

COSTRUIRE IL FUTURO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Una Proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

6 marzo 2021

La Proposta è stata elaborata dal:

Network Non Autosufficienza (NNA)

È promossa da:



È sostenuta da:

Caritas Italiana

La proposta "Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti" è stata elaborata dal Network Non Autosufficienza ed è promossa da: AIMA Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, Alzheimer Uniti Italia, Cittadinanzattiva, Confederazione Parkinson Italia, Federazione Alzheimer Italia, Forum Disuguaglianze Diversità, Forum Nazionale del Terzo Settore e La Bottega del Possibile. E' sostenuta da: Caritas Italiana.

L'adesione alla proposta è aperta alle organizzazioni e alle realtà associative che ritenessero di sostenerla. Chi volesse aderire può segnalarlo a questo indirizzo: redazione@luoghicura.it

SINTESI	5
 PRIMA PARTE. IL PROGETTO E LA SUA LOGICA.....	9
1. Introduzione	9
2. I problemi dell'assistenza agli anziani non autosufficienti	9
3. La necessità di una riforma nazionale	14
4. La proposta: il PNRR come primo passo della riforma	18
5. I benefici attesi dalla proposta	22
6. In che modo il PNRR può peggiorare il welfare	31
7. Come fare un buon uso di questo documento.....	31
 SECONDA PARTE. LE SINGOLE LINEE DI INTERVENTO	33
Sistema di governance della conoscenza	34
Sistema di governance istituzionale	43
Accesso unico alla rete degli interventi	50
Riforma dei servizi domiciliari	59
Riqualificazione delle strutture residenziali	71
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	77

La proposta è stata originariamente resa pubblica lo scorso 27 gennaio. L'hanno scritta Cristiano Gori (coordinatore), Antonio Guaita, Maurizio Motta, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi. Rosemarie Tidoli ha collaborato alla redazione del documento.

Si presenta qui la seconda versione del testo, che mantiene l'impostazione e gli obiettivi di quello originario e cerca di declinarli in modo più approfondito e puntuale. Vi hanno lavorato gli autori della precedente insieme a vari altri esperti. Alcune nuove parti sono state scritte da Sara Barsanti (Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa), Michelangelo Caiolfa (Federsanità-Anci Toscana), Carlo Giacobini (Consulente indipendente), Laura Pelliccia (in qualità di collaboratrice di NNA) e Antonio Sebastiano (Liuc, Castellanza).

Idee e suggerimenti per l'elaborazione di questa stesura sono giunti da Iolanda Anselmo, Paola Casavola e Flavia Terribile (DPCoe-NUVAP), Gianmario Cinelli e Francesco Longo (Cergas Bocconi), Laura Crescentini (esperto indipendente), Paolo Da Col (Centro Studi Card), Chiara Fornara (Consorzio Servizi Sociali del Verbano), Giovanni Lamura (Inrca, Ancona), Franca Maino e Federico Razetti (Università degli Studi di Milano e Percorsi di secondo welfare), Sergio Pasquinelli (Irs e Welforum) e Salvatore Rao (La Bottega del Possibile).

Il Network Non Autosufficienza desidera esprimere la propria gratitudine verso le colleghe e i colleghi che – pure nei tempi stretti imposti dalle scadenze del PNRR – hanno offerto il loro prezioso contributo intellettuale. Speriamo di averne fatto il miglior uso possibile.

Premessa. Ricordarsi come nasce il PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) discende dalla decisione della Commissione Europea di mettere a disposizione degli Stati membri uno strumento potente per fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia. I dati su età e profili di fragilità delle persone decedute con il Covid-19 indicano che i più colpiti sono gli anziani non autosufficienti. Sarebbe paradossale che un Piano nato per rispondere a una tragedia dimenticasse proprio coloro che ne hanno pagato il prezzo maggiore. Anche perché le grandi difficoltà incontrate dal sistema pubblico di assistenza agli anziani nell'affrontare la pandemia non rappresentano un evento anomalo, bensì una manifestazione estrema delle criticità di fondo che – da tempo – lo affliggono.

Non perdere questa occasione

Tuttavia, nell'attuale versione del Piano non compare un progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Gli interventi previsti in materia, infatti, sono disseminati tra diverse filiere istituzionali (sociale e sanità) e ricondotti a una pluralità di obiettivi eterogenei, senza mai affrontare la domanda chiave: "quale progetto potrebbe essere utile per gli anziani e le loro famiglie?". Da questo interrogativo, invece, muove *la proposta qui presentata, che riprende le azioni già stabilite dal Piano modificandole, integrandole con altre e provando a collocarle in un progetto unitario.*

L'idea è semplice. Si vuole *sfruttare l'occasione offerta dal PNRR per avviare il percorso della riforma nazionale del settore grazie a un primo pacchetto di azioni necessarie, concepite a partire dall'analisi delle criticità esistenti.* La riforma è attesa dalla fine degli anni '90, quando si cominciò a discuterne in sede tecnica e politica, sinora senza esito. Intanto, negli ultimi tre decenni, riforme nazionali di ampia portata sono state attuate in numerosi altri paesi del Centro-Sud Europa, dalla Francia alla Spagna, dall'Austria alla Germania. Il Piano, pur non consentendo di realizzarla nella sua interezza, costituisce uno strumento ottimale per dare avvio alla riforma.

Partire dai problemi di fondo dell'assistenza agli anziani

L'elaborazione della proposta è iniziata con l'individuazione dei problemi di fondo dell'assistenza agli anziani in Italia, sulla base delle ricerche e delle informazioni disponibili. Uno consiste nella frammentazione degli interventi pubblici, erogati da diversi soggetti non coordinati tra loro (Asl, Comuni, Inps). *Si propone pertanto di unire i passaggi da svolgere per accedere all'insieme delle misure – ricomponendo così l'attuale caotica molteplicità di enti, sedi e percorsi differenti – e di far confluire le diverse prestazioni ricevute dalle persone in progetti personalizzati unitari.* Le condizioni favorevoli a un simile cambiamento

nell'organizzazione del welfare locale vengono create grazie a un processo analogo compiuto a livello istituzionale. Si vuole, infatti, *collocare in un sistema di governance unitario le diverse linee di responsabilità*, divise fra tre livelli di governo (Stato, Regioni, Comuni) e tre filiere (prestazioni monetarie, servizi sociali e servizi sociosanitari).

Un altro problema risiede nel ricorso a modelli d'intervento solo in parte adeguati alle specificità della condizione di non autosufficienza. La proposta lo affronta nell'ambito *dei servizi domiciliari, il cui sviluppo è prioritario*. Il più diffuso, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), fornisce in prevalenza determinate prestazioni medico-infermieristiche per rispondere a singole patologie (paradigma del *cure* clinico-sanitario). *La riforma delineata, invece, assume il paradigma proprio della non autosufficienza, quello del care multidimensionale: si tratta di costruire progetti personalizzati che partano da uno sguardo globale sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni e che organizzino le risposte di conseguenza*. In concreto, ciò significa offrire non solo gli interventi di natura medico-infermieristica ma anche quelli – oggi marginali – di aiuto nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza impedisce all'anziano di compiere. Allargare lo sguardo vuol dire anche, naturalmente, riconoscere le esigenze delle reti informali di supporto: si prevedono tanto la presenza di operatori che siano un punto di riferimento certo nel tempo per i soggetti coinvolti quanto azioni di affiancamento e sostegno dedicate a *caregiver* familiari e badanti.

L'ultima questione di fondo consiste nell'insufficiente finanziamento dei servizi alla persona, testimoniato dalla loro bassa dotazione. Il PNRR non permette di utilizzare la leva decisiva in proposito, ossia l'incremento della spesa corrente; tuttavia, quella disponibile in termini di risorse, gli investimenti una tantum, consente comunque di compiere alcune azioni significative. Si dispone, quindi, *un investimento straordinario nella domiciliarità per accompagnarne la riforma complessiva e avviare l'ampliamento dell'offerta*. La motivazione è duplice. Da una parte, non è possibile operare una profonda rivisitazione di servizi così sotto-finanziati, aumentandone le responsabilità, senza incrementarne i fondi. Dall'altra, le pressanti esigenze della popolazione interessata e l'attuale scarsità dell'offerta suggeriscono di non perdere altro tempo nel dare il via a un ampliamento quanto mai necessario.

La proposta include anche *un investimento nella riqualificazione delle strutture residenziali, per assicurarne l'indispensabile ammodernamento*. Quest'esigenza, nota da tempo, è stata confermata dalle vicende della pandemia. Basti pensare, ad esempio, che una maggior disponibilità di stanze singole – oggi in minoranza – avrebbe aiutato il contenimento dei contagi. In generale, è dimostrato che potenziare la dotazione infrastrutturale influisce positivamente sulla qualità della vita degli anziani ospiti.

