.000 euro annui.

regime attuale, più semplice e consistente in un'unica misura (sia essa di deduzione oppure di detrazione). In sintesi, la nuova agevolazione per chi assume un assistente familiare è connotata da aspetti di maggior trasparenza e semplificazione, oltre che di maggior incisività, rispetto al sistema attuale.

Il profilo professionale

Per profilo professionale dell'assistente familiare intendiamo l'insieme delle competenze utili a svolgere il lavoro di assistenza a una persona non autosufficiente. Nel nostro Paese non esiste un profilo professionale unico sancito a livello nazionale, mentre sono presenti varie normative regionali¹⁶⁵ piuttosto disomogenee tra loro e diversi livelli/profili di inquadramento contrattuale. Parimenti, mancano sia criteri omogenei di valutazione delle competenze già acquisite, sia la definizione di un iter formativo di base per raggiungere la qualificazione di assistente familiare; gli iter stabiliti in sede regionale hanno finora formato una quota assolutamente marginale di lavoratori. Occorre tendere a un sistema omogeneo quanto a capacità professionali di assistere e “trattare” la non autosufficienza, nelle sue diverse e molteplici manifestazioni. Evitando il rischio di “ingessare” una figura che opera sul libero mercato, e che deve mantenere elementi di flessibilità nel ruolo e nell'aderenza ai bisogni (poco codificati e spesso mutevoli) delle famiglie come datori di lavoro.

Ciò richiederà di porre attenzione:

- a. Alla durata (numero di ore) del percorso base di formazione, che consenta alle assistenti familiari di non percepirlo come un onere eccessivo rispetto al risultato che possono ottenere alla fine. Lo scarso grado di “attrazione” della formazione è uno dei problemi che fino a oggi ha afflitto l'offerta formativa in questo settore;
- b. Alla previsione di riconoscere le competenze pregresse, acquisite sul campo: molte assistenti familiari fanno questo lavoro da molti anni e va preso in considerazione in fatto di validare le competenze già acquisite;
- c. Alla possibilità di costruire percorsi formativi per moduli e unità di competenza, in modo da differenziare gli iter sia in base alle abilità già possedute, sia in base a “specializzazioni” diverse, riguardanti per esempio la gestione delle demenze, delle malattie neurodegenerative e così via. Iter formativi non chiusi, ai quali possano aggiungersi nel tempo moduli di competenze specifiche, arricchendo via via il curriculum professionale.

Inoltre, bisognerà considerare la questione dell'armonizzazione del profilo professionale nazionale di assistente familiare con il CCNL maggiormente rappresentativo (e maggiormente applicato) di disciplina del rapporto di lavoro domestico, e i relativi livelli di inquadramento presenti, in particolare in relazione al Livello D super.

La definizione del profilo professionale nazionale e del relativo iter formativo di base permetterà:

- a. Di favorire il riferimento unificato alla stessa figura professionale e di parlare così un unico “linguaggio” su tutto il territorio nazionale in merito alle competenze acquisite;

¹⁶⁵ Si veda l'Atlante regionale nel sito di Fidaldo.it

- b. Di promuovere il collegamento con la rete pubblica dei servizi che si potrà avvalere, in modi e forme variabili, di questa figura sapendo che a essa corrispondono competenze univoche. Si potrà così generare un effetto volano della figura dell'assistente familiare qualificato anche all'interno della rete dei servizi per la non autosufficienza.

Ciò aiuterà a spingere anche forme di lavoro somministrato, nelle quali non sono più le famiglie i datori di lavoro perché a occuparsi delle assunzioni sono centri, agenzie o cooperative. In Inghilterra, per esempio¹⁶⁶, il supporto ricevuto da un assistente familiare (*PA, personal assistant*) rientra nel novero dei servizi domiciliari offerti e finanziati dagli enti locali a favore dei non autosufficienti in seguito alla valutazione dei loro bisogni; ciò riduce la distanza tra mercato privato della cura e servizio pubblico.

Favorire l'incontro tra domanda e offerta

Diverse Regioni hanno promosso negli anni servizi di *front line* dedicati all'incontro tra domanda e offerta di cura, intercettando una discreta quota di richiesta di aiuto da parte delle famiglie¹⁶⁷. Tuttavia, si sono susseguiti percorsi e modalità operative differenti, con esiti diversificati. Gli "sportelli badanti" sono i servizi su cui anche il mercato privato ha investito di più. Questi luoghi, che recentemente hanno preso anche la forma di piattaforme digitali, diventano efficaci nel ridurre l'isolamento familiare se non si limitano a fare *matching* ma se si occupano anche di ciò che viene "prima" e "dopo" gli abbinamenti. Se, quindi, non facilitano solo l'incontro tra domanda e offerta ma realizzano ex ante attività d'informazione (molto carente), consulenza, orientamento, e interventi ex post di monitoraggio sulla qualità dell'assistenza, di tutoraggio sul lavoro svolto dalle badanti, di presidio sulle cure fornite e di risoluzione dei conflitti. Essi acquistano dunque efficacia se riescono a integrare azioni e servizi diversi, valorizzando i soggetti già presenti sul territorio.

Linee guida nazionali possono orientare l'azione di front line in modo efficace nella logica del "*One stop shop*", il luogo unico che offre risposte diverse e le collega tra loro, utilizzando piattaforme ricompositive anche digitali, ma senza abbandonare la dimensione indispensabile del rapporto e dell'interazione in presenza. Processi di accreditamento garantiranno inoltre il funzionamento di questi luoghi in base a precisi standard qualitativi e operativi, con un dimensionamento sull'ambito locale. Da questo punto di vista, potrebbero essere funzionalmente collocati nelle Case della Comunità previste dal PNRR.

¹⁶⁶ F. Pozzoli, *Direct payments, anziani e caregiver: il caso inglese*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3, 2021.

¹⁶⁷ S. Pasquinelli, G. Rusmini, *Le assistenti familiari e il lavoro privato di cura*, in NNA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Settimo Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2021.

12 – GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DEI CAREGIVER FAMILIARI

Caregiver familiari

L'aumento demografico degli over settantacinquenni e la diffusione della non autosufficienza hanno incrementato in modo esponenziale il bisogno di assistenza continua, con pesanti ricadute sulle famiglie¹⁶⁸. Secondo il “Rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” elaborato da ISTAT, in Italia assolve a compiti di cura il 14% della popolazione, pari a 7.293.000 persone, delle quali 2.146.000 con un impegno assistenziale superiore alle 20 ore settimanali. L'età dei familiari che si prendono cura spazia dai 15 anni a ben oltre i 65, con l'insorgere di problemi che - in modo differenziato - investono i rispettivi progetti di vita. Nel nostro Paese, inoltre, l'attività di cura ha una marcata connotazione di genere, comporta difficoltà di conciliazione (si stima che oltre il 25% delle persone che lavorano abbiano contemporaneamente un rilevante impegno di cura quotidiano) e determina il rischio di fuoriuscita dal mercato del lavoro e d'impoverimento. La definizione di caregiver familiare proposta si rapporta al sistema di valutazione e accesso allo SNA, è coerente con la valorizzazione della cura familiare e non è vincolata al requisito “formale” della convivenza con l'assistito (vedi anche Art.1- Comma 255- Legge 205/17), bensì all'espletamento di funzioni di cura esplicitate nel Progetto assistenziale integrato (PAI).

Valutazione

La valutazione delle condizioni della persona anziana e la predisposizione del relativo progetto assistenziale integrato, con gli interventi da effettuarsi da parte dei servizi formali e da parte dal caregiver familiare, comportano anche la valutazione dei bisogni di quest'ultimo (in tal senso vedi anche finalità del Fondo nazionale Caregiver di cui all'Art. 1- Comma 254 – L.205/17). In entrambi i momenti valutativi dello SNA – Valutazione Nazionale di Base e valutazione delle UVM locali – viene effettuata la valutazione dell'assistenza prestata dal caregiver, delle sue condizioni e delle sue necessità di supporto: ciò contribuisce alla definizione/implementazione degli interventi rivolti sia ad esso sia alla persona assistita.

Progetto assistenziale integrato

Il caregiver familiare opera per il benessere della persona anziana inserita nello SNA offrendo sostegno relazionale, affettivo, di supporto all'inclusione sociale e alla continuità assistenziale. Tali funzioni devono essere identificate, inserite nel PAI e distinte - per competenza, ruolo e contenuti - da quelle svolte dagli operatori professionali. L'assunzione del ruolo di caregiver familiare e il conseguente svolgimento di compiti precisati nel PAI da parte di un determinato soggetto richiedono che l'assistito espliciti il suo assenso (in modo diretto o tramite amministratore di sostegno o tutore). Ciò può avvenire, ad esempio, tramite autocertificazione (già in vigore in alcune

¹⁶⁸ ISTAT (2015), *Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea*, Roma Istat.

Regioni come l'Emilia-Romagna ed il Lazio¹⁶⁹). L'attestazione dello status di caregiver avviene previo accesso della persona assistita nello SNA e all'inserimento nel progetto assistenziale integrato delle funzioni di cura assolute.

Interventi

Lo svolgimento di funzioni di cura nel lungo periodo e l'intensità del caregiving familiare impattano sulla salute psico-fisica del caregiver¹⁷⁰. Da ciò l'esigenza di offrire interventi di sollievo non solo residenziali, ma specificamente a livello domiciliare (sono in atto positive esperienze di sostituzioni settimanali del caregiver familiare a partire da un minimo di quattro ore) e di sostituzione in casi di emergenza¹⁷¹ (vedi ad es. ricoveri ospedalieri urgenti o programmati)¹⁷². Le ricadute della cura possono manifestarsi anche con stati di stress cronico con risultanze di depressione nonché di veri e propri livelli di burn out, rispetto ai quali è essenziale poter offrire tempestivamente sostegno psicologico. Sovente l'emergere di stati di depressione si collega al timore di non avere adeguate competenze nello svolgimento del ruolo. Al fine di rafforzare la capacità di cura del caregiver e al contempo qualificare l'intervento assistenziale, si ritiene fondamentale predisporre percorsi formativi di educazione alla cura e di addestramento sul caso. A fianco di tali azioni, che dovranno rientrare nell'ambito dei livelli essenziali di prestazioni sociali e sanitarie, si potranno prevedere punti di accoglienza, di informazione, orientamento, aggiornamento su temi specifici, gruppi di auto mutuo-aiuto, gruppi di parola, di cammino ecc. In un'ottica di sussidiarietà tali interventi potranno essere messi in campo anche da amministrazioni regionali/locali e soggetti del terzo settore.

Tutele previdenziali

Oltre a garantire al caregiver familiare l'assicurazione contro gli infortuni (vedi il Regolamento INAIL del 2019 che ha esteso i suoi interventi a questa figura¹⁷³), è necessario offrirgli tutele previdenziali¹⁷⁴ coerenti con l'impegno assistenziale svolto. In merito, oltre alla continuità dell'APE sociale, si sottolinea la necessità di riconoscere al caregiver familiare contributi figurativi ai fini della pensione. Ad esempio, il DdL n. 1461 in discussione al Senato prevede il riconoscimento di tre anni di contributi figurativi.

¹⁶⁹ Regione Emilia-Romagna: Determinazione 15465/2020.

Regione Lazio: Deliberazione 8 giugno 2021, n. 341 Approvazione delle "Linee guida regionali per il riconoscimento del "caregiver familiare", la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno.

¹⁷⁰ Petrini, M., Cirulli, F., D'Amore, A., Masella, R., Venerosi, A., Carè, A., (2019), *Health issues and informal caregiving in Europe and Italy*, Centro di Riferimento Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

¹⁷¹ Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024: Art 43 (LEPS) commi 159-17130/12/22 Ordine del giorno che impegna il Governo a valutare l'opportunità, nel primo provvedimento utile, d' inserire nei Livelli essenziali delle prestazioni sociali sulla non autosufficienza anche i servizi di sollievo domiciliari ai familiari che, con continuità, si prendono cura delle persone non autosufficienti.

¹⁷² Pesaresi F., (2021), *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

¹⁷³ Det Pres. Inail 563/2019.

¹⁷⁴ Legge delega per la riforma del sistema previdenziale Art 1 r comma2 lettera r), comma10 lettera b).

Conciliazione

Il carico di cura connesso alla non autosufficienza, da un lato, e la contrazione dei nuclei familiari con la mancata ripartizione dei compiti assistenziali tra i parenti, dall'altro, hanno sui caregiver pesanti conseguenze (modifiche nel progetto di vita, difficoltà di conciliazione, stress cronico, isolamento, rischio d'impoverimento...). Questi sono i motivi di fondo che impongono il rafforzamento di politiche pubbliche a sostegno del familiare che si prende cura. Nel merito, ci si riferisce al superamento dei limiti della L.104/92 e al rafforzamento delle politiche di conciliazione e pari opportunità¹⁷⁵, come esplicitamente richiamato nei pilastri sociali dell'Unione Europea¹⁷⁶.

Giovani caregiver

Secondo l'ISTAT ("indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea") nel 2015 oltre 391.00 individui tra i 15 e i 24 anni assolvevano a compiti di cura nei confronti di familiari. La pandemia ha aumentato il carico di cura familiare comportando un impegno crescente - in termini quantitativi e qualitativi - di adolescenti e giovani adulti. L'assunzione di responsabilità di cura durante l'infanzia e l'adolescenza rappresenta un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo psicofisico e l'inclusione sociale. L'identificazione¹⁷⁷ dei giovani caregiver è importante¹⁷⁸ al fine di comprenderne i bisogni, sostenerli, tutelarne il diritto all'educazione e all'istruzione, promuoverne il benessere psico-fisico, favorire la conciliazione tra tempo di cura e tempo di studio, valorizzare l'impegno di cura, facilitare la transizione dalla scuola al lavoro (es tramite il riconoscimento di crediti formativi, l'allentamento dei vincoli di frequenza, l'equiparazione allo status di studente lavoratore). Il perseguimento di tali obiettivi implica la predisposizione di interventi specificamente mirati su questa fascia di popolazione in quanto portatrice di bisogni particolari

13 – ADULTI CON DISABILITÀ CHE INVECCHIANO

L'innalzamento dell'età delle persone con disabilità congenite o acquisite non per motivi legate all'invecchiamento è ormai un elemento noto e acquisito ed è da tempo entrato a pieno titolo nel confronto (culturale, istituzionale e professionale) che cerca di comprendere e definire le migliori azioni e interventi per garantire il pieno godimento dei diritti civili, sociali ed economici su basi di uguaglianza e pari opportunità di tutti i cittadini.

¹⁷⁵ Indagine sulla Conciliazione tra lavoro e famiglia (anno di riferimento dati 2018); *Eurosta: Reconciliation of work and family life – statistics 2018*.

¹⁷⁶ Pilastro europeo dei diritti sociali CAPO I Pari opportunità e accesso al mercato del lavoro CAPO II Condizioni di lavoro eque CAPO III Protezione sociale e inclusione 2017.

¹⁷⁷ Children Act, 2014 UK. Parallelamente al Care Act, il legislatore inglese ha adottato il Children and Families Act, che regola la materia dei giovani caregiver (minorenni che si prendono cura di un'altra persona a titolo gratuito).

¹⁷⁸ MIUR Protocollo d'intesa "Segnalazioni giovani caregiver", Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 62 crediti formativi per attività extra scolastiche.

Accade ancora invece che al compimento dei 65 anni di età la persona con disabilità venga attratta dal sistema di welfare rivolto alle persone anziane, perdendo di colpo le possibilità (anche laddove esse siano minime, in relazione alle condizioni di salute e funzionamento personali) di ricevere sostegni utili al mantenimento dei livelli di qualità di vita acquisiti o ancora da raggiungere.

Tali circostanze altro non sono che ennesime discriminazioni a danno di persone che non possono, oggettivamente, essere poste sul medesimo piano di persone che divengono non autosufficienti da un dato momento della propria vita per motivi legati all'invecchiamento.

Si tratta di condizioni esistenziali e di vita materiale profondamente diverse che anche la scienza statistica inizia, fortunatamente, ad indagare e a dimensionare fornendo conferme rispetto all'approccio basato sui diritti umani sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con la Legge 3 marzo 2009 n. 18¹⁷⁹.

Una specificità che richiede un profondo rinnovamento delle politiche e che il PNRR ha giustamente collocato nell'ambito delle riforme ritenute necessario a garantire uno sviluppo basato sui principi della sostenibilità e della coesione sociale (misura 5 – riforma 1.1) e che il Parlamento Italiano ha già recepito approvando la Legge del 22.12.2021 n. 227 a cui questa Proposta deve necessariamente uniformarsi.

PROGRAMMAZIONE E GOVERNANCE

14 – LA GOVERNANCE ISTITUZIONALE

Caratteristica fondamentale della non autosufficienza è la presenza di bisogni complessi che interessano contemporaneamente aspetti sanitari e aspetti sociali, per queste ragioni le normative nazionali hanno definito fin dal 1999 il campo delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quello delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. I due campi fanno riferimento allo svolgimento di funzioni fondamentali diverse che insistono su responsabilità distinte: la funzione fondamentale di 'Assistenza sanitaria' di competenza regionale, e la funzione fondamentale di 'Assistenza sociale' di competenza comunale. In entrambe le materie la competenza statale riguarda rispettivamente la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (LEP).

La risposta ai bisogni complessi delle non autosufficienze richiede responsabilità, conoscenze e competenze a più livelli e multiprofessionali, che obbligano all'integrazione istituzionale e operativa innanzitutto tra le due funzioni fondamentali menzionate; una condizione strutturale che può essere assicurata solo attraverso il loro svolgimento congiunto lungo tutta l'articolazione verticale dei poteri definita dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001: Stato, Regioni,

¹⁷⁹ "Conoscere il mondo della disabilità" – ISTAT 2019 (<https://www.istat.it/it/files//2019/12/Disabilit%C3%A0-1.pdf>)

Comuni. Inoltre, l'Istituto Nazionale Previdenza Sociale assicura diverse attività assistenziali nei riguardi delle persone non autosufficienti, e dei loro familiari, che vanno ricomprese nel coordinamento generale del Sistema Nazionale per la Non autosufficienza perché possano essere interrelate con i servizi e le attività sanitarie e sociali.

Per queste ragioni, costituire per legge nazionale un sistema di governance istituzionale interministeriale e multilivello, rappresenta il primo e indispensabile cardine per una reale risposta integrata ai bisogni sociosanitari delle non autosufficienze¹⁸⁰. Si tratta di un'articolazione di organismi di governance di livello nazionale, regionale e locale che cerca di ricomporre il governo congiunto dei principali soggetti pubblici coinvolti nella non autosufficienza a partire dalla Rete Nazionale. Quest'ultima è fondata su un organismo triangolare e paritetico che coinvolge Ministeri, Regioni e Comuni, a cui partecipano anche rappresentanti dell'INPS per quanto riguarda le misure assistenziali di competenza. La natura paritetica della Rete Nazionale è assicurata, innanzitutto, dalla previsione della presenza di un medesimo numero di rappresentanti, rispettivamente, per il livello di governo statale, per quello regionale e per il livello comunale. La Rete Regionale e la Rete Territoriale sono costruite secondo la medesima logica di quella nazionale e l'azione dei tre organismi è strettamente intrecciata.

Il sistema interistituzionale delineato è prezioso anche per la quantificazione e la tempistica delle risorse riferite alle diverse strutture ministeriali da far convergere l'azione dei soggetti nei territori verso il paradigma del 'budget di salute'. In caso contrario le catene di svolgimento delle due funzioni fondamentali e delle attività INPS continueranno a rimanere distinte, di conseguenza le "prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria" e le "prestazioni sociali a rilevanza sociale" avranno riferimenti istituzionali, programmatori e gestionali separati. Non si riuscirebbe, quindi, da una parte a superare quella frammentazione che ha rappresentato il maggiore limite degli ultimi venti anni per i servizi per la non autosufficienza; e dall'altra, nel livello territoriale, a gestire con efficacia ed efficienza la transizione tra differenti setting assistenziali con un forte impulso verso una visione innovativa del futuro. L'obiettivo generale è di superare l'attuale giustapposizione di prestazioni sanitarie e sociali che restano distinte e separate, per procedere verso la creazione di veri servizi sociosanitari capaci di agire in relazione alla reale complessità dei bisogni delle non autosufficienze.

Nella logica di un percorso unitario che procede dalla valutazione, alla presa in carico e al monitoraggio, risulta fondamentale l'interazione strutturata con l'Istituto Nazionale Politiche Sociali, sia per unificare la fase dalla valutazione che per la definizione del Piano assistenziale costituito da tutti gli interventi in atto. Data la natura degli interventi assistenziali INPS, l'integrazione con il sistema dei servizi sanitari e sociali risulta decisivo anche a livello di Ambito Territoriale per la definizione del PAP e per la sua gestione.

Inoltre, la sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del Giugno 2020 rende pienamente attivi gli istituti della amministrazione condivisa (o collaborativa) previsti dal Codice de Terzo Settore. La

¹⁸⁰ Anci, Cittalia, Ifel, Università Roma Tre, 2021, *Gruppo di lavoro tematico sull'integrazione socio-sanitaria – Raccolta delle sessioni di discussione*, Roma, Penisola Sociale, novembre.

sentenza qualifica gli Enti del Terzo Settore come “espressive di una relazione di reciprocità riconosciuta come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente”, organizzazioni che perseguono l’interesse generale in modo analogo alle pubbliche amministrazioni. Gli istituti della amministrazione condivisa, dunque, tra cui la co-programmazione e la co-progettazione, costituiscono gli elementi di una vera e propria “procedimentalizzazione della sussidiarietà orizzontale”. Su queste basi costituzionalmente orientate, il sistema di governance interistituzionale e i relativi piani integrati sviluppano appieno gli istituti previsti dal Codice del Terzo settore con gli enti (ETS) iscritti all’apposito registro sia a livello nazionale che regionale e locale con particolare riguardo per la co-programmazione e la co-progettazione.

15 – LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

Attualmente non esiste uno strumento di livello statale in grado di programmare contemporaneamente i contenuti, i parametri, gli standard e le modalità di realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEP) riferiti alla non autosufficienza. In ambito sanitario i LEA trovano riferimento normativo nel Patto per la Salute e nel Dpcm 12.1.2017 detto “Nuovi LEA”; in ambito socioassistenziale i LEP trovano riferimento nelle attività delle Rete per l’Inclusione istituita dalla Legge 33/2017 e nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza.