Infine, il nostro documento suggerisce un'azione trasversale in merito al miglioramento delle politiche, il cui perseguimento richiede fonti conoscitive adeguate. Si stabilisce, dunque,

l'attivazione di un sistema nazionale di monitoraggio dell'assistenza agli anziani, che oggi – a differenza della sanità – non esiste.

Il contributo della proposta al superamento delle criticità di fondo del settore

Criticità	Azione
<i>Frammentazione delle risposte</i>	– Percorsi di accesso unici all'insieme delle misure pubbliche, da far confluire in progetti personalizzati unitari – Sistema di governance multilivello unitario
<i>Modelli d'intervento inadeguati</i>	– Riforma complessiva dei servizi domiciliari guidata dal paradigma del care multidimensionale
<i>Ridotto finanziamento dei servizi</i>	– Investimento per accompagnare la riforma dei servizi domiciliari e avviare l'ampliamento dell'offerta – Investimento per riqualificare e ammodernare le strutture residenziali
<i>Azione trasversale</i>	– Introduzione di un sistema nazionale di monitoraggio

Dieci ragioni per una proposta

Una proposta così disegnata si basa su precise ragioni.

Primo, è dedicata alle principali vittime della pandemia, come spiegato all'inizio.

Secondo, avvia quel percorso di riforma atteso dalla fine degli anni '90. Sfruttare a tal fine l'occasione del PNRR rappresenta – si è detto – l'intenzione alla base della proposta. Gli evidenti problemi del settore e il trend d'invecchiamento del Paese suggeriscono di non aspettare oltre.

Terzo, comincia a migliorare le risposte rivolte agli anziani e alle loro famiglie. La dimensione progettuale di lungo periodo va di pari passo con la realizzazione – a breve – di un primo pacchetto d'interventi in grado d'iniziare a rafforzare le risposte destinate alla popolazione interessata.

Quarto, non è originale. Il nostro documento non inventa nulla poiché sulla necessità del nucleo di azioni suggerite esiste – da tempo – una larga concordanza nel mondo della non autosufficienza, nella ricerca così come nella pratica e nella politica. Le idee esposte non esauriscono affatto le questioni a cui far fronte, ma costituiscono una solida base sulla quale poggiare – in seguito – gli ulteriori, auspicabili, cambiamenti.

Quinto, parte da “cosa” e non da “quanto”. Per la non autosufficienza sono previsti circa 7,5 miliardi, 5 dei quali destinati alla riforma della domiciliarità nel periodo 2022-2026. Secondo i nostri calcoli, questa è la cifra giusta per accompagnare una riforma importante e iniziare a offrire ad anziani e famiglie risposte più adeguate. La proposta, tuttavia, non parte da “quanto” (la consistenza degli stanziamenti dedicati) bensì da “cosa” (le azioni da sviluppare). Il vero pericolo non è che i fondi siano inferiori a quelli sperati, ma che il Piano per l'Italia di domani resti privo di un progetto riformatore per un settore tanto fragile. Inoltre, l'ambito nel

quale affrontare il grave sotto-finanziamento dei servizi per la non autosufficienza non è il Piano, bensì il bilancio dello Stato. In sintesi, è sul progetto, e non sul budget, che il PNRR può fare la differenza.

Sesto, riduce le discriminazioni di genere. Tale obiettivo viene perseguito a due livelli. Da un lato, grazie alla maggior offerta di servizi verrebbe ridotta la pressione dei compiti di cura a carico delle donne nella loro veste di *caregiver* familiari. Dall'altro, le donne beneficerebbero di nuove possibilità occupazionali in questo settore in qualità di lavoratrici.

Settimo, produce occupazione. Una strategia efficace per creare nuovi posti di lavoro, ancora assente nel nostro Paese, consisterebbe nel puntare sui servizi di cura. Tra questi, la vastità e il costante aumento della popolazione coinvolta assegnano a quelli per gli anziani una posizione centrale. La proposta contribuisce ad avviare un percorso in tale direzione.

Ottavo, valorizza il territorio. La proposta si misura con la delicata questione dell'individuazione di un punto di equilibrio tra la necessità di un maggior ruolo dello Stato e quella di riconoscere gli interventi già esistenti di Regioni e Comuni. Lo fa a partire da una semplice regola: prevede di non chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali dove già si va (in tutto o in parte) nella direzione indicata. Infatti, solo valorizzando quanto di buono viene fatto (poco o tanto che sia) è possibile realizzare efficaci politiche di sviluppo del welfare locale.

Nono, rispetta le indicazioni della Commissione Europea, che giudica l'attuale versione del Piano italiano troppo sbilanciata verso gli investimenti e suggerisce, dunque, di rafforzarlo dal punto di vista delle riforme. La gran parte degli interventi individuati ha natura di riforma, cioè modifica in modo strutturale il profilo delle politiche pubbliche.

Decimo, ma non meno rilevante, offre un'impostazione applicabile a tutte le disabilità. Quella per gli anziani non autosufficienti non è l'unica riforma a cui dare il via. Infatti, anche nelle politiche rivolte ai giovani e agli adulti con disabilità vi è bisogno di un profondo rinnovamento. La proposta adotta un approccio, graduale ma collocato nel contesto di una strategia di lungo periodo, utilizzabile pure per questo ambito.

Come fare un buon uso della proposta

La versione completa della proposta, qui sintetizzata, è consultabile sul sito www.luoghicura.it. Rispetto alla media dei documenti prodotti a commento del Piano nelle recenti settimane, *questa è una proposta particolarmente dettagliata*. Il nostro auspicio è che, nel caso in cui – come speriamo – il Governo sia interessato a introdurre nel PNRR un progetto per la non autosufficienza, possa trovarvi una mole di idee, analisi e informazioni in grado di agevolare il suo compito.

1. Introduzione

Il testo si divide in due parti. La prima presenta il progetto complessivo elaborato da NNA per l'introduzione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di una componente dedicata all'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia, esponendo la logica che ne è alla base. La seconda parte, invece, approfondisce le cinque linee d'intervento che compongono la proposta.

I prossimi paragrafi si snodano nel modo seguente. Si comincia tratteggiando i problemi dell'assistenza agli anziani in Italia (par. 2), spiegando poi come, per affrontarli, sia ineludibile la riforma nazionale del settore (par. 3). In seguito, si delinea l'insieme della proposta – intesa come un primo passo per avviare il percorso riformatore (par. 4) – e se ne sintetizzano i benefici attesi (par. 5). A questo punto, però, è necessario mettere in luce in che modo il PNRR, se male utilizzato, potrebbe aggravare le criticità segnalate all'inizio (par. 6). Il paragrafo conclusivo, infine, si sofferma su come fare un buon uso del presente documento (par. 7).

2. I problemi dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Le criticità che caratterizzano il sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti a titolarità pubblica in Italia possono essere ricondotte a tre questioni di fondo, qui sintetizzate.

2.1 La frammentazione delle risposte

Gli anzianiⁱ non autosufficienti sono persone con disabilità di natura fisica (motoria) e/o mentale (cognitiva), che ne determinano la dipendenza permanente da terzi nello svolgimento di una o più attività, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana. Secondo le stime più recenti, si tratta di 2,9 milioni di persone nel nostro Paeseⁱⁱ. L'assistenza continuativa (*long-term care*) consiste nel complesso di servizi alla persona – domiciliari, semi-residenziali e residenziali – e di trasferimenti monetari forniti, per l'appunto, con continuità per rispondere a tale condizione di dipendenza permanente.

Secondo la definizione della Commissione Europeaⁱⁱⁱ, nelle politiche pubbliche di assistenza continuativa in Italia rientrano servizi e interventi sociosanitari appartenenti alla filiera della sanità (Regioni, Asl), servizi e interventi sociali afferenti alla filiera delle politiche sociali (Comuni) e una prestazione monetaria nazionale, l'indennità di accompagnamento (Stato) (cfr. box 1)^{iv}. Questa definizione – alla quale si riferiscono abitualmente gli esperti – è quella che viene qui impiegata. Non è, invece, quella su cui si basa l'attuale versione del PNRR, che tocca due delle tre filiere (sociosanitario e sociale) e le considera separatamente. La questione è ben più sostanziale di quanto possa apparire a un primo sguardo. Infatti, *rifarsi alla*

definizione europea implica di partire non dalle specifiche misure di responsabilità di un determinato ente istituzionale (Comuni, Regioni o Stato), bensì dalla condizione di anziano non autosufficiente, considerando congiuntamente l'insieme di interventi pubblici a disposizione per affrontarla.