In particolare, nessun atto ha dato successiva attuazione reale alle previsioni degli articoli 21, 22 e 30 del Dpcm 12.1.2017, mentre il cosiddetto Piano nazionale per la non autosufficienza è in realtà un atto di programmazione del relativo fondo istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali destinato a finanziare in modo parziale le sole attività sociali a rilevanza sanitarie di tipo domiciliare.

Inoltre, l’Istituto Nazionale Previdenza Sociale svolge diverse attività assistenziali nei riguardi delle persone non autosufficienti e dei loro familiari che vanno ricomprese nel coordinamento generale del Sistema Nazionale per la Non autosufficienza. Le prestazioni associate a queste attività assistenziali di competenza nazionale concorrono, insieme ai servizi sanitari e sociali, a comporre l’insieme delle risposte che le persone non autosufficienti e le loro famiglie hanno a disposizione per affrontare i loro bisogni complessi.

Una volta costituito il sistema multilivello di governance istituzionale, la ‘Rete nazionale per le persone anziane non autosufficienza’ che vede la presenza contemporanea dei ministeri responsabili, delle amministrazioni regionali e delle amministrazioni comunali, ha le competenze per elaborare uno strumento di programmazione generale in grado di coordinare pienamente le due materie sanitarie e sociali insieme alle prestazioni assistenziali INPS.

Allo stesso modo gli organismi di livello regionale (Reti regionali per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti) e di livello locale (Reti territoriali per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti) hanno le competenze per elaborare i rispettivi strumenti di programmazione

integrata allo scopo di attuare, rafforzare o integrare i Livelli essenziali in materia sanitaria e sociale definiti dalla programmazione nazionale.

Il percorso programmatico deve essere efficace, deve cioè operare effettivamente tra la dimensione strategica e quella operativa in una condizione di ragionevole continuità. Condizione questa ancora più decisiva se si prende in considerazione un sistema di programmazione multilivello nel suo insieme.

La classica impostazione cosiddetta “a cascata”, in cui la programmazione di livello nazionale avvia le programmazioni di livello regionale che a loro volta avviano le programmazioni di livello territoriale, presenta diverse criticità. La rigida concatenazione degli strumenti ne rende molto farraginoso l’attuazione, costringendo sia le parti istituzionali, che quelle tecniche e partecipative a dipanarsi lungo estese e complesse catene decisionali. Portando nelle dinamiche multilivello questa impostazione, il rischio ovvio è che eventuali ritardi o blocchi di un livello superiore rendano inattivabili le programmazioni del livello successivo; ma anche che, pur in assenza di blocchi o interruzioni, in ogni caso il rigido irraggiamento a cascata dall’alto verso il basso porti ad accumulare forti ritardi temporali nell’attivazione delle strutture operative territoriali.

È possibile pensare a un approccio diverso per la programmazione multilivello, basato su un sistema di strumenti che si sviluppano in parallelo lungo l’articolazione statale, regionale e territoriale, ma che sono interrelati tra loro da precisi elementi gerarchici.

- Il Piano nazionale ha una durata di tre anni e viene aggiornato annualmente. Nel primo momento di avvio dello SNA il Piano nazionale dà inizio alle programmazioni regionali e territoriali, che operano in attuazione dei livelli essenziali e degli obiettivi di servizio fissati a livello statale con eventuali rafforzamenti o ampliamenti. Alla scadenza dei tre anni di vigenza del piano nazionale, i riferimenti della programmazione precedente che riguardano i livelli essenziali e gli obiettivi di servizio restano validi per tutto il sistema SNA statale, regionale e locale, fino all’approvazione del nuovo Piano nazionale.
- I Piani regionali hanno una durata di tre anni e vengono aggiornati annualmente. In primo avvio, devono essere elaborati entro il termine di un anno dall’approvazione del piano nazionale. Dopo il primo avvio i Piani regionali possono essere rinnovati alla loro scadenza naturale anche se il piano nazionale dovesse essere scaduto e non ancora rinnovato. In questo caso restano validi i riferimenti nazionali precedenti che riguardano i livelli essenziali e gli obiettivi di servizio.
- I Piani territoriali hanno una durata di tre anni e vengono aggiornati annualmente. In primo avvio, devono essere elaborati entro il termine di un anno dall’approvazione del piano nazionale, anche nell’eventuale mancanza del piano regionale. Dopo il primo avvio i Piani territoriali possono essere rinnovati alla loro scadenza naturale anche se il Piano nazionale o il piano regionale dovessero essere scaduti e non ancora rinnovati. In questo caso restano validi i riferimenti precedenti nazionali o regionali che riguardano i livelli essenziali e gli obiettivi di servizio.

- A regime l'approvazione di aggiornamenti annuali del Piano nazionale costituisce un elemento gerarchico per tutto il sistema SNA. I Piani regionali e territoriali adeguano nell'annualità immediatamente successiva i contenuti che sono stati oggetto dell'aggiornamento nazionale.
- A regime l'approvazione di aggiornamenti annuali del Piano regionale costituisce un elemento gerarchico per gli ambiti territoriali di competenza. I Piani territoriali adeguano nell'annualità immediatamente successiva i contenuti che sono stati oggetto dell'aggiornamento regionale. In mancanza del piano regionale, o del suo recepimento degli aggiornamenti del piano nazionale, i piani territoriali sviluppano la programmazione locale in diretta relazione con il piano nazionale e i suoi aggiornamenti annuali.
- I Piani nazionali, regionali e territoriali si integrano con gli altri strumenti di programmazione sanitaria e sociale propri dei diversi livelli di governo.

Il Piano nazionale definisce e regola contenuti, parametri, standard e modalità che qualificano il singolo livello essenziale sia in ambito sanitario che in ambito sociale secondo l'articolazione multilivello statale, regionale, comunale. Gli obiettivi di servizio oggetto della programmazione di livello regionale e territoriale perseguono la progressiva convergenza di tutte le Regioni e di tutti gli ambiti territoriali verso il sistema dei livelli essenziali sanitari e sociali definiti dal piano nazionale, in modo da ridurre le fortissime asimmetrie geografiche attuali per perseguire i caratteri di uniformità e omogeneità del sistema nazionale per gli anziani non autosufficienti. Gli organismi di governance regionali e territoriali possono comunque rafforzare, incrementare o ampliare i livelli nazionali determinando ulteriori obiettivi di servizio secondo le proprie competenze e le proprie capacità organizzative e finanziarie. Infine, i piani nazionali, regionali e territoriali determinano le modalità che attivano effettivamente gli istituti della amministrazione condivisa di co-programmazione e di co-progettazione.

16 – L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE UNITARIA

Finora solo un ridottissimo numero di Amministrazioni regionali ha orientato le proprie normative verso la piena e permanente coincidenza tra le perimetrazioni degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e le perimetrazioni dei Distretti sanitari. La mancata coincidenza geografica tra i due ambiti territoriali, rende particolarmente difficile la piena integrazione operativa tra i servizi sanitari e i servizi sociali destinati alle stesse persone che presentano complessi bisogni legati alle condizioni accertate di non autosufficienza. Oltre l'integrazione istituzionale, dunque, analoghe difficoltà sono riscontrabili anche rispetto alle possibilità di piena integrazione, programmatica, operativa e professionale. Le incoerenze delle organizzazioni territoriali hanno un immediato effetto negativo sulla possibilità di organizzare sistemi di servizi integrati per la non autosufficienza, arrecando limiti e difficoltà che non presentano alcun fondamento sostenibile alla stessa capacità effettiva di attuare e rendere esigibili i LEA e i LEP in materia.

In riferimento alle condizioni 'di sistema' che possono favorire o danneggiare l'effettiva erogazione integrata dei LEA e dei LEP, il paragrafo individua un primo gruppo di strumenti che disciplinano la convergenza tra i due ambiti territoriali, e poi un secondo gruppo di strumenti che individuano alcuni cardini su cui articolare la connessione permanente tra i due ambiti territoriali in relazione alla non autosufficienza.

Tra gli strumenti per la convergenza, il secondo punto del paragrafo introduce l'obbligo di coincidenza geografica tra l'ambito del distretto sanitario e l'ambito sociale territoriale. Il terzo punto prevede la piena attivazione delle normative nazionali che si riferiscono all'ambito territoriale sociale e al suo rafforzamento, anche con la previsione di un responsabile tecnico dell'ATS. Il quarto punto precede la piena attivazione delle normative nazionali che si riferiscono al distretto sanitario.

La definizione dei due ambiti è una prerogativa delle singole amministrazioni regionali che di solito agiscono a questo scopo con le normative che riguardano il sistema sanitario regionale e con le normative che riguardano il sistema dei servizi sociali. In questa sede avviene il bilanciamento e la regolazione tra caratteri morfologici del territorio, condizioni socio-economiche delle comunità, dimensioni e caratteristiche delle amministrazioni locali, assetti delle reti territoriali sanitarie. Per rendere efficace la coincidenza geografica tra i due ambiti territoriali è necessario ricomprendere in entrambi i casi lo stesso gruppo di amministrazioni comunali, che deve obbligatoriamente insistere all'interno del territorio di una sola azienda sanitaria locale.

Il processo di coincidenza geografica è completato entro due anni dall'avvio del sistema SNA a livello nazionale, fino a questo termine ciascuna amministrazione regionale definisce entro due mesi dall'avvio del sistema SNA l'assetto territoriale temporaneo delle Reti Territoriali di competenza.

Tra gli strumenti per la connessione, il quinto punto individua nella Rete territoriale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti il luogo unitario della governance istituzionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario. Il sesto punto disciplina l'ufficio unico di programmazione che elabora il Piano territoriale. Il settimo punto disciplina la responsabilità tecnica unitaria relativa all'organizzazione, gestione ed erogazione dei processi e dei servizi integrati per le persone non autosufficienti. L'ottavo punto disciplina la costruzione del Budget integrato che ricomprende tutti i finanziamenti di tipo sanitario, sociale, assistenziale e di ogni altra provenienza e finalizzazione, destinati all'area delle non autosufficienze.

L'insieme delle tre misure di convergenza (coincidenza geografica, attivazione distretto sanitario, attivazione ambito territoriale sociale) e dei quattro cardini di connessione (organo di co-governo, strumento di programmazione, ufficio di programmazione, responsabilità organizzativa, budget unitario) rappresenta il primo quadro operativo per l'attuazione dell'integrazione strutturale tra servizi sanitari e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti a livello territoriale.

Infine, l'organizzazione territoriale unitaria così prodotta è messa in relazione con la riforma e lo sviluppo della organizzazione sanitaria territoriale recata dalla Missione 6 del PNRR e con le riforme e gli sviluppi del sistema integrato dei servizi in ambito sociale recati dalla Missione 5 del

PNRR. L'ambito territoriale così organizzato costituisce il livello in cui afferisce, in modo adeguato e pertinente, la funzione di valutazione locale multidimensionale (VLM) che fa parte del sistema unitario di accesso al sistema SNA.

17 – IL SISTEMA INFORMATIVO

La base per qualunque sistema di governance è, senza dubbio, un sistema informativo capace di raccogliere, elaborare e restituire informazioni e dati, quantitativi e qualitativi, sui relativi servizi. Ciò vale ancor di più se si tratta di servizi pubblici a garanzia del benessere della persona. Attualmente i sistemi informativi esistenti (tra cui, ad esempio, il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, le indagini ad hoc di ISTAT e i dati raccolti da INPS) sono dispersi ai vari livelli di *governance* e non connessi. Non riescono, pertanto, a descrivere gli interventi erogati nei progetti assistenziali in maniera trasversale e integrata.

Nel quadro di una generale riforma nazionale del settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, il nuovo sistema informativo per la non autosufficienza – di natura integrata - favorirà

i meccanismi decisionali ai diversi livelli di governo (locale, regionale e nazionale) con un duplice approccio ispirato a:

1. *l'evidence based*, con il supporto delle evidenze basate sui dati quantitativi raccolti e validati tra i diversi professionisti coinvolti;
2. *l'accountability* del settore, che consente la condivisione delle stesse evidenze non solo tra i professionisti, ma anche tra i decisori e gli utenti finali.

Nei servizi sociali e in quelli sanitari, i percorsi assistenziali per gli anziani e la non autosufficienza sono caratterizzati da sistemi di dati frammentati tanto in termini orizzontali (ovvero non integrati né integrabili tra le varie tipologie assistenziali, ad esempio ricoveri residenziali e contributi economici), quanto in termini verticali (ovvero la mancata connessione tra i dati raccolti da soggetti differenti come, ad esempio, enti locali e aziende sanitarie). Inoltre, la difficoltà di standardizzare le prestazioni di fronte ai bisogni di utenti fragili rende ancor più arduo predisporre sistemi di raccolta dati integrati. Simili criticità, però, non devono dissuadere dal mettere in campo a livello nazionale investimenti legati al potenziamento (se non alla creazione) di sistemi di scambio di informazioni e dati, con il fine ultimo di garantire alla popolazione anziana qualità e equità dell'assistenza.

La raccolta di informazioni riguardati l'intero percorso assistenziale permette, inoltre, di massimizzare la produzione di informazioni per i cittadini, nonché la trasparenza del funzionamento dei servizi. In questo senso, Regioni, Aziende sanitarie e Ambiti sociali, una volta avviato il processo di raccolta dati, potranno pubblicare sui loro siti internet una serie di informazioni utili sia al singolo cittadino, sia alla comunità, tra cui ad esempio i tempi di accesso ai diversi segmenti della filiera per il cittadino (accesso alla valutazione, accesso alle prestazioni), il numero di posti letto esistenti (e occupati) in RSA, suddiviso tra posti a pagamento totale del ricoverato e posti

accreditati con il SSN, e quello dei posti esistenti (e occupati) in servizi semiresidenziali per non autosufficienti. Per quanto riguarda i flussi informativi già esistenti, con specifico riferimento al FAR e SIAD, nonché ai flussi informativi a carico di INPS, l'implementazione del sistema informativo richiederà necessariamente una revisione e aggiornamento delle informazioni raccolte, nonché della qualità e completezza dei dati. Infine, allo scopo di un buon funzionamento del sistema informativo, è doveroso garantire che servizi sanitari e sociali utilizzino nei loro sistemi gestionali una unica base dati anagrafica dell'intero nucleo familiare dell'assistito, prevedendo che i relativi dati siano importati in automatico entro i fascicoli dei servizi dalla Anagrafe Nazionale delle Popolazione Residente, che inoltre li aggiorni in automatico in continuazione.

18 – IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

La Commissione Europea, in un rapporto del 2018, evidenzia alcune questioni riguardanti gli indicatori relativi al monitoraggio dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*), tra cui la difficoltà ad avere informazioni disponibili con regolarità, ma piuttosto ad hoc (indagini specifiche, ecc.), con la conseguente mancanza di continuità nei dati¹⁸¹. Le difficoltà esistenti in proposito nel nostro Paese non costituiscono, dunque, una prerogativa solo italiana, seppure da noi si presentino in modo piuttosto marcato.

A livello nazionale, infatti, se in ambito sanitario, tramite l'elaborazione dei dati raccolti dai diversi flussi (quali, ad esempio, la Scheda di Dimissione Ospedaliera), è stato possibile sviluppare sistemi di monitoraggio e di valutazione (come, ad esempio, il Piano Nazionale Esiti¹⁸² o il sistema di valutazione della performance della sanità di un network di Regioni¹⁸³), nell'area del *long-term care*, invece, i dati raccolti, laddove presenti, fanno in genere riferimento esclusivamente alla copertura dei servizi (ad esempio, per la residenzialità), solo in qualche caso all'intensità (ad esempio, per l'assistenza domiciliare integrata), ma quasi mai a qualità e appropriatezza. Inoltre, si tratta di dati raccolti tramite indagini ad hoc, spesso campionarie, che comportano lunghi tempi di latenza ed elaborazione, con un limitato utilizzo di dati per la programmazione e valutazione dei percorsi. Inoltre, l'attuale sistema di dati e di monitoraggio restituisce ancora una visione di tipo prestazionale e non di percorso unitario.

A livello internazionale, paesi come il Canada, il Regno Unito, l'Olanda e gli Stati Uniti hanno da tempo affrontato queste tematiche, cercando di sviluppare sistemi integrati di monitoraggio delle prestazioni che andassero oltre l'ambito della sola "quantità" dei servizi resi, per estendersi anche

¹⁸¹ Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

¹⁸² <https://pne.agenas.it/>

¹⁸³ <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>; Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M., 2016, *Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy*. In "Health Econ Policy Law";11(1):17-38. doi: 10.1017/S1744133115000067. Epub 2015 Mar 30. PMID: 25819303; PMCID: PMC4697307

alla loro “qualità”¹⁸⁴. Tali sistemi vengono talora sperimentati anche in alcuni contesti italiani, tra i quali vale la pena di ricordare l’esperienza della Regione Toscana sui servizi residenziali¹⁸⁵.

Il nuovo sistema di monitoraggio per la non autosufficienza vuole colmare queste carenze, avviando un percorso lungo la strada indicata in uno studio dell’Oecd e della Commissione europea, che suggerisce tre dimensioni di qualità per il settore: efficacia dell’assistenza e sicurezza (quali, ad esempio, i tempi di attesa), centralità del paziente (quali, ad esempio, le misure sulla qualità di vita) e integrazione dell’assistenza (quali, ad esempio, le misure di coordinamento tra i diversi professionisti). Il quadro include anche fattori strutturali, legati alla forza lavoro, all’ambiente assistenziale e all’uso delle tecnologie¹⁸⁶.

I prodotti informativi del sistema di monitoraggio, dunque, devono essere principalmente mirati a monitorare l’efficacia delle prestazioni (come la capacità di ridurre/evitare ricoveri inappropriati o indesiderati in strutture residenziali od ospedaliere), e l’accessibilità per i cittadini (come i tempi di attesa per fruire dei diversi step nella filiera di valutazione e intervento). Simili obiettivi devono essere perseguiti anche tramite un miglioramento degli indicatori utilizzati entro il sistema di monitoraggio dell’adempimento dei LEA da parte del Ministero della Salute, con riferimento specifico alle attività sociosanitarie dedicate alla non autosufficienza.

Il sistema di monitoraggio della non autosufficienza, inoltre, intende assicurare un approccio alla rendicontazione e alla trasparenza anche in termini di *benchmarking*, per evidenziare i potenziali standard di qualità a cui fare riferimento. Gli indicatori derivati potranno essere letti secondo molteplici dimensioni, tra cui:

- il trend in termini temporali, che osserva l’andamento delle misure nel tempo al fine di capirne l’evoluzione ed eventualmente di incidervi attraverso strategie e azioni;
- il confronto tra i diversi provider e i diversi territori, che permette di paragonare i risultati raggiunti sia dal punto di vista geografico che gestionale/organizzativo.

19 – LA GRIGLIA FABBISOGNI RISPOSTE

La governance del sistema si attua grazie al monitoraggio tra la coerenza tra i bisogni e le risposte; sulla base di queste informazioni, attraverso opportuni sistemi valutativi, si persegue la responsabilizzazione degli attori coinvolti. Attualmente, nella situazione da cui si sta partendo, questi metodi sono in uso esclusivamente in area sanitaria e si concentrano quasi solo nel comparto ospedaliero. Nei servizi sociali, invece, non sono ancora stati implementati meccanismi di valutazione omogenea del bisogno della popolazione e delle relative risposte; anche gli interventi

¹⁸⁴ OECD/EU (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, Paris: Éditions OECD.

¹⁸⁵ Barsanti, S., 2020, *I servizi residenziali (II). Un’agenda per il dibattito*, in NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 63-82.

¹⁸⁶ OECD/EU (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, Paris: Éditions OECD.

assistenziali di responsabilità del sistema centrale non sono oggetto di periodiche valutazioni di coerenza tra domanda e offerta.

È possibile avviare un processo per trasporre allo specifico settore della non autosufficienza degli anziani l'esperienza sviluppata in altri settori.

Stratificare la popolazione anziana per profili omogenei di fabbisogno assistenziale

Nel nostro sistema sanitario sono in corso di sperimentazione alcune metodologie per la stratificazione della popolazione in base ai fabbisogni di salute (es. piramidi della cronicità¹⁸⁷); sarebbe utile disporre dello stesso livello conoscitivo anche per lo specifico bisogno di assistenza degli anziani non autosufficienti. Mutuando l'esperienza sviluppata in sanità, è necessario costruire un sistema isorisorse che consenta di stratificare la popolazione anziana per profili omogenei di fabbisogno assistenziale legati alla condizione di non autosufficienza.

Conoscere queste informazioni permette:

- di osservare nel tempo l'evoluzione dei bisogni legati alla non autosufficienza, presupposto necessario per programmare le politiche di risposta;
- di comparare in modo omogeneo i fabbisogni locali.

Fino a oggi, la mancanza di una scala di valutazione della condizione dell'anziano condivisa tra le Regioni ha reso impossibile una lettura omogenea dei livelli di fabbisogno assistenziale nazionali. L'adozione di uno strumento omogeneo per la VNB dovrebbe consentire il superamento di questi limiti storici, ponendo le basi sia per la stratificazione e la classificazione della domanda in profili omogenei che per le comparazioni tra regioni/distretti/ambiti.

Il funzionamento della Griglia

Per confrontare le risposte assistenziali delle varie Regioni, è necessario poter fare riferimento a una classificazione comune del sistema di offerta locale, che superi le differenze esistenti tra territorio e territorio nel denominare lo stesso servizio. In sanità questo passaggio è stato compiuto quando, grazie alla definizione dei Lea, è stato individuato il perimetro del SSN e gli interventi regionali sono stati ripartiti in macrolivelli omogenei (ospedaliero/distrettuale/prevenzione, a loro volta articolati in categorie uguali in tutte le Regioni)¹⁸⁸.

Anche per lo SNA è necessaria una classificazione delle risposte locali basata su un approccio funzionale che si rifaccia ai seguenti criteri:

- a. un intervento locale rientra nel perimetro dello SNA se ha come obiettivo prevalente quello di rispondere al bisogno della non autosufficienza (precisazione necessaria nel caso di interventi a scavalco tra diverse politiche);

¹⁸⁷ Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2016), Piano Nazionale della Cronicità

¹⁸⁸ Dpcm 29/11/2001, "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e Dpcm 12/1/2017, "Definizione e Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

b. occorre suddividere le risposte locali in categorie comuni ponendosi la domanda “quale tipologia di bisogno di LTC soddisfa l’intervento?”. Per farlo vanno presi a riferimento i profili utilizzati per la stratificazione della domanda (attraverso la VNB).