Box 1 – La definizione di assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti della Commissione Europea

Soggetto titolare	Misure
Stato	Indennità di accompagnamento
Regioni	Servizi e interventi sociosanitari
Comuni	Servizi e interventi sociali

L'origine della frammentazione sintetizzata nel box è di natura storica. Queste politiche iniziarono a essere delineate negli anni '80, quando il numero di anziani interessati cominciò a diventare significativo, mentre la configurazione del moderno welfare pubblico era già stata definita tra la fine della Seconda guerra mondiale e gli anni '70. Poiché, in precedenza, la non autosufficienza non rappresentava una questione di rilievo, il sistema di welfare fu edificato senza prevedere un settore dedicato, a differenza di quanto accadde – ad esempio – per ospedali e pensioni. I nuovi interventi via via attivati a partire da allora, dunque, furono progressivamente inseriti nell'ambito delle filiere istituzionali esistenti^v.

Nei decenni successivi, lo Stato non ha mai agito per ricomporre la frammentazione istituzionale e neppure è intervenuto incisivamente per ridurre quella, che ne discende, nell'erogazione delle misure nei territori. Nel frattempo si è assistito a una stratificazione graduale d'interventi con logiche d'azione e criteri di accesso differenziati. Alcune Regioni hanno cercato di ovviare a questa disorganicità sistemica rafforzando il coordinamento tra i propri servizi a livello locale, con risultati alterni. Considerando il Paese nel suo insieme, l'offerta pubblica di assistenza continuativa resta – in netta prevalenza – assai parcellizzata. Le conseguenze sono note. Primo, poiché gli interventi vengono erogati da diversi soggetti, non coordinati tra loro, con logiche d'intervento e criteri di accesso differenti, *è impossibile fornire ai singoli anziani pacchetti unitari di risposte coerenti*. Secondo, se non è l'attore pubblico a farlo, *l'onere di cercare di ricomporre questi interventi in un quadro unitario ricade sulle famiglie*^{vi}.

2.2 L'inadeguatezza dei modelli d'intervento

L'assistenza agli anziani non autosufficienti richiede di operare seguendo uno specifico paradigma, cioè un modello d'intervento, condiviso dalla comunità scientifica internazionale^{vii}. È quello del *care* multidimensionale, che prevede risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. La natura stessa della non autosufficienza, uno stato che coinvolge l'intera esistenza della persona, rende necessario ricorrere

all’approccio multidimensionale, che comporta spesso di progettare le risposte combinando molteplici interventi.

Se il paradigma dell’assistenza agli anziani è – in teoria – chiaro, ciò che spesso risulta inadeguato nel nostro Paese è il modo di tradurlo 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 peculiarità della condizione di non autosufficienza*^{viii}.

Un esempio rilevante riguarda il più diffuso servizio domiciliare, l’assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl. In prevalenza, infatti, l’Adi non segue il paradigma del *care* multidimensionale, bensì quello del *cure* clinico-sanitario: erogazione di prestazioni per rispondere a singole patologie^{ix}. La logica del *care* si articola nel riconoscimento di una fragilità complessiva, che implica un’azione multidimensionale e il miglior accompagnamento possibile durante il naturale progressivo peggioramento delle condizioni; quella fatta propria dal *cure*, al contrario, consiste nell’identificazione di una determinata patologia e nella conseguente erogazione di una prestazione mirata a risolverla. Parole inglesi con traduzioni italiane quasi identiche, la cura (*care*) e le cure (*cure*), dunque, identificano paradigmi ben diversi.

Un altro esempio risiede nella debole capacità di adattare i modelli d’intervento alle trasformazioni della non autosufficienza, un fenomeno in costante evoluzione. Il riferimento è qui, innanzitutto, alle difficoltà – tuttora presenti in vari contesti, benché non si tratti più di una novità^x – a tenere in adeguata considerazione la, sempre più diffusa, componente della disabilità di natura cognitiva (demenze), al fianco di quella di natura fisica (motoria)^{xi}. D’altra parte, passare da una non autosufficienza “immobile” a una “mobile”, affiancata da disturbi comportamentali imprevedibili, richiede un netto mutamento dei paradigmi in uso (cfr. box 2). Gli esempi potrebbero continuare.

Le criticità dei modelli d’intervento previsti dalle politiche pubbliche per la non autosufficienza, pur con modalità e intensità variabili, sfociano sempre nella stessa conseguenza: fornire risposte solo parzialmente appropriate alle condizioni e alle esigenze degli anziani^{xii}.

Box 2 – L’inadeguatezza dei modelli d’intervento

Problema	Esempi
Modelli d’intervento solo in parte confacenti alla specificità della non autosufficienza	Assistenza domiciliare guidata dal paradigma del <i>cure</i> e non del <i>care</i> Difficoltà a tenere nella debita considerazione la diffusione delle demenze

2.3 Il ridotto finanziamento dei servizi

Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi alla persona sono nettamente inadeguati a rispondere alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Questa criticità accomuna tutte le principali unità di offerta, domiciliari, semi-residenziali e

residenziali, seppur in misura differente. Il problema è ben noto a chiunque sia stato coinvolto, in vario modo, nella condizione di non autosufficienza ed è evidenziato da un'ampia mole di studi, ai quali si rimanda^{xiii}.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, l'Italia è il paese dell'Europa a 15 che - ad eccezione della Grecia - ha la minore percentuale di posti letto (la tabella 1 presenta i valori per alcune nazioni). Il dato complessivo in merito nasconde, però, un punto cruciale, legato all'articolazione di questa tipologia di offerta. In prevalenza, in Italia si registra la presenza di strutture residenziali rivolte ad anziani che si trovano in condizioni particolarmente critiche. Oltre a queste, rese insostituibili dall'attuale (e futuro) profilo della popolazione interessata, bisognerebbe sviluppare la cosiddetta residenzialità leggera, cioè un insieme di soluzioni intermedie destinate ad anziani che richiedono qualche forma di sostegno ma non si trovano in condizioni di grave compromissione socio-sanitaria. In proposito, il nostro Paese è particolarmente indietro^{xiv}.

Tabella 1 – Posti letto in strutture residenziali ogni 100 persone 65+ (2018)

Paese	%
Germania	5,4
Francia	5,0
Austria	4,6
Regno Unito	4,4
Spagna	4,4
Danimarca	3,9
Italia	1,9
Grecia	1,8

Fonte: *Oecd Health Statistics* (www.stats.oecd.org)

Venendo ai servizi domiciliari, non è possibile utilizzare i dati comparativi disponibili perché questi misurano esclusivamente la copertura (% di anziani raggiunti) ma non l'intensità (visite medie per anziano) e la durata della presa in carico. Per comprendere l'adeguatezza di simili servizi, però, è fondamentale considerare congiuntamente le diverse variabili menzionate. La percentuale di anziani che – in un anno – fruiscono dei servizi domiciliari è pari al 6,5%^{xv}: si tratta di un valore che è cresciuto negli ultimi anni ma che rimane ancora distante dalle necessità della popolazione coinvolta e dalle buone pratiche europee^{xvi}. La maggior parte degli utenti, però, riceve un numero molto esiguo di visite a casa e per periodi di tempo assai limitati. Alcune cifre sono emblematiche: l'intensità media è pari a 18 ore annue, l'11% delle prese in carico si conclude in un giorno e il 32% degli utenti riceve meno di un accesso a settimana. Su questo versante, la scarsità di risorse disponibili si salda con l'inadeguatezza del modello d'intervento segnalata sopra. Pertanto, la maggior parte di coloro i quali figurano formalmente come utenti di servizi domiciliari non ricevono, in effetti, risposte propriamente definibili come tali (cfr. box 3).

Box 3 – Copertura, intensità e durata dei servizi domiciliari in Italia

Variabile	Dati	Questione
Copertura	6,5% degli anziani in un anno	Crescente ma ancora distante dalle necessità e dalle buone pratiche europee
Intensità e durata	Media di 18 ore annue	Estremamente limitate

La distribuzione dei servizi è assai eterogenea tra le Regioni italiane e nel meridione la loro presenza risulta inferiore rispetto al resto del Paese; un notevole grado di differenziazione, inoltre, si registra anche all'interno del Centro-Nord. In ogni modo, la limitata spesa dedicata ai servizi costituisce un problema significativo pure per le Regioni che, in confronto alle altre, ne sono più fornite^{xvii}. Prendendo in considerazione l'Italia nel suo insieme, si nota come il sotto-finanziamento vada a braccetto con l'assenza di livelli essenziali, cioè di regole certe – stabilite dallo Stato – circa la dotazione di servizi nei territori e l'effettivo diritto delle persone non autosufficienti a riceverli.

La situazione descritta presenta alcune conseguenze prevalenti. Una riguarda gli anziani che vivono a casa e ricevono servizi domiciliari in misura troppo ridotta o non ne usufruiscono del tutto^{xviii}. Venendo alle residenze, si pensi alla generalizzata difficoltà a trovarvi un posto e alle lunghe liste d'attesa, così come alla necessità per molte di un miglioramento della dotazione infrastrutturale (l'ultimo piano nazionale per ammodernarle risale al 1994)^{xix}.

2.4 Guardando indietro: le principali vittime della pandemia

La frammentazione delle risposte, l'inadeguatezza dei modelli d'intervento e il ridotto finanziamento dei servizi sono i tre problemi di fondo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Prima di concludere il paragrafo, è utile collocarli in una prospettiva inter-temporale. Partiamo volgendo lo sguardo all'indietro, verso la pandemia cominciata nei primi mesi del 2020. Il sistema pubblico di assistenza agli anziani ha – com'è risaputo – incontrato grandi difficoltà nell'affrontare questa emergenza. Pur non potendo qui approfondire il tema, si vuole evidenziare un punto cruciale: *tutti gli esperti e i centri di ricerca concordano nel ritenere che quanto avvenuto non sia un evento anomalo bensì una manifestazione estrema delle criticità ordinarie*^{xx}. Semplificando: quando un sistema è già debole in condizioni normali, se viene sottoposto a una pressione straordinaria non potrà che amplificare ulteriormente la sua debolezza. Dunque, le vicende del Covid-19 hanno mostrato – con una forza senza precedenti – come sia indispensabile affrontare i problemi di fondo dell'assistenza agli anziani in Italia.

Ma questo non è l'unico messaggio che ci lascia la tragedia. Infatti, i dati su età e profili di fragilità delle persone decedute con il Covid-19 indicano che i più colpiti sono gli anziani non autosufficienti^{xxi}. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza discende dalla decisione della Commissione Europea di mettere a disposizione degli Stati membri uno strumento potente per “fronteggiare l'impatto economico e sociale della crisi pandemica”^{xxii}. *Sarebbe paradossale*

che un Piano nato in risposta a una tragedia dimenticasse proprio coloro i quali ne sono stati le principali vittime (cfr. box 4).

Box 4 – I messaggi della pandemia

Fatto	Messaggio
Le difficoltà del sistema hanno rappresentato una manifestazione estrema di quelle ordinarie	Si devono affrontare i problemi di fondo dell'assistenza agli anziani in Italia
I decessi legati al Covid-19 si sono concentrati tra gli anziani non autosufficienti	Un Piano nato in risposta a una tragedia non può dimenticarne le principali vittime

2.5 Guardando avanti: una popolazione sempre più numerosa

Volgendo, invece, lo sguardo verso il futuro, l'attenzione è catturata dalle dinamiche demografiche. Come noto, il trend di crescita degli anziani, in atto già da tempo, è ben lontano dalla conclusione. Si considerino le persone con almeno 80 anni, tra le quali si concentrano in maggioranza i non autosufficienti. Fatto uguale a 100 il loro numero nel 2000, nel 2010 sono saliti a 152,9 giungendo oggi a 198,1 (2020). Già nel 2030 diventeranno 234,1, per poi aumentare ulteriormente sino a 274,2 nel 2040 e a 353,9 nel 2050 (cfr. tabella 2). Le implicazioni di queste cifre sono evidenti. Infatti, le criticità delle politiche di assistenza qui esposte riflettono l'Italia di oggi ma, *al cospetto di una popolazione anziana sempre più numerosa, in assenza di una netta inversione di rotta la situazione è destinata a peggiorare ulteriormente nei prossimi anni.*

Tabella 2 – Trend demografici della popolazione anziana in Italia, anni vari

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65+	10.310.206	12.083.787	13.859.090	16.235.694	19.079.540	19.620.859
75+	4.472.580	5.922.341	7.063.716	8.249.180	9.995.411	12.046.019
80+	2.231.175	3.410.824	4.419.703	5.223.352	6.117.420	7.895.433
% 65+ su pop tot	18,1%	20,4%	23,2%	27,0%	32,2%	33,9%
% 75+ su pop tot	7,8%	10%	11,8%	13,7%	16,8%	20,8%
% 80+ su pop tot	3,9%	5,7%	7,4%	8,7%	13,3%	13,7%
Standardizzazione 80+ del 2000 = 100						
80+	100,0	152,9	198,1	234,1	274,2	353,9

Fonte: nostre elaborazioni da I.Stat e Anziani.Stat (dal 2030 stime centrali)

3. La necessità di una riforma nazionale

3.1 Una carenza da colmare

La riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti costituisce un passaggio ineludibile al fine di affrontare i problemi di fondo del settore. Essa, in effetti, è attesa in Italia – sinora senza esito – dalla fine degli anni '90, quando si cominciò a discuterne in sede tecnica^{xxiii} e in sede politica^{xxiv}. Intanto, negli ultimi tre decenni, riforme statali di ampia

portata sono state introdotte in numerosi altri paesi del Centro-Sud Europa, dalla Francia alla Spagna, dall’Austria alla Germania (cfr. tabella 3). Ovunque, il fine ultimo è consistito nel trovare un ruolo compiuto a un settore cresciuto in precedenza in modo incrementale e confuso, nell’ambito di un sistema di welfare impiantato ben prima della sua esistenza. Tale finalità generale è stata declinata su due versanti. Da una parte, i contenuti: una definizione precisa dei modelli d’intervento, una configurazione istituzionale più semplice e solida e un rafforzamento sul piano organizzativo. Dall’altra, le risorse: un robusto incremento della spesa dedicata. Mentre l’attuazione del riordino ha avuto esiti variabili, in base allo specifico disegno e ai diversi contesti nazionali, la direzione imboccata è stata sempre la stessa^{xxv}.

Tabella 3- Riforme nazionali dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in alcuni paesi nel Centro-Sud Europa

Paese	Anno
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Spagna	2006
Italia	-

Peraltro, la mancanza di una riforma dedicata è divenuta, ormai, un’esclusiva della non autosufficienza. Nel primo decennio degli anni duemila, infatti, gli esperti concordavano nell’identificare alcuni ambiti del welfare italiano, in ritardo e sino ad allora trascurati, da rafforzare attraverso riforme nazionali: le politiche rivolte a disoccupati, poveri, famiglie con figli e persone non autosufficienti. Inseguito sono state realizzate riforme per incrementare le tutele in caso di disoccupazione (Aspi nel 2012, Naspi nel 2015 e Iscro prevista quest’anno), per dotarsi di misure di contrasto della povertà (Rei nel 2017 e Reddito di Cittadinanza nel 2019) e per migliorare il sostegno economico alle famiglie con figli (l’assegno unico in vigore dal prossimo luglio). Lo sforzo di rinnovamento, però, non ha toccato la non autosufficienza (cfr. tabella 4)

Tabella 4 - Riforme nazionali nei settori ritardatari del welfare italiano

Settore	Riforma (anno)
<i>Disoccupazione</i>	Aspi (2012), Naspì (2015), Iscro (2021)
<i>Povertà</i>	Rei (2017), Reddito di Cittadinanza (2019)
<i>Famiglie con figli</i>	Assegno Unico (2021)
<i>Non autosufficienza</i>	-

3.2 L’occasione del PNRR

La duplice denominazione del Piano indica la volontà di farne uno strumento tanto di “Ripresa” dalla pandemia quanto di “Resilienza”, che permetta cioè agli Stati europei di “preparare il futuro, di governare le trasformazioni senza subirle”^{xxvi}. Si tratta, dunque, di

“un’occasione irripetibile per il nostro Paese”, sia “per rilanciare gli investimenti” sia “per attuare importanti riforme”^{xxvii}.

Il PNRR non consente di attuare il significativo incremento di spesa corrente destinata ai servizi – domiciliari, semi-residenziali e residenziali – che, anche in Italia, dovrebbe essere un elemento costitutivo della strategia di rafforzamento dell’assistenza agli anziani non autosufficienti. Tale vincolo non deve, però, indurre a sottovalutare i miglioramenti ottenibili, rispetto ai problemi di fondo del settore, grazie alle due leve a disposizione del Piano, cioè le riforme e gli investimenti una tantum.

Nell’attuale versione del PNRR^{xxviii}, tuttavia, manca un progetto per l’assistenza agli anziani. I previsti interventi in materia, infatti, sono disseminati tra diverse filiere istituzionali (sociale e sanità) e ricondotti a una pluralità di obiettivi eterogenei, senza mai affrontare la domanda chiave: “quale progetto potrebbe essere utile per gli anziani e le loro famiglie?”. L’insieme delle criticità discusse nel precedente paragrafo suggerisce, invece, di porsi. È ciò che prova a fare la proposta di NNA.