Nella classificazione dell’offerta occorre tener conto del differente grado d’intensità dei servizi; per ogni intervento devono essere descritte le caratteristiche sostanziali che permettano di ricondurlo a una precisa categoria.

Il risultato di quest’associazione tra bisogni e risposte è la Griglia Fabbisogni Risposte, ovvero una tabella condivisa da tutte le Regioni grazie alla quale a ogni profilo di fabbisogno assistenziale sono associati gli interventi locali adeguati al suo soddisfacimento.

Il confronto operato tramite la Griglia Fabbisogni Risposte permette di evidenziare il posizionamento dell’offerta garantita da ogni regione/distretto/ambito in relazione a alcuni elementi chiave predefiniti (es. copertura delle risposte, appropriatezza degli interventi, equità, ecc). In analogia al ruolo che oggi in sanità riveste la Griglia Lea (Nuovo Sistema di Garanzia¹⁸⁹) si individua un set di indicatori, specifico per la non autosufficienza, per sintetizzare l’assistenza erogata congiuntamente dalla filiera sociosanitaria e da quella sociale in ogni Regione. Sono altresì implementati sistemi di pubblicazione e rappresentazione grafica del posizionamento dei vari territori, prendendo spunto dalle *best practices* sperimentate sinora in alcuni contesti territoriali¹⁹⁰.

Con le medesime logiche vengono monitorate anche le risposte assistenziali di responsabilità del sistema centrale. I sistemi di rappresentazione evidenziano, per ciascun territorio, anche l’effetto dell’interazione tra politiche nazionali e politiche locali, in termini di risposte assistenziali complessive.

L’utilizzo della Griglia

La collocazione di un assistito in un determinato profilo di fabbisogno assistenziale poggia su un’aspettativa di interventi locali coerente con tale classificazione. Questo presupposto avrebbe potuto portare a introdurre per le Regioni l’obbligo di erogare a ogni anziano, dato il profilo di bisogno, le risposte assistenziali suggerite dalla Griglia Fabbisogni Risposte. Si ritiene però che tale opzione sia poco praticabile a causa degli attuali divari regionali nel grado delle risposte offerte. È, invece, preferibile ricorrere ad altri meccanismi che, indirettamente, promuovano la graduale convergenza delle risposte rispetto ai fabbisogni: innanzi tutto per ogni contesto locale si procederà sistematicamente a confrontare il livello complessivo delle risposte attese in base alla stratificazione della relativa popolazione con quello delle risposte effettive, rilevando gli scostamenti tra i due gruppi.

Questa metodologia è trasversale ai diversi setting assistenziali in quanto consente di tener conto delle diverse preferenze locali in materia di residenzialità e domiciliarità. A ogni profilo di bisogno possono infatti contribuire risposte che afferiscono ai diversi setting.

¹⁸⁹ DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

¹⁹⁰ Mes, Sant’Anna SUSP (anni vari), Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali.

In fase di avvio il sistema di comparazione basato sulla Griglia Fabbisogni Risposte ha una valenza di osservazione, mentre progressivamente assume un sempre maggior ruolo valutativo e di orientamento della governance dello SNA. Ai territori che presentano rilevanti scostamenti negli indicatori chiave vengono assegnati precisi obiettivi di miglioramento nelle voci in cui risultano maggiormente carenti.

Le Regioni, dovendo dar conto – ai fini della valutazione – del complesso degli interventi locali (socio-sanitari e sociali), sono stimolate a gestire sinergicamente i processi tra i diversi attori del proprio territorio, in modo da ottenere risposte coerenti con i bisogni della popolazione target. Gli attori del sistema locale sono, inoltre, incoraggiati ad adeguare continuamente l’offerta locale in rapporto alle esigenze esistenti, evitando atteggiamenti passivi: per rispondere ai bisogni, esse non possono limitarsi a fare affidamento sui soli interventi garantiti dal sistema centrale.

20 – LA DEFINIZIONE E IL COORDINAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI

Il Sistema nazionale assistenza anziani opera per l’attuazione contestuale dei Livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria e dei Livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale, ivi comprese le prestazioni assistenziali di competenza dell’Istituto Nazionale Previdenza Sociale, rivolti alle persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari.

In ambito sanitario i Livelli di assistenza vengono introdotti al D.Lgs. 502/1992 con un primo riferimento ai ‘livelli uniformi di assistenza’, successivamente il D.Lgs. 229/1999 introduce il requisito dell’essenzialità normando i ‘livelli essenziali di assistenza’. Il Sistema sanitario nazionale è una forma di tutela sanitaria pubblica di tipo universalistico, non legata né al rischio né al reddito, finanziata dalla fiscalità generale; viene regolata dai livelli essenziali di assistenza che allo stesso tempo rendono esigibili i diritti soggettivi alla salute e all’assistenza sanciti dalla Costituzione in presenza di un bisogno accertato.

In ambito sociale la Legge 328/2000 norma per la prima volta i Livelli essenziali di assistenza sociale (LivEAS), successivamente la Legge 42/2009 e il D.Lgs. 216/2010 introducono la definizione di Livelli essenziali delle prestazioni per la funzione fondamentale di ‘assistenza sociale’, infine la Legge delega 33/2017 riprende l’impianto della Legge 328/2000 nel quadro normativo generale successivo alla riforma del Titolo V della Costituzione. I LEP svolgono la loro funzione in un quadro molto diverso da quello dei LEA poiché non esiste un ‘Sistema sociale nazionale’, ma la funzione fondamentale di assistenza sociale si basa sui bilanci e sui regolamenti di accesso delle 7.904 singole amministrazioni comunali.

Finora i principali strumenti di regolazione dei LEA e dei LEP in riferimento alla non autosufficienza sono recati dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ‘Nuovi LEA’ proposto la Ministero della Salute, e dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza legato al Fondo nazionale costituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il sistema SNA li definisce, li coordina e li regola

in modo contemporaneo e contestuale. Per fare evolvere il sistema in modo appropriato, uniforme e omogeneo sono individuati due gruppi di Livelli Essenziali LEA/LEP: quelli di erogazione e quelli di processo. I livelli essenziali di erogazione definiscono le prestazioni, gli interventi, le attività sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria considerate indispensabili per rispondere a un accertato e valutato bisogno complesso legato alla non autosufficienza. Livelli essenziali di processo, a loro volta, definiscono i percorsi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi (orientamento e accesso, valutazione nazionale di base, unità di valutazione multidimensionali, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi raggiunti); Per ogni gruppo di Livelli Essenziali il SNA definisce contenuti, livelli, standard, modalità che qualificano il singolo livello essenziale sia in ambito sanitario che in ambito sociale secondo una costruzione multilivello statale, regionale, comunale. Il livello statale fissa la base comune a tutto il territorio nazionale, i livelli regionali e comunali possono rafforzare, incrementare o ampliare i livelli o gli standard secondo le proprie competenze e le proprie capacità organizzative e finanziarie. Se i Livelli Essenziali definiscono contenuti che costituiscono diritti soggettivi, gli Obiettivi di Servizio definiscono obiettivi di convergenza da perseguire nel quadro delle compatibilità della finanza pubblica. Per questo motivo possono essere utilizzati dallo SNA per organizzare e guidare lo sviluppo complessivo del sistema nazionale secondo gradualità e tempistiche cadenzate e controllate. La definizione e l'attuazione dei Livelli essenziali e degli Obiettivi di Servizio sono responsabilità del nuovo sistema di programmazione e governance definito nei paragrafi 14,15 e 16.

MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

21 – IL FINANZIAMENTO PUBBLICO DELLO SNA

Il finanziamento pubblico dello SNA

I nostri programmi di welfare assicurano la copertura per il rischio di malattia (sanità) e per quello delle necessità economiche della vecchiaia (previdenza); per questi bisogni, l'introduzione di sistemi di protezione sociale obbligatori, finanziati con risorse pubbliche, ha consentito una serie di vantaggi:

- la condivisione del rischio tra cittadini;
- la possibilità di accedere alle risposte indipendentemente dalle condizioni economiche (evitando che la comparsa del bisogno si trasformi per le famiglie in occasione di impoverimento);
- l'interesse – da parte di tutti i gruppi sociali – a fare parte del sistema e a contribuirvi;
- una gestione preventiva del rischio (non solo quando si verifica la condizione di bisogno);
- la possibilità di ottenere economie di scala nei processi di acquisto ed erogazione dell'assistenza.

In altre parole, i sistemi di protezione universalistici hanno assicurato efficienza e equità¹⁹¹. La condizione di non autosufficienza degli anziani, pur essendo un bisogno altrettanto meritevole di intervento pubblico, non ha trovato sinora garanzie analoghe a quelle rivolte alla sanità e alle pensioni. Le responsabilità del sistema pubblico nella gestione dei bisogni dovuti alla non autosufficienza sono oggi solo parziali ed estremamente differenziate da territorio a territorio. Le ragioni vanno ricercate nel contesto storico in cui venne disegnato il nostro sistema di welfare: in un panorama di elevata disponibilità di risorse informali familiari e con una struttura della popolazione molto più giovane di quella attuale, non fu riconosciuta al bisogno di non autosufficienza una responsabilità pubblica estesa come avvenne per i bisogni sanitari e pensionistici¹⁹². Le mutate condizioni della nostra società impongono una riconsiderazione di queste scelte storiche.

A causa del limitato finanziamento pubblico, nel nostro Paese una rilevante quota dei costi per la non autosufficienza rimane a carico delle famiglie e si configura come spesa “out of pocket” che gli utenti riconoscono direttamente ai fornitori di assistenza, siano essi individuali (le assistenti familiari) o organizzati (i servizi, in particolare quelli residenziali; cfr. par 22). Ciò significa che a parità di bisogno, la possibilità di ricevere sostegno risulta condizionata dalle disponibilità economiche familiari; è oltretutto frequente la situazione di famiglie con disponibilità economiche modeste che, per potersi procurare l’assistenza necessaria, si trovano esposte all’impoverimento¹⁹³.

L’invecchiamento della popolazione ha stimolato, negli ultimi tre decenni, un vivace dibattito internazionale in merito a come finanziare l’assistenza agli anziani non autosufficienti. Ne è emerso, tra tutti gli esperti, il consenso sulla necessità di un primario, e robusto, impegno pubblico¹⁹⁴. Ciò non esclude la possibilità di un accompagnamento con forme complementari/volontarie che, tuttavia, possono intervenire a condizione che siano stati chiaramente definiti i confini delle responsabilità del settore pubblico. Una volta che, per il tramite del primo pilastro (finanziamento pubblico), siano state costruite le basi per l’equità del sistema, si può prevedere un secondo pilastro di ulteriori forme sussidiarie/volontaristiche di gestione del rischio (queste ultime, da sole, non riuscirebbero a garantire i necessari elementi di equità di cui lo SNA necessita) (cfr. par. 23).

¹⁹¹ Barr, N. (2020), *The economics of the welfare state*, Oxford, Oxford University Press, 6a ed.

¹⁹² Ferrera, M., Fargion, V., Jessoula, M. (2012), *Alle radici del welfare all’italiana. Origini e futuro di un welfare squilibrato*, Venezia, Marsilio.