Il documento, pertanto, definisce un quadro progettuale unitario rivolto a queste persone e colloca al suo interno le azioni già stabilite, modificandole e integrandole con altre. Attraverso il progetto delineato si vuole avviare l’iter di rinnovamento e riordino auspicato da decenni. Ecco, dunque, *l’intenzione alla base della proposta: sfruttare l’occasione offerta dal PNRR per iniziare il percorso di riforma attraverso un primo pacchetto di azioni necessarie, concepite a partire dall’analisi delle criticità esistenti.*

3.3 Avviare il cantiere della riforma

I già menzionati vincoli nell’uso del PNRR impediscono di farne il mezzo per la riforma complessiva. Basti pensare che l’introduzione di adeguati livelli essenziali dei servizi – un traguardo irrinunciabile – necessiterebbe proprio di quell’aumento della spesa corrente che il Piano non contempla. L’obiettivo della proposta, dunque, non consiste nel realizzare la riforma nella sua interezza bensì nell’avviarla attraverso cinque linee d’intervento, illustrate più avanti: sviluppo di un sistema di conoscenza utile all’operatività (a partire dal monitoraggio), configurazione di un assetto di governance istituzionale unitario, unificazione dei percorsi di accesso alla rete degli interventi, riforma della domiciliarità guidata dal paradigma del care multidimensionale e riqualificazione delle strutture residenziali. *Oltre alla compatibilità con gli strumenti del PNRR, altre ragioni motivano la scelta di queste azioni.*

Primo, cominciano a migliorare le risposte per la popolazione interessata. La gravità delle criticità che interessano il settore, i messaggi della pandemia e i trend d’invecchiamento suggeriscono di non aspettare oltre a farlo.

Secondo, rappresentano una solida base per i passi successivi. Infatti permettono di rafforzare sia l’infrastruttura delle politiche (conoscenza per l’operatività e governance istituzionale) sia quella dei servizi locali (unicità dei percorsi di accesso e riforma della domiciliarità). Si tratta, palesemente, di condizioni tanto impegnative da rendere concrete nei territori quanto essenziali per l’efficace realizzazione di ulteriori azioni, un punto ripreso nel quinto paragrafo.

Terzo, sono condivise. Sulla necessità di compiere le trasformazioni qui indicate esiste da tempo una diffusa comunanza di vedute tra gli addetti ai lavori, nella politica, nella pratica e nella ricerca. Un simile consenso manca su altre tematiche perché le ricette in campo sono differenti (ad esempio, revisione dell'indennità di accompagnamento, regolazione delle assistenti familiari), oppure perché il dibattito tecnico è ancora lontano dal tradurre un obiettivo condiviso in indicazioni utilizzabili nell'intero territorio nazionale (ad esempio, sviluppo di forme di residenzialità leggera).

Quarto, traggono beneficio dall'impianto del PNRR. I cambiamenti previsti, infatti, sono complessi da attuare, come sempre accade quando si vogliono rafforzare i servizi alla persona. La particolare attenzione richiesta dalla Commissione Europea^{xxix} al monitoraggio degli obiettivi, da raggiungere man mano, può aiutare ad accompagnare al meglio la fase di realizzazione territoriale.

A guidare la proposta, dunque, non è solo l'urgenza di partire con la riforma. È anche la convinzione che aprire il cantiere rappresenti il modo migliore per spianare la strada ai necessari ulteriori passaggi. Dal punto di vista realizzativo, infatti, l'avvio dell'iter attuativo permetterebbe di puntare già all'infrastrutturazione delle politiche e dei servizi. Farlo è fondamentale poiché l'iter per riversare le indicazioni normative nella pratica è sempre ben più lungo e complesso di quanto non ci si aspetti. Rispetto al dibattito, passare dall'attuale discussione sulla riforma, svolta sulla "carta", a un confronto incentrato sulla concretezza degli interventi e sulla loro reale capacità di rispondere alle esigenze delle persone interessate, offrirebbe un terreno molto più propizio a trovare soluzioni partecipate sulle scelte ancora da fare (cfr. box 5). Nel nostro approccio, pertanto, affermare che il PNRR possa rappresentare il primo passo non equivale affatto a ritenere che, per procedere alle altre mosse imprescindibili per la riforma, si debba aspettare il 2026, anno di conclusione del Piano. È, invece, vero il contrario: l'apertura del cantiere potrà favorire la possibilità, già nei prossimi anni, di rafforzare la strada della riforma.

Box 5 –Il cantiere della riforma

Il problema	L'Italia ha bisogno di una riforma nazionale
L'occasione	Il PNRR consente di avviarla
I passi di oggi	Sfruttare l'opportunità attraverso un primo pacchetto di misure, che: comincino a migliorare le risposte per la popolazione interessata costituiscono una solida base per ulteriori interventi sono condivise beneficiano dell'impianto del PNRR
I passi di domani	Il PNRR è il modo migliore per rendere possibili le azioni successive, perché: avvia l'attuazione, sempre lunga e complessa crea un contesto più favorevole a discutere le scelte ancora da fare

3.4 Disabilità di ogni età

Quello per gli anziani non autosufficienti, tuttavia, non è l'unico cantiere da aprire. Infatti, bisognerebbe dare il via a un rilevante percorso di rinnovamento anche nelle politiche rivolte

ai giovani e agli adulti con disabilità. Evidentemente, volendo elaborare un documento che entri nel dettaglio degli interventi da fornire, è opportuno distinguere tra i due gruppi (e, anzi, questo testo non si sofferma a sufficienza nemmeno sulle differenze tra le diverse tipologie di anziani non autosufficienti). D'altra parte, occorre ribadire l'esigenza di agire pure nei confronti di giovani e adulti con disabilità.

Il riferimento in proposito è la Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità^{xxx}. Il testo, infatti, stabilisce il postulato del superamento di ogni discriminazione tra le persone con disabilità, di ogni età, e il resto della popolazione. La Convenzione, inoltre, individua anche il principio dell'uguaglianza sostanziale come guida per gli interventi rivolti alle persone con disabilità: le azioni devono perseguire i medesimi obiettivi ma tradurli in risposte diversificate in grado di riconoscere le specificità della condizione di ognuno. Non discriminare e perseguire l'uguaglianza sostanziale rappresentano due lati del medesimo approccio.

Applicare qui i principi menzionati significa affermare due cose. Primo, la necessità di differenziare gli interventi e le politiche in modo da rispondere al meglio alle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di ognuno. Secondo, l'uguale necessità di imboccare il cammino delle riforme anche per i giovani e gli adulti con disabilità^{xxxi}.

4. La proposta: il PNRR come primo passo della riforma

Per far sì che il PNRR diventi il primo passo della riforma nazionale, dunque, si propone d'introdurvi una sezione (nel linguaggio del Piano, componente) dedicata all'assistenza agli anziani non autosufficienti. La titolarità della componente "anziani non autosufficienti" dovrebbe essere condivisa tra il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, superando così la separatezza tra i due Dicasteri prevista in materia nell'attuale versione del PNRR^{xxxi}. Se si vogliono predisporre gli interventi a partire dalle effettive condizioni delle persone e delle famiglie coinvolte, e non dalle differenti responsabilità istituzionali, questo è un passaggio chiave (cfr. par. 2.1). La componente si articola in cinque linee d'intervento, riportate qui in forma schematica e presentate nella seconda parte del documento in modo più ampio.

4.1 Linea d'intervento "Sistema di governance della conoscenza"

S'intende raccogliere, elaborare e diffondere un insieme di conoscenze – coerente e metodologicamente rigoroso – in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, che risulti uno strumento utile all'azione dei diversi soggetti coinvolti. Il punto di partenza è il riconoscimento della specificità del settore e, pertanto, della necessità di costruire un sistema di sapere dedicato. Un sistema che oggi manca.

Prima di raccogliere nuove informazioni – e per farlo al meglio – si vuole valorizzare il patrimonio di conoscenza già posseduto. Ciò significa, a livello macro, connettere in un unico quadro i dati sull'assistenza ai non autosufficienti prodotti autonomamente dai diversi sistemi

informativi nazionali. A livello micro, invece, si tratta di riunire e far conoscere un insieme significativo di resoconti delle eterogenee esperienze locali di welfare esistenti nel Paese.

Tre sono, invece, i nuovi strumenti di conoscenza introdotti. Primo, un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti (per governare le politiche). Secondo, un programma nazionale di formazione per gli operatori coinvolti (per l'attività dei servizi). Terzo, la predisposizione di una piattaforma contenente le principali informazioni su tutti gli interventi pubblici a disposizione degli anziani non autosufficienti (per l'accesso a servizi e interventi).

(Natura dell'intervento: riforma e investimento; costi periodo 2022-2026: 0,03 Mld).

4.2 Linea d'intervento “Sistema di governance istituzionale”

Si stabilisce la costruzione di un sistema multilivello di governance che ricomponga l'insieme di servizi e interventi rivolti alle persone non autosufficienti in un complesso unitario e coordinato di attività e processi, mettendo in relazione permanente le istituzioni titolari. S'intendono così affrontare le criticità dovute all'attuale frammentazione delle linee di responsabilità tra tre livelli di governo (stato, regioni, comuni) e tre filiere (prestazioni monetarie, politiche sociali e politiche sociosanitarie).

Per ciascun livello di governo viene attivato un nuovo organismo, la “Rete per l'assistenza integrata alle persone non autosufficienti”: se ne prevede una nazionale, una in tutte le Regioni e una in ogni ambito territoriale/distretto sanitario. Ciascuna Rete è composta da rappresentanti dei diversi soggetti pubblici con responsabilità nelle politiche realizzate dal livello di governo interessato. Ogni Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del terzo settore e quelli degli altri soggetti attivi nel settore.

La singola Rete elabora un Piano triennale d'intervento, che comprende l'insieme delle misure di titolarità pubblica per il suo territorio di competenza. La Rete ne verifica annualmente l'andamento, utilizzando il nuovo sistema nazionale di monitoraggio, integrato come opportuno con informazioni ulteriori (di fonte regionale o locale).

(Natura dell'intervento: riforma e investimento; Costi periodo 2022-2026: 0,13 Mld).

4.3 Linea d'intervento “Accesso unico alla rete degli interventi”

L'intento è quello di creare percorsi unitari per accedere alla rete degli interventi pubblici, con riferimento al primo contatto e alla valutazione iniziale della condizione di non autosufficienza. Si punta così a ricomporre l'attuale frammentazione tra enti, sedi e percorsi differenti.

Si prevede il rafforzamento dei Punti unici di accesso al sistema di welfare, in modo che svolgano effettivamente le seguenti funzioni: garantire informazioni sull'intera gamma di misure disponibili, ricevere le domande, orientare famiglie e anziani nella rete degli interventi e accompagnare alla valutazione e all'erogazione delle prestazioni. Attualmente, nella gran parte del Paese sono già presenti Punti Unici che, però, in genere svolgono solo parzialmente le funzioni indicate.

Si procede alla semplificazione e alla convergenza dei processi di valutazione della non autosufficienza per l'accesso alle misure pubbliche: quelli delle unità valutative multidimensionali, per fruire degli interventi del welfare locale, e quelli – normati a livello nazionale – per richiedere l'indennità di accompagnamento, la certificazione di handicap e altre prestazioni/agevolazioni. A tal fine si prevede un pacchetto di azioni coerenti: la semplificazione dei procedimenti, maggiore vicinanza e collegamento tra i luoghi e le occasioni di valutazione, maggiore tracciabilità della documentazione clinica e sanitaria, linee guida che assicurino riferimenti condivisi nella valutazione per i diversi soggetti coinvolti. (Natura dell'intervento: riforma e investimento; Costi periodo 2022-2026: 0,257 Mld).

4.4 Linea d'intervento “Riforma dei servizi domiciliari”

Questa linea si riferisce alla riforma complessiva dei servizi domiciliari, a fianco di un investimento dedicato ad accompagnarla e ad avviare la necessaria estensione dell'offerta. La riforma intende rifarsi al paradigma del *care* multidimensionale, che – come anticipato – pur essendo tipico della non autosufficienza, nella domiciliarità oggi risulta minoritario.

Ciò significa prevedere risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, i suoi molteplici fattori di fragilità, il suo contesto di vita e di relazioni. Le diverse azioni previste discendono da questo cambio di paradigma perché intendono unificare le risposte (come richiede uno sguardo complessivo) e ampliare la gamma d'interventi (come impone la multidimensionalità).

Di conseguenza, le prestazioni oggi fornite separatamente da Asl, Comuni e Inps sono ricomposte all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire a ogni persona coinvolta una risposta unica e coerente. Si prevedono, inoltre, sia gli interventi di natura medico-infermieristica sia quelli – oggi marginali – per il sostegno all'anziano nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana che la non autosufficienza impedisce di compiere da soli.

Assumere la prospettiva qui indicata significa progettare gli interventi puntando lo sguardo tanto sugli anziani non autosufficienti quanto sulla loro rete di relazioni. Pertanto, i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – vengono considerati essi stessi utenti dei servizi domiciliari, prevedendo azioni per affiancarli e sostenerli. Inoltre, è prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto rivolti alle assistenti familiari.

L'ampliamento della gamma d'interventi si traduce anche nello sviluppo delle tecnologie digitali, dei servizi di teleassistenza e di telemedicina e degli altri strumenti di ICT nell'erogazione degli interventi a domicilio.

L'investimento prospettato permette di portare gradualmente la percentuale di persone 65+ che in un anno ricevono servizi domiciliari dall'attuale 6,5% al 10,1% (nel 2026). L'intensità media dei singoli casi, oggi pari a 18 ore annue per anziano, cresce del 152%. La maggior parte dei beneficiari ha una presa in carico per tutta la durata del periodo necessario, quindi notevolmente più lunga di quella attuale.

(Natura dell'intervento: riforma e investimento; Costi periodo 2022-2026: 5,33 Mld).

4.5 Linea d'intervento “Riqualificazione delle strutture residenziali”

Si tratta di un piano nazionale per la riqualificazione delle strutture residenziali, mirato ad assicurarne il necessario ammodernamento e a rafforzarne la dotazione infrastrutturale. La sua necessità, nota da tempo, è stata confermata dalle vicende della pandemia. L'evidenza scientifica, nondimeno, dimostra che in tal modo si migliorerebbero la qualità della vita degli anziani residenti e l'efficacia dell'intervento assistenziale.

I finanziamenti vengono assegnati – attraverso bandi regionali – a strutture che presentino progetti cantierabili e che realizzino almeno uno dei seguenti obiettivi: a) garantire a ogni anziano uno spazio di vita personale tale da consentire dignità e privacy (ad es. stanze singole); b) favorire le relazioni con i familiari (ad es. stanze per i familiari e strumenti di comunicazione con l'esterno); c) conciliare sicurezza e libertà di movimento (ad es. sistemi di videosorveglianza esterna e sistemi interni di segnalazione dei movimenti, di gestione semplice e amichevole); d) adeguare le dimensioni delle residenze (affinché siano né troppo grandi, né troppo piccole); e) ampliare le relazioni con il territorio (attraverso spazi e servizi dedicati a tal fine). Si prevedono forme di co-finanziamento da parte dei proponenti, definite e differenziate con particolare attenzione a non avvantaggiare alcune tipologie di gestori rispetto ad altre.

(Natura dell'intervento: investimento; Costi periodo 2022-2026: 1,75 Mld).

Tabella 5 - La proposta di componente “Assistenza agli anziani non autosufficienti” per il PNRR

Linea d'intervento	Natura	Costi (Mld. di Euro, 2022-2026)
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Riforma e investimento	0,03
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Riforma e investimento	0,13
<i>Accesso unico alla rete degli interventi</i>	Riforma e investimento	0,257
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Riforma e investimento	5,33
<i>Riqualificazione delle strutture residenziali</i>	Investimento	1,75
<i>Totale</i>		7,497

Rivolgere lo sguardo alla natura degli interventi previsti – sintetizzati nella tabella 6 – suggerisce un'ulteriore considerazione. Nelle intenzioni della Commissione Europea, le riforme dovrebbero costituire un elemento essenziale del PNRR^{xxxiii}. Da più parti – nella stessa Commissione e nel nostro Governo – è pervenuta l'osservazione che, nelle parole del Commissario Gentiloni, *l'attuale versione del Piano italiano dovrebbe essere “rafforzata dal punto di vista delle riforme”*^{xxxiv}. La nostra proposta è decisamente spostata su tale versante, essendo incentrata su azioni tese a modificare in modo strutturale il profilo delle politiche pubbliche. Coerentemente con una simile impostazione, rientrano in questa categoria quattro delle cinque linee d'intervento prospettate.

Il punto emerge con nitidezza ancor maggiore considerando la genesi del progetto: l'obiettivo all'origine non consiste nel dedicare più fondi all'assistenza agli anziani non autosufficienti, bensì nel cogliere l'occasione del PNRR per avviare quel percorso di riforma complessiva del settore da lungo tempo atteso (cfr. par. 3).

4.6 La valorizzazione di Regioni e Comuni

Gli interventi illustrati vengono disposti dal livello centrale, mentre la loro realizzazione vede in prima linea le Regioni e i Comuni. E' indubbio che nell'assistenza agli anziani vi sia bisogno di un maggior ruolo dello Stato (sinora assai ridotto), tanto per promuoverne lo sviluppo quanto per ridurre le differenze territoriali. L'assunzione di maggiori responsabilità statali – non a caso – rappresenta un tratto condiviso dalle riforme già condotte in altri Paesi del Centro-Sud Europa (cfr. par 3.1). D'altra parte, bisogna tenere presenti le competenze di Regioni e Comuni, l'esistenza di sistemi locali di welfare dedicati alla non autosufficienza nei vari territori e la loro eterogeneità. L'operazione da compiere, dunque, è cruciale e delicata: *trovare il punto di equilibrio tra un maggiore ruolo dello Stato e la valorizzazione delle autonomie locali.*

La ricerca di un simile bilanciamento attraversa l'intera proposta e si declina lungo tre direttrici. La prima riguarda il coinvolgimento nell'elaborazione. Nella fase di definizione di una sezione del PNRR per la non autosufficienza, *la voce dei Comuni e delle Regioni dovrebbe essere ascoltata con particolare attenzione.* La seconda direttrice concerne la governance del sistema. La relativa azione (cfr. par. 4.2) intende costruire le migliori condizioni per una costante collaborazione tra i diversi livelli di governo. Infine, la messa in atto degli interventi. A tutti viene applicata la medesima regola: *non chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali che già realizzino (in tutto o in parte) le indicazioni previste.* Come noto, infatti, solo valorizzando quanto di buono già viene fatto, poco o tanto che sia, è possibile attuare politiche di sviluppo del welfare locale che abbiano successo (cfr. box 6).