¹⁹³ Luppi, M. (2015), *Non autosufficienza e impoverimento*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), “Un futuro da ricostruire – Quinto rapporto sull’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rimini, Maggioli, pp. 87-105; Casanova, G., Lillini, M. (2022), *Disability in Older People and Socio-Economic Deprivation in Italy: Effects on the Care Burden and System Resources*, in “Sustainability”, 14, 1. Il legame tra non autosufficienza degli anziani e impoverimento sta ricevendo sempre maggiore attenzione anche a livello internazionale, cfr., ad es: Oliviera Hashiguchi, T.C., Llana-Nozal, A. (2020), *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?*, Parigi, Ocse.

¹⁹⁴ Cfr, tra gli altri: Costa-Font et al (2017), *Policy Dilemmas in Financing Long-term Care in Europe*, Global Policy Volume 8, Supplement 2; Halásková et al (2017), *Forms of Providing and Financing Long-Term Care in OECD Countries*, Review of economic perspectives, Vol. 17, Issue 2; Fernandez, J.L., Nadash, P. (2016), *The long-term care financing problem*, in Gori, C., Fernandez, J.L., Wittenberg, R. (a cura di), “Long-term care reforms in OECD countries”, Bristol, Policy Press, pp. 25-45.

Il necessario incremento delle risorse pubbliche dedicate

Nel contesto internazionale, la spesa pubblica destinata all'assistenza continuativa per le persone non autosufficienti (*long-term care*) di ogni età¹⁹⁵ risulta sottodimensionata rispetto ai Paesi con i quali abitualmente ci confrontiamo. Rispetto all'1,7% speso in Italia, infatti, la Francia raggiunge l'1,9%, il Belgio il 2,2%, e i Paesi Bassi il 3,7%; il divario si accentua ulteriormente nei confronti dei Paesi Scandinavi (Danimarca 3,5%, Svezia 3,3% e Norvegia 4%). Inoltre, a politiche invariate, l'Unione Europea stima una dinamica di crescita della nostra spesa per il *long-term care* tra il 2019 e il 2070 più lenta rispetto al resto del continente¹⁹⁶.

Attenzione, però. Nel nostro Paese gli anziani incidono maggiormente sulla struttura della popolazione rispetto al resto dell'Unione (EU27): nel 2019 il peso della fascia di età 65+ risulta del 23% rispetto a una media del 20%, mentre quello dei grandi anziani (over 80) del 7% rispetto a una media del 6%. Ne deriva un indice di dipendenza degli anziani¹⁹⁷ del 38,9% rispetto a una media europea del 34,4%, e un analogo indice dei grandi anziani del 12,3% contro una media europea del 9,9%. Le proiezioni sulla popolazione al 2045 e al 2070 evidenziano che queste differenze sono destinate a consolidarsi e accentuarsi¹⁹⁸. La lettura dei dati sulla spesa deve essere accompagnata da quella del profilo della popolazione. Ad esempio, il confronto tra lo 1,7% di spesa italiana e lo 1,9% registrato in Francia assume un significato diverso quando si consideri che da noi i 65+ sono il 23% della popolazione mentre in Francia il 19,5%.

Oltre ai confronti sulla spesa complessiva, è utile un approfondimento rispetto alla sua composizione. La RGS (2021) stima una spesa pubblica per il *long-term care* dei soli anziani over sessantacinquenni pari all'1,43% del Pil. Una quota modesta di tale percentuale è riferibile a prestazioni in natura (47,9%)¹⁹⁹.

In generale l'Italia, nei confronti tra Paesi europei, evidenzia un ridotto finanziamento pubblico per la spesa in servizi di assistenza agli anziani: ad esempio, Eurostat²⁰⁰ riporta per il nostro Paese una spesa in servizi sanitari per *long-term care* pari a circa 270 euro, rispetto a un valore riferito all'Euro Area (i 18 Paesi membri al 2014) di 560 euro (484 euro se riferito ai 27 Paesi oggi membri).

¹⁹⁵ I dati sulla spesa complessiva comparabili a livello internazionale si riferiscono solo all'assistenza alle persone non autosufficienti di ogni età, comprendendo quindi anche giovani e adulti con disabilità.

¹⁹⁶ European Commission and WGA, The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070), Economic and Financial Affairs, Institutional Paper 148 (https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economyfinance/ip148_en_0.pdf).

¹⁹⁷ Rapporto tra popolazione anziana e popolazione 20-64 anni.

¹⁹⁸ Fonte: Stime Commissione Europea su EUROPOP 2019.

¹⁹⁹ Quasi la metà di questa spesa è riferibile all'indennità di accompagnamento (0,65 punti); la spesa sanitaria rappresenta 0,55 punti di Pil mentre il resto è attribuibile alla voce residuale "altre prestazioni" (0,23 punti); in quest'ultima categoria, fatta di prestazioni in natura (58,4%), ma anche di trasferimenti monetari (per una quota del 41,6%), rientra anche la spesa sociale dei Comuni. Il totale delle prestazioni in natura è stato calcolato sommando la quota di carattere sanitario e quella delle "altre prestazioni" per la percentuale riferibile agli interventi *in kind*.

²⁰⁰ Eurostat, *Long-term care (health) expenditure*, aggiornamento tavole Dicembre 2021, dati anno 2018.

Questi dati comparativi sono coerenti con il risultato di un'ampia mole di studi condotti nel nostro Paese, che concordano nel segnalare l'inadeguatezza delle risorse pubbliche oggi dedicate all'assistenza degli anziani e il particolare sotto-finanziamento dei servizi²⁰¹.

A risorse invariate, dunque, risulterebbe impossibile costruire un sistema di garanzie di LEP e LEA per la non autosufficienza degli anziani a completo finanziamento pubblico. Né pare potersi confidare sulla capacità di autofinanziamento della riforma attraverso i processi virtuosi che la medesima riuscirebbe ad attivare, come alcuni paiono ritenere. Infatti, il potenziamento della spesa per lo SNA potrebbe generare risparmi sulla spesa per altri servizi, oggi utilizzati in maniera inappropriata in assenza di adeguati supporti alternativi (ad esempio, prolungamento ricoveri ospedalieri per incapacità di presa in carico domiciliare e ricorsi inappropriati al pronto soccorso). Il perseguimento di questi obiettivi di riqualificazione nell'utilizzo dei servizi è doveroso, ma sarebbe poco realistico confidare sui risparmi/benefici di questo processo per finanziare lo sviluppo dei servizi per gli anziani non autosufficienti. Senza voler escludere che ci siano ancora margini di miglioramento in termini di recupero dell'inappropriatezza, infatti, già molte Regioni hanno fatto passi avanti in questa direzione (ad esempio in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione); aspettative di ingenti ulteriori risparmi sarebbero dunque poco verosimili²⁰². Peraltro, quella del recupero della spesa su altri servizi sarebbe una variabile di difficile previsione a priori e, come tale, non potrebbe configurarsi come una fonte di finanziamento strutturale.

Dalla frammentazione all'integrazione delle risorse

Lo SNA si basa non solo sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali e sull'incremento delle risorse dedicate ma anche su una nuova modalità di programmarle e governarle. L'attuale quadro dei finanziamenti pubblici si contraddistingue, infatti, per un'elevata frammentazione delle risorse tra i diversi canali destinati ai vari livelli di Governo responsabili delle diverse filiere istituzionali; ciascuna filiera gestisce le risorse in maniera separata dalle altre²⁰³. Si tratta di linee di finanziamento non esplicitamente dedicate ai bisogni degli anziani; ogni soggetto istituzionale, nella gestione dei propri fondi, individua la quota da allocare a favore degli anziani non autosufficienti rispetto al complesso dei bisogni cui è chiamato a rispondere, nel quadro delle competenze istituzionali e finanziarie definite dal Titolo V.

Si riepiloga la fotografia più aggiornata dei volumi destinati all'assistenza degli anziani non autosufficienti dalle varie filiere coinvolte²⁰⁴:

- Spesa per indennità di accompagnamento dell'Inps: 11 miliardi;

²⁰¹ Si vedano la bibliografia segnalata nel capitolo introduttivo e nelle sezioni che presentano gli argomenti a sostegno dei paragrafi 1 e 2 della proposta.

²⁰² Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2019, *Lo stato della sanità in Italia*, Roma, Ufficio Parlamentare di Bilancio, disponibile qui: <https://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-6-2-dicembre-2019/>

²⁰³ Cinelli, G., Longo, F. (2021), *Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti*, in "MECOSAN. Management e economia sanitaria", 118, pp. 155-173.

²⁰⁴ La principale fonte per queste stime è rappresentata da Ragioneria Generale dello Stato (2021), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 22 e relativa *Nota di aggiornamento di dicembre 2021*.

- Spesa sociosanitaria delle Regioni: 8,3 miliardi;
- Spesa dei Comuni singoli e associati: 1,8 miliardi.

L'istituzione del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNNA) non ha modificato in maniera sostanziale questo storico assetto. Innanzitutto, il FNNA è stato caratterizzato a lungo dall'instabilità dei relativi finanziamenti. Di recente questo limite è stato superato, ma il volume delle risorse oggi assicurate da questo canale rappresenta ancora una quota assai esigua della spesa locale per la non autosufficienza (il 17% della spesa sociale 2018 per anziani e disabili). Per di più, l'effettivo impiego del FNNA sembra - di fatto - aver riservato ai bisogni degli anziani un'importanza modesta rispetto alla complessiva platea delle persone non autosufficienti²⁰⁵.

Anche l'avvio del PNRR non pare rappresentare un elemento di sostanziale modifica del sistema di finanziamento, in quanto si tratta di risorse di carattere straordinario, la cui continuità dopo il 2026 non è al momento garantita. Oltretutto gli stanziamenti più significativi per la materia che qui interessa (quelli della missione 6 per il sostegno della domiciliarità) sembrano orientati a sostenere le componenti meramente cliniche-sanitarie della condizione dell'anziano, senza meccanismi operativi orientati allo sviluppo delle specifiche esigenze dell'assistenza continuativa²⁰⁶. Mentre è noto che la possibilità della permanenza al domicilio dipende, soprattutto, dalla presenza di un adeguato supporto nelle attività della vita quotidiana, ed è questo tipo di supporto che - a sua volta - può rendere efficace l'intervento clinico-sanitario.

Lo SNA modifica sostanzialmente il quadro illustrato. Infatti, pur mantenendo la competenza istituzionale delle diverse filiere di provenienza, si prevede la ricomposizione dei diversi canali di finanziamento attraverso i meccanismi di programmazione e di governance unitaria delle risorse illustrati dal paragrafo 14 al 17. Questi sono sostenuti da due ulteriori modalità operative, necessarie per disporre di un sistema effettivamente solido. Da una parte, la stabilità dei finanziamenti, così da assicurare la continuità dell'assistenza e consentire ai soggetti responsabili di realizzare una programmazione di medio periodo. Dall'altra, la valutazione annuale delle risorse destinata allo SNA rispetto alla dinamica dei bisogni, attraverso il sistema di monitoraggio.

Bisogna altresì notare che nel nuovo sistema di governance, a differenza di quanto accade oggi, tutti gli enti che insistono in un certo territorio dovranno dar conto dei risultati del loro agire complessivo, non soltanto degli obiettivi settoriali della propria filiera istituzionale. Ciò favorirà comportamenti virtuosi di ricomposizione delle diverse fonti per perseguire la massimizzazione quali-quantitativa dell'assistenza.

²⁰⁵ Non sono disponibili evidenze sull'effettiva destinazione complessiva del fondo tra le diverse categorie di beneficiari; i dati diffusi dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in occasione del "Piano Nazionale Non Autosufficienza" a proposito del sottoinsieme dei "disabili gravissimi" - il cuore dell'intervento cui le Regioni devono destinare almeno il 50% del finanziamento- mostrano una limitata incidenza dei beneficiari anziani (27% per la categoria delle demenze) e una prevalenza della categorie di disabilità riconducibili all'età evolutiva e adulta. Si veda anche Pelliccia, L., Guarna A. (2021), *Il Fondo Nazionale Non Autosufficienza e il suo utilizzo*, in "L'assistenza agli anziani non Autosufficienza in Italia, VII Rapporto", a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore, pp.157-191.

²⁰⁶ Pesaresi, F. 2021, *Cosa prevede il PNRR*, paper tecnico del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, disponibile qui: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-2.pdf>.

22 – LA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DI ANZIANI E FAMIGLIE

La necessità di una revisione complessiva della materia

Le proposte contenute in questo paragrafo vogliono intervenire nella normativa vigente con una serie di azioni finalizzate a rendere più eque e sostenibili le rette a carico degli anziani non autosufficienti accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali²⁰⁷. Le proposte riguardano quasi esclusivamente i presidi residenziali per anziani (e in un caso anche i centri semiresidenziali) perché è in questo setting che si registrano le criticità più significative sia sul fronte della estrema variabilità territoriale delle rette sia sul fronte della onerosità delle stesse. L'attuazione dei principi e dei criteri direttivi stabiliti nell'intero paragrafo dovrà tradursi in un Decreto Legislativo, anche non esclusivamente dedicato a questo tema, per rivedere l'intera materia della partecipazione alla spesa di anziani e famiglie.

Per quanto riguarda gli anziani al domicilio, lo SNA determina la riduzione delle spese attualmente a carico loro e delle relative famiglie attraverso il potenziamento degli interventi domiciliari, lo sviluppo delle soluzioni abitative di servizio, l'introduzione della prestazione universale per la non autosufficienza e i nuovi interventi per le assistenti familiari; tali misure sono discusse in paragrafi precedenti.

Un coinvolgimento della famiglia equo e sostenibile

Sull'eventuale coinvolgimento della famiglia dell'utente nel pagamento della compartecipazione alla spesa del servizio continua a permanere un contenzioso amministrativo significativo e costante. Segno che il quadro normativo è probabilmente incompleto e confuso. Tale indeterminatezza può essere risolta solo attraverso nuova normativa nazionale che definisca meglio le responsabilità degli assistiti e dei loro familiari. In generale, sarebbe opportuno che la famiglia dell'assistito, se necessario, partecipasse alle spese per la compartecipazione ma nei limiti delle possibilità della famiglia stessa e, dunque, con l'obiettivo esplicito di evitarne forme di impoverimento. Alcune indicazioni per l'assistenza residenziale vengono dal DPCM 159/2013 sull'ISEE, che all'art. 6 stabilisce di aggiungere all'ISEE dell'assistito una componente aggiuntiva per ciascun figlio non convivente calcolata sulla base della situazione economica dei figli medesimi. L'ISEE serve a valutare i redditi ma non definisce le quote di compartecipazione e chi deve garantirle. Per cui si impone la necessità di completare in modo esplicito il quadro normativo, stabilendo dei limiti entro i quali tale partecipazione familiare si esprima per evitare gravami economici insopportabili. Ci deve essere una partecipazione alla spesa nel caso in cui le risorse dell'assistito non siano sufficienti che mantenga il coinvolgimento e la responsabilizzazione della famiglia senza impoverirla e tenendo anche conto del grado di parentela. Da questo punto di vista i riferimenti del Codice Civile vanno precisati e limitati coinvolgendo, solo nel caso dell'anziano, il suo coniuge e i suoi figli conviventi o meno, per evitare responsabilizzazioni troppo ampie che oggettivamente appaiono

²⁰⁷ Pesaresi F., 2018, *Manuale del centro diurno*, Rimini, Maggioli.

superate. Le normative, dunque, vanno adeguate e completate per responsabilizzare i vari soggetti in campo, dare certezza del diritto alle famiglie e piena potestà programmatica alle Regioni²⁰⁸.

Le risorse economiche da prendere in considerazione

La normativa sull'ISEE prevede, in sede di valutazione delle risorse economiche la mancata considerazione di alcuni redditi non fiscalmente rilevanti come l'indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità o anche i contributi economici assistenziali forniti dal Comune. Un altro dei grandi temi della discussione ruota attorno alla possibilità di utilizzare tali risorse, da parte dell'utente, per pagare la propria quota di compartecipazione alla spesa. Taluni, infatti, hanno interpretato la mancata considerazione nell'ISEE come una esclusione dai redditi disponibili dell'utente. In realtà, alcuni di tali redditi come, per esempio, l'indennità di accompagnamento sono erogati dallo Stato proprio perché il beneficiario li utilizzi per la propria assistenza; non a caso quando questa viene garantita gratuitamente da una struttura sanitaria l'indennità viene sospesa. Il tema è importante perché l'esclusione di tali redditi non soggetti ad Irpef dalle disponibilità economiche dell'utente può portare a risultati iniqui nella suddivisione della spesa fra Comune e beneficiario del servizio. Per questo motivo, occorre prevedere che, solo per le strutture residenziali e semiresidenziali, possano essere utilizzati per il pagamento delle rette (alberghiere) anche i redditi non fiscalmente rilevanti come l'indennità di accompagnamento, fermo restando l'obbligo di mantenere nella disponibilità dell'anziano una cifra mensile per le spese personali²⁰⁹.

Il superamento di un meccanismo distorto

La suddivisione della spesa sociosanitaria dei presidi residenziali, in applicazione della normativa nazionale, si basa sulla ripartizione percentuale delle spese al 50%²¹⁰. Ciò significa che al crescere dell'intensità assistenziale aumentano i costi di gestione delle strutture e, automaticamente, aumentano anche i costi di compartecipazione dell'utente. In questo modo le rette (alberghiere) di coloro che hanno bisogni assistenziali più impegnativi risultano più elevate di coloro che hanno necessità assistenziali minori. Ma un simile automatismo non è giustificato perché la retta a carico dell'utente dovrebbe sostenere i costi alberghieri, che dovrebbero essere sostanzialmente gli stessi anche al mutare dell'intensità assistenziale sanitaria. Il citato automatismo, di fatto, porta a caricare sull'utente bisognoso di maggiore assistenza e collocato in strutture che erogano cure di maggiore intensità, anche oneri di carattere sanitario. Occorre, dunque, trovare una soluzione a questo problema per evitare che gli anziani che hanno necessità alberghiere sostanzialmente simili siano portati a pagare rette (alberghiere) più elevate perché bisognosi di maggiore assistenza e pertanto collocati in presidi residenziali che erogano un'assistenza più intensiva. Di fatto se non si modifica questa situazione, si perpetua una clamorosa iniquità prodotta dal Servizio sanitario nazionale, che

²⁰⁸ Pesaresi, F., 2016, *Quanto costa l'RSA?*, Rimini, Maggioli.

²⁰⁹ Motta, M., Pesaresi, F., 2021, *Per una riforma dell'Isee*, disponibile qui: https://welforum.it/wp-content/uploads/2021/06/Note-Isee-Motta_Pesaresi.pdf

²¹⁰ Pesaresi F., 2011, *La ripartizione della spesa nelle RSA in Network non Autosufficienza* (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 3° Rapporto 2011", Maggioli, Rimini.

chiama gli anziani più fragili a pagare di più per la maggiore assistenza ricevuta. Occorre, dunque, prevedere che, nei presidi residenziali per anziani, i diversi livelli assistenziali non influenzino in modo automatico la dimensione della retta (alberghiera) a carico dell'utente.

Le specificità della demenza

L'art. 34 del DPCM 12/1/2017 (LEA) prevede che a persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali siano garantite le prestazioni residenziali e semiresidenziali. In particolare, si prevede che i disabili di ogni età in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare devono essere assistiti con costi a carico del Servizio sanitario per il 70% del totale. Non vi è alcun dubbio che gli anziani con demenza e Alzheimer siano persone disabili che richiedono un elevato impegno assistenziale e tutelare per cui appare conseguente l'applicazione per analogia della citata norma anche agli anziani affetti da queste malattie.

Dimissioni protette

La dimissione protetta è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sanitari territoriali dell'ASL di appartenenza dell'utente e i servizi sociali dell'ente locale. Decisiva, in questi contesti, per l'efficacia degli interventi è l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale. L'assistenza sanitaria domiciliare è gratuita mentre l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), allo stato attuale, prevede una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente, in genere in base al reddito. Ciò può essere un ostacolo allo sviluppo delle necessarie risposte integrate.

Anche per questo il comma 170 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021) ha individuato quale Livello essenziale (LEP) prioritario in ambito sociale, proprio quello dei "Servizi sociali per le dimissioni protette." Il riconoscimento di LEP per le prestazioni di assistenza "tutelare" temporanea a domicilio aggiuntive a quelle sanitarie rese ai sensi dell'art. 22, commi 4 e 5 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA comporta che la spesa per l'intervento del servizio sociale sia posta a totale carico del Comune¹. Al finanziamento dell'attività concorrono 66 milioni a valere sull'orizzonte del PNRR²¹¹, integrati dalle risorse proprie dei Comuni e, ove necessario, da risorse del Fondo nazionale politiche sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze (integrate proprio per questo fine di 115 milioni in sede di approvazione della Legge di bilancio). La durata della gratuità del servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) viene stabilita dalla Unità di Valutativa Multidimensionale con il progetto assistenziale integrato in stretta relazione con la durata del progetto di dimissione protetta.

²¹¹ Risorse specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1.

23 – IL SECONDO PILASTRO INTEGRATIVO

Introduzione

In considerazione dell'attuale livello di spesa pubblica e privata per prestazioni legate alla non autosufficienza²¹², e del futuro possibile incremento dovuto anche e soprattutto all'invecchiamento demografico, è necessario iniziare a prevedere un Secondo Pilastro da affiancare al sistema pubblico, per sostenere una parte delle spese dei futuri non autosufficienti, ora in età attiva. Le prestazioni LTC devono quindi essere inquadrate in una prospettiva di medio-lungo periodo, da erogare al verificarsi del bisogno: quindi non per tutti e non alla stessa età.

Secondo Pilastro Integrativo: caratteristiche

Il Secondo Pilastro, a differenza del Terzo Pilastro - che si basa su una logica assicurativa legata al rischio -, prevede un accantonamento dei capitali all'interno di un modello solidaristico. La proposta qui presentata non si configura quindi come una copertura assicurativa individuale ma di natura collettiva, tramite la costituzione di un fondo alimentato dai contributi versati dai soggetti coinvolti, che verrà restituito sotto forma di rendita e/o sotto forma di servizi dal momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza. L'assenza di fini lucrativi e la natura solidaristica, nessuna discriminazione delle persone assistite e assistenza garantita per tutta la vita, la partecipazione democratica dei soggetti coinvolti e la trasparenza – sono tutti elementi che facilitano il contenimento dei costi e il mantenimento della copertura anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro.