Box 6 – La valorizzazione di Regioni e Comuni

Dimensione	Azione
Elaborazione	Attento ascolto della voce di Comuni e Regioni
Governance	Costante collaborazione tra i diversi livelli di governo
Realizzazione	Valorizzazione degli interventi positivi già realizzati nei territori

5. I benefici attesi dalla proposta

Dopo aver tratteggiato gli elementi principali della proposta, se ne vogliono ora illustrare i benefici attesi. Questi riguardano, innanzitutto, l'assistenza agli anziani in Italia: gli interventi indicati contribuiscono al superamento delle sue criticità di fondo (cfr. par. 5.1, 5.2 e 5.3). Così facendo, vengono costruite solide basi sulle quali poggiare i passi successivi da compiere

per giungere alla riforma complessiva del settore (cfr. par. 5.4). Tuttavia, i vantaggi si estendono – in modo più ampio – ad altri aspetti del sistema sanitario e sociosanitario: ci si riferisce alla riduzione degli interventi inappropriati causati dalle carenze dell’ambito qui discusso (cfr. par. 5.5). Ne traggono giovamento, infine, alcune questioni concernenti il più generale sviluppo della società italiana, a partire dall’occupazione e dalla parità di genere (cfr. par. 5.6).

Box 7 – I benefici attesi dalla proposta. Sintesi

- Contribuisce al superamento delle criticità di fondo del settore
- Costruisce solide basi per giungere alla sua complessiva riforma
- Promuove l’utilizzo appropriato delle risorse pubbliche
- Favorisce il più generale sviluppo della società italiana

5.1 Affronta i problemi di fondo del sistema

Nell’elaborare la proposta, *siamo partiti chiedendoci quali siano i problemi di fondo dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (cfr. par. 2). Il passo successivo è consistito nel porci la domanda che non abbiamo trovato nell’attuale versione del documento: “in che modo il PNRR potrebbe contribuire a superarli?”*. La nostra risposta a tale ulteriore interrogativo è rappresentata dalle cinque linee d’intervento previste.

Pur costituendo solo una parte dei cambiamenti necessari al settore, esse formano un insieme coerente di misure in grado di migliorarlo sostanzialmente, a beneficio della popolazione interessata, e di dar vita a una solida base su cui poggiare ulteriori azioni. Per illustrarlo, vediamo ora in che modo il nostro progetto permette di affrontare ognuno dei tre nodi del sistema individuati in precedenza. Si tratta di un passaggio chiave nella logica di questo testo, che ha alle spalle un ragionamento articolato; qui interessa trasmetterne il “cuore”, sintetizzato nei box presentati di seguito.

La frammentazione delle risposte

Cominciando dalla frammentazione, il box 8 mostra come la proposta sia congegnata in modo da intervenire su diversi piani: la produzione di conoscenza per l’operatività, le relazioni tra le istituzioni, i percorsi per accedere alle misure e l’offerta di assistenza domiciliare. Le tematiche sono differenti ma il passo che s’intende compiere è sempre quello: ricondurre a un quadro unitario una molteplicità di azioni, oggi svolte da vari soggetti non coordinati tra loro. Si tratti di connettere i flussi informativi dispersi tra numerosi rivoli, di ricomporre le diverse filiere istituzionali in un unico sistema di governance, di superare la molteplicità di punti di accesso o di coordinare i vari interventi forniti nel territorio^{xxxv}, la direzione resta la stessa.

Box 8 – Contributi della proposta al superamento della frammentazione

Linea d'intervento	Contributo
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Creazione di un sistema di sapere per l'operatività che consideri congiuntamente il complesso degli interventi per i non autosufficienti
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Ricomposizione in un assetto di governance unitario delle diverse filiere istituzionali coinvolte nella non autosufficienza
<i>Accesso unico alla rete degli interventi</i>	Superamento dell'attuale frammentazione di enti, sedi e percorsi per unire i molteplici passaggi per accedere alla rete del welfare
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Ricomposizione in un sistema organico di assistenza domiciliare degli interventi oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps

L'inadeguatezza dei modelli d'intervento

L'inadeguatezza dei modelli d'intervento, a sua volta, viene affrontata rifacendosi alle medesime dimensioni toccate sopra: produzione di conoscenza, relazioni interistituzionali, accesso e servizi domiciliari (cfr. box 9).

La proposta prevede la trasformazione del modello d'azione dei servizi domiciliari, con l'adesione al paradigma del *care* multidimensionale, proprio della non autosufficienza, e il contestuale abbandono dei precedenti. L'accesso unico alla rete rappresenta una condizione necessaria per compiere tale svolta: non è infatti possibile prevedere l'unificazione delle risposte (conseguente allo sguardo complessivo sulla situazione dell'anziano, richiesto dall'approccio indicato) mantenendo canali di ammissione separati ai singoli interventi.

La proposta, inoltre, contempla due strumenti di governo del sistema che rendano possibile rafforzare la progettazione delle politiche pubbliche secondo le direttrici individuate. Infatti, l'assenza di un apparato dedicato di conoscenza per l'operatività (si pensi al monitoraggio^{xxxvi}), nonché di un assetto di governance unitario, hanno storicamente ostacolato l'ideazione di politiche in grado sia di cogliere adeguatamente la specificità della non autosufficienza, sia di interpretarne i cambiamenti.

Box 9 – Contributi della proposta al superamento dell'inadeguatezza dei modelli d'intervento

Linea d'intervento	Contributo
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Interventi guidati dal paradigma del <i>care</i> multidimensionale, proprio della non autosufficienza
<i>Accesso unico alla rete</i>	Creazione di percorsi unitari per accedere alla rete degli interventi come condizione per la riforma della domiciliarità
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Realizzazione di un sapere dedicato per l'operatività come strumento per rafforzare la progettazione delle politiche
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Costruzione di un sistema istituzionale unitario come strumento per rafforzare la progettazione di politiche

Il ridotto finanziamento dei servizi

Gli spazi di manovra a disposizione del PNRR per incidere sul ridotto finanziamento dei servizi, infine, sono limitati dall'impossibilità d'intervenire sulla spesa corrente, il cui rilevante incremento rappresenta il passaggio chiave da compiere su questo fronte. Tuttavia, sostanziali vantaggi possono essere apportati al sistema da un utilizzo ben mirato degli investimenti una tantum: se ne suggeriscono uno per la riforma della domiciliarità e l'altro per riqualificare le strutture residenziali (cfr. box 10).

Alla domiciliarità sono dedicati 5,33 miliardi di euro, con uno stanziamento che aumenta progressivamente: 780 milioni nel 2022, 980 nel 2023, 1,07 miliardi nel 2024, 1,18 miliardi nel 2025 e 1,3 miliardi nel 2026. Le motivazioni alla base di quest'investimento sono due. Primo, accompagnare la riforma. Siamo infatti convinti che, in un settore così sotto-finanziato, un rinnovamento ambizioso come quella qui prospettato non potrebbe essere messo in atto senza una contestuale crescita di risorse. Quest'aumento, peraltro, sarebbe da realizzare progressivamente per permettere ai territori di adattarsi man mano al cambiamento. Secondo, ampliare l'offerta. In tal modo, come anticipato, si passerebbe gradualmente dall'attuale 6,5% di anziani coperti al 10,1%, incrementando in misura notevole il numero medio di accessi e la durata della presa in carico. L'attuale scarsità di servizi domiciliari e la loro individuazione come ambito prioritario di sviluppo del settore^{xxxvii} suggeriscono di imboccare questa rotta. La sua concretizzazione, d'altra parte, dipende dall'interazione tra i fondi straordinari del PNRR e il bilancio ordinario dello Stato, punto discusso nel par. 5.3.

A sua volta, l'investimento nella residenzialità – pari a 1,75 miliardi – è finalizzato ad ammodernare le strutture, esigenza nota da tempo e confermata con grande chiarezza dalle vicende legate alla pandemia. Il dibattito scientifico – questo è l'argomento cardine – la considera unanimemente una strada per migliorare la qualità della vita degli anziani residenti^{xxxviii}.

Box 10 – Contributi della proposta al superamento del ridotto finanziamento dei servizi

Linea d'intervento	Contributo
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Investimento straordinario per accompagnare la riforma complessiva dei servizi domiciliari
<i>Riqualificazione delle strutture residenziali</i>	Piano per ammodernare le strutture residenziali e rafforzarne la dotazione infrastrutturale

5.2 Colloca i singoli interventi in un progetto coerente

Le linee guida sul PNRR elaborate dalla Commissione Europea stabiliscono che la “condizione primaria affinché i progetti presentati siano ammissibili è che questi facciano parte di un pacchetto coerente di riforme e di investimenti ad esse correlati”^{xxxix}. In effetti, la proposta di NNA definisce un ventaglio di linee d'intervento – con un insieme di investimenti e riforme – che compongono un progetto complessivo con una forte coerenza interna. Esse, infatti, perseguono gli stessi obiettivi, quindi vanno tutte nella stessa direzione; lo fanno però su piani diversi, in modo da completarsi reciprocamente.

Innanzitutto, ogni linea con natura di riforma – cioè la quasi totalità di quelle previste (4 su 5) – è stata concepita per rispondere ai nodi della frammentazione e dell’inadeguatezza dei modelli d’intervento (cfr. box 8 e 9). La comune finalità di affrontarli entrambi rappresenta il principale elemento di coesione della proposta. Il problema del ridotto finanziamento dei servizi, invece, riguarda un minor numero di linee (2), a causa dei menzionati vincoli del PNRR in materia (cfr. box 10).

Inoltre, le singole linee agiscono su piani differenti perché sono state pensate con una logica concentrica – in altri termini dal macro al micro – non solo per evitare di sovrapporsi ma, soprattutto, per integrarsi a vicenda. Il box 11 le suddivide in base ai diversi livelli d’azione coinvolti: si tratta, rispettivamente, della diffusione del sapere, dell’assetto istituzionale, dell’accesso al sistema locale e dell’offerta di interventi. Gli interventi si rafforzano così l’uno con l’altro: dunque, eliminarne alcuni ridurrebbe sensibilmente le possibilità di successo di quelli rimasti. Si pensi, ad esempio, alla realizzazione di un sistema di governance dedicato alla non autosufficienza in assenza di un’attività di monitoraggio che ne alimenti l’azione; oppure – come detto – alla predisposizione di un sistema di domiciliarità organico nell’offerta ma con canali di accesso separati per i diversi interventi coinvolti.

Box 11 – I livelli di azione della proposta

Livello di azione	Linea d’intervento
<i>Diffusione del sapere</i>	Sistema di governance della conoscenza
<i>Assetto istituzionale</i>	Sistema di governance istituzionale
<i>Accesso al sistema locale</i>	Accesso unico alla rete degli interventi
<i>Offerta di interventi</i>	Riforma dei servizi domiciliari Riqualficazione delle strutture residenziali

5.3 Un approfondimento necessario. I fondi straordinari e il bilancio ordinario dello Stato

Diversi osservatori hanno notato che vari progetti illustrati nell’attuale versione del PNRR implicano un impatto strutturale sulla spesa pubblica^{xl}. Si tratta, infatti, di interventi da avviare grazie al Piano ma che – per impiegare efficacemente le risorse dedicate– dovrebbero poi andare a regime: in questo caso, una volta esaurito lo stanziamento europeo una tantum, dovrebbero essere alimentati dal bilancio ordinario dello Stato. Da più parti, dunque, è stata sottolineata la necessità di adottare una visione d’insieme della finanza pubblica, che consideri congiuntamente i fondi del PNRR e il bilancio ordinario dello Stato^{xli}. Tale esigenza vale anche per la nostra proposta.

La sua attuazione richiederebbe – nel 2026, ultimo anno di vigenza del Piano – un finanziamento di 1,383 miliardi, cioè gli 1,3 riservati alla domiciliarità più circa 83 milioni complessivi per le linee d’intervento “Sistema di governance della conoscenza”, “Sistema di governance istituzionale” e “Accesso unico alla rete degli interventi”. Si tratta – nella nostra logica – di interventi pensati per gettare la base della riforma generale del settore che, in

quanto tali, non hanno natura temporanea ma sono destinati a rimanere; pertanto, dovrebbe essere il bilancio ordinario dello Stato a farsene carico nel tempo. Si vuole qui ricordare che, nelle indicazioni della UE, il Piano deve realizzare riforme e investimenti una tantum finalizzate a indirizzare il paese verso una diversa traiettoria di sviluppo: l'avviamento di una riforma nazionale della non autosufficienza si conforma sicuramente a questo orientamento. Nondimeno, l'attuale sottofinanziamento dei servizi per la non autosufficienza fa sì che, senza un incremento della spesa corrente dedicata, qualunque ipotesi riformatrice risulti irrealistica. D'altra parte, il finanziamento previsto dal PNRR potrebbe anche essere minore, per due ragioni. La prima è di natura progettuale. La proposta non parte da "quanti" stanziamenti dedicare ma da "cosa fare". *Il vero pericolo non è che i fondi siano inferiori a quelli auspicati, ma che un Piano per l'Italia di domani resti privo di un progetto riformatore per un settore tanto fragile.* La seconda è di natura economica. Non è il Piano l'ambito in cui affrontare il grave sotto-finanziamento dei servizi dedicati alla non autosufficienza bensì, come spiegato, il bilancio dello Stato. In sintesi, *è sul progetto, e non sul budget, che il PNRR può fare la differenza.*

5.4 Costruisce solide basi per il percorso successivo

È ora necessario tornare su un aspetto cruciale della proposta, che ne ha accompagnato l'intera presentazione. *Il nostro progetto delinea il primo passo di una riforma complessiva, il cui obiettivo finale dovrebbe consistere nella realizzazione di un sistema integrato di assistenza ai non autosufficienti^{xlii}, da regolare attraverso un'apposita legge quadro;* si tratta di un risultato atteso dalla fine degli anni '90^{xliii}. Dare vita a un simile sistema significherebbe compiere ciò che in sanità è avvenuto nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, e nella lotta alla povertà nel biennio 2017/2019, con l'introduzione del Reddito d'Inclusione e del Reddito di Cittadinanza. Verrebbe così riconosciuto che – nella società di oggi – il rischio di non autosufficienza non ha rilievo inferiore a quelli di vecchiaia (previdenza), di malattia (sanità) e di povertà (Rdc) e che, pertanto, bisogna dedicarvi un nuovo pilastro dello stato sociale con pari dignità. Si tratta di un'innovazione già compiuta in numerosi paesi del Centro-Sud Europa (cfr. par. 3.1).

Questo progetto costruisce solide basi sulle quali fondare gli ulteriori passi da compiere per un semplice motivo: *comincia ad affrontare quei nodi di fondo che la complessiva riforma dovrebbe sciogliere in modo compiuto^{xliv}.* La nostra proposta, dunque, da una parte apre una strada e dall'altra indica la direzione del percorso complessivo.

Tale approccio è evidente agli addetti ai lavori ma vale la pena di richiamarlo qui, partendo da quelli che rappresentano, senza dubbio, alcuni obiettivi ultimi della necessaria legge quadro. Primo, la costruzione di un ambito del welfare che riconosca la specificità della non autosufficienza. I contributi del nostro progetto verso tale finalità consistono nella definizione di un modello d'intervento così concepito, per la domiciliarità, e nella costruzione di quel sistema di sapere dedicato – a partire dal monitoraggio – che ne rappresenta una condizione imprescindibile. Secondo, la realizzazione di un sistema integrato. L'apporto della proposta consiste nella ricomposizione della frammentazione esistente a livello istituzionale, attraverso

il nuovo sistema di governance, e nella creazione di percorsi unitari per accedere alla rete degli interventi pubblici. Terzo, l'introduzione dei livelli essenziali. La riforma della domiciliarità prevede un percorso in questa direzione, attraverso la definizione di obiettivi di servizio (riguardanti copertura, intensità e durata della presa in carico) modulati in modo crescente lungo il periodo 2022/2026.

Box 12 – Contributi della proposta al percorso verso la riforma complessiva del settore

Obiettivo della riforma	Contributo
<i>Un ambito del welfare che riconosca la specificità della non autosufficienza</i>	Nuovo modello di domiciliarità Sistema di conoscenza dedicato
<i>Un sistema integrato</i>	Ricomposizione della frammentazione istituzionale Percorsi unitari per accedere agli interventi
<i>L'introduzione dei livelli essenziali</i>	Obiettivi di servizio per la domiciliarità

5.5 Promuove l'utilizzo appropriato delle risorse pubbliche

E' stato sin qui spiegato in che modo gli interventi da noi delineati assicurerebbero alcuni sostanziali miglioramenti rispetto ai nodi strutturali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Mettere il sistema in grado di rispondere meglio alle esigenze delle persone e delle famiglie coinvolte permetterebbe anche – seppure in misura qui non stimabile – di ridurre varie tipologie d'interventi