L'impianto normativo e regolativo del Secondo pilastro integrativo è coordinato con le altre aree di welfare interessate, in particolare: la normativa sul riordino della disciplina in materia sanitaria (D.lgs. 502/1992 e D.lgs. 517/1993); la disciplina della Previdenza complementare e in particolare dei fondi pensione negoziali (D.lgs. 252/2005) e dei Fondi sanitari (Legge 244/2007, art. 1, c. 197, DM Salute 31/3/2008, DM Lavoro 27/10/2009); la normativa del welfare aziendale (Legge 208/2015, art. 1, cc. 182-185, Legge 232/2016, art. 1, cc. 160 e 162 e successive integrazioni).

Integrazione del Secondo Pilastro nel Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA)

Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA) si configura come un sistema a due livelli. Il Primo Pilastro, finanziato dal pubblico attraverso la fiscalità generale, punta alla ricomposizione di una normativa oggi frammentata e incompleta e definisce le risorse necessarie per sostenere prestazioni universali (LEA e LEP) descritti nella proposta.

Come si evince dalla letteratura di riferimento²¹³, il Secondo Pilastro, invece, finanzia prestazioni di natura complementare (supplementare nel linguaggio OCSE), non rientranti nei LEA e LEP, e integrative, come ad esempio le quote residuali dei costi dei servizi (ticket) o prestazioni aggiuntive

²¹² Cinelli, G. e Longo F. (2021), *Un Servizio Nazionale per gli anziani Non Autosufficienti*, in "MECOSAN". Management e economia sanitaria, Franco Angeli Editore, Vol. 0(118), pp. 155-173.

²¹³ Piperno, A. (2017), *La previdenza sanitaria integrativa. Configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*.

di quelle già erogate da LEA e LEP (ad esempio integrando il numero delle ore di ADI). A titolo esemplificativo:

- prestazioni sociosanitarie, aggiuntive rispetto a quelle già definite dai LEA e dai LEP e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- prestazioni socioassistenziali, aggiuntive rispetto a quelle già definite dai LEA e dai LEP e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- ticket e compartecipazioni. Tra queste rientrano le spese sostenute per prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

In questa prospettiva, la questione della non autosufficienza viene affrontata in maniera globale e universale attraverso il Primo Pilastro mentre il Secondo Pilastro, a partire da un approccio solidaristico, si concentra sulle prestazioni complementari e integrative, finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti dal punto di vista sanitario, sociosanitario e sociale²¹⁴.

La questione della frammentazione di norme, prestazioni e risorse è oggi evidente anche nella separazione tra i servizi finanziati tramite risorse pubbliche (ed erogati da aziende del settore pubblico o da gestori privati di servizi accreditati) e quelli invece del mercato privato in senso stretto, cioè quei servizi che richiedono per intero il pagamento da parte degli individui e delle loro famiglie²¹⁵. A questo proposito, la c.d. spesa *out-of-pocket*, pagata direttamente e con risorse proprie, raggiungeva nel 2020 il 21,1% della spesa pubblica sanitaria (dato OECD), a fronte di una spesa sanitaria intermediata che rivestiva un ruolo marginale, coprendo soltanto circa il 3% del totale.

L'esito di questo approccio a "compartimenti stagni" ha, da un lato, ostacolato la possibilità che gli utenti ottenessero risposte complete e integrate a bisogni complessi e multidimensionali e, dall'altro, ha reso il sistema privato una nicchia, fruibile soltanto da quei pochi utenti in grado di sostenerne costi, talvolta estremamente elevati²¹⁶. Come conseguenza, questo sistema ha peggiorato la qualità della vita dei soggetti e delle loro famiglie e ha contribuito ad erodere una parte delle risorse accantonate sotto forma di pensioni e risparmi, oltre ad alimentare una crescente disuguaglianza sociale e territoriale²¹⁷.

²¹⁴ Crescentini L., Maino F. e Tafaro T. (2018), *Non autosufficienza: analisi e proposte per un nuovo modello di tutela*, WP-2WEL 3/18.

²¹⁵ Notarnicola E. (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, Egea.

²¹⁶ Per approfondimenti, si rimanda al testo Colombo, F., Llana Nozal, A., Mercier, J. e Tjadens, F. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Parigi, OECD.

²¹⁷ Si cita, a tal proposito, Vicarelli, G. e Spina, E. (2020), *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, in "Politiche Sociali", 1/20, pp. 77-102.

La ricomposizione delle risorse e delle prestazioni insieme alla previsione di un Primo Pilastro, che definisce LEA e LEP, sul quale si innesta un Secondo Pilastro mira quindi al superamento di queste criticità.

Le forme di incentivazione fiscale

Al fine di sostenere la nascita e il consolidamento del Secondo Pilastro, e di evitare le forme di “azzardo morale” sopra richiamate, si prevede una riorganizzazione degli incentivi fiscali esistenti. Tale riorganizzazione consente di evitare, da un lato, di gravare in maniera eccessiva sul costo del lavoro (la proposta, infatti, intende ridurre il carico fiscale a carico del contribuente e al momento della dichiarazione dei redditi Irpef), valorizzando al contempo l’esito della contrattazione tra le parti e, dall’altro, si pone l’obiettivo di favorire la mobilitazione del risparmio privato, cresciuto in maniera consistente negli ultimi anni.

Adesioni e contribuzione

Il Secondo Pilastro per la Non Autosufficienza, basato su logiche mutualistiche, prevede differenti forme di adesione, sia di tipo contrattuale²¹⁸ sia di tipo volontario, anche da parte di lavoratori autonomi, lavoratori non ricompresi nei CCNL o cittadini che si sono ritirati dal lavoro e che intendono aderire al Fondo con proprie risorse (redditi da lavoro autonomo o risparmi privati). Inoltre, per coloro che hanno aderito al Secondo Pilastro da almeno un anno e si trovano in uno stato di disoccupazione viene prevista l’erogazione del contributo da parte dello Stato, attraverso la fiscalità generale, fino alla sottoscrizione di un nuovo contratto di lavoro.

Il richiamo ai lavoratori autonomi, ai lavoratori non ricompresi nei CCNL, ai soggetti disoccupati e pensionati vuole sottolineare la natura solidaristica ed egualitaria di uno strumento che si basa su un’ampia partecipazione collettiva e su una gestione non lucrativa delle risorse.

Questo scenario, in cui si prevedono logiche mutualistiche, partecipative e solidaristiche esclusivamente finalizzate alla tutela vitalizia dal rischio di decadimento psicofisico e di non autosufficienza, apre inoltre lo spazio a nuove forme di contrattazione per il lavoro dipendente e/o accordi innovativi – che, ad esempio, potrebbero estendersi a lavoratori autonomi o lavoratori dei settori non ricompresi nei CCNL –, rendendo il ruolo dei corpi intermedi strategico su più piani:

- a livello micro, nella relazione con i singoli soggetti - lavoratori e pensionati;
- a livello meso, nella rappresentanza delle loro istanze a livello locale e comunitario;
- a livello macro, rispetto al tema della legislazione e della contrattazione nei CCNL, nella contribuzione e della gestione delle risorse raccolte attraverso l’istituzione di un Secondo Pilastro complementare.

²¹⁸ Un secondo pilastro integrativo su base collettiva è ancorato alla contrattazione, vale a dire ad un sistema di relazioni industriali, tra imprese e sindacati confederali e di categoria, che regola autonomamente i rapporti contrattuali.

La valutazione della condizione di non autosufficienza

La normativa sul Secondo Pilastro Integrativo riguarda, nello specifico, la copertura dei bisogni connessi con la condizione di non autosufficienza. Il Secondo Pilastro Integrativo deve quindi prevedere un modello di valutazione della condizione di non autosufficienza standardizzato, univoco e condiviso con il pilastro pubblico. Tale definizione deve infatti consentire di individuare i gradi diversi dello stato di non autosufficienza e prevedere una valutazione multidimensionale dei bisogni, in linea con quanto riportato nella seconda parte della presente proposta (dedicata alla rete integrata delle risposte). In questa prospettiva, al fine di sostenere un concreto miglioramento della qualità della vita dei soggetti, la fornitura di servizi complementari e integrativi – come descritti nei punti precedenti – dovrà essere coerente con il Progetto assistenziale integrato (PAI).

Le ulteriori ricadute positive connesse all'implementazione di un Secondo Pilastro

La creazione di un Secondo Pilastro può avere ricadute positive rilevanti rispetto ad altri tre obiettivi, richiamati di seguito.

- Creazione di un sistema professionale di servizi qualificati: superando l'approccio che vede la non autosufficienza esclusivamente come un costo, la costruzione di un efficace e integrato Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA) rappresenta una occasione per la creazione di valore, favorendo la crescita e il consolidamento di nuova occupazione in servizi altamente professionalizzati e non de-localizzabili nel settore dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. In questa prospettiva, le risorse accantonate verranno trasferite prevalentemente sotto forma di servizi e non attraverso erogazioni monetarie (*cash*).
- Contrasto alle diseguaglianze: quello della non autosufficienza è un rischio che riguarda tutti i soggetti, sebbene con intensità e forme diverse durante il percorso di vita. In questo contesto, un'adeguata previsione di risorse integrative permette di poter meglio sostenere i costi della sfida nel medio-lungo periodo²¹⁹. Di conseguenza, senza un approccio integrativo e solidaristico, basato sulla logica di una mutualità ampia e condivisa, il rischio è quello che i soggetti più deboli sul mercato del lavoro (come i lavoratori con salari più bassi o con carriere professionali discontinue e, quindi, scarse tutele) rimangano esclusi da forme di intervento complementari e integrative che possono contribuire a migliorare sensibilmente la qualità della vita dei soggetti non autosufficienti. In assenza di un Secondo Pilastro, infatti, questi soggetti hanno soltanto due opzioni: decidere, nell'indisponibilità di risorse proprie o risparmi, di non accantonare nessuna risorsa per la non autosufficienza o rivolgersi in maniera individuale agli intermediari assicurativi²²⁰ (Terzo pilastro). In entrambi i casi, il rischio è quello di un futuro aumento delle diseguaglianze sociali legato al fatto che i soggetti economicamente vulnerabili rischierebbero di rimanere esclusi dalla copertura della non autosufficienza.

²¹⁹ Si rimanda al documento del MEF, Ragioneria Generale dello Stato (2021), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.

²²⁰ Per ulteriori approfondimenti sull'attività degli Intermediari assicurativi in Italia, consultare IVASS (2021), *Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2020*.

- Informazione e responsabilizzazione di lavoratori/lavoratrici: spingere le persone - fin dal loro ingresso nel mercato del lavoro - a destinare una parte delle risorse alla copertura del rischio di non autosufficienza consente di attirare l'attenzione su una fase cruciale del ciclo di vita delle persone (la vecchiaia), spesso sottostimata poiché percepita come “distante”, accrescendo la comprensione del fatto che la progressiva perdita dell'autonomia psicofisica, al crescere dell'età, è una certezza²²¹.

Allo stesso tempo, la scelta di destinare contributi individuali consente di tenere alta l'attenzione sia rispetto alla sostenibilità dei costi degli interventi per la LTC sia nei confronti del tema delle risorse pubbliche necessarie: aspetti rimasti fino ad oggi marginali nel dibattito politico. A livello individuale, infine, la consapevolezza dei rischi e dei costi della non autosufficienza potrebbe favorire processi di responsabilizzazione rispetto ai temi della prevenzione e delle determinanti di salute.

²²¹ Si rimanda, su questo punto, al modello francese di Secondo Pilastro Integrativo: cfr. Centro Europa Ricerche (2020), *Le prestazioni per la non autosufficienza in Francia*, Roma, Centro Europa Ricerche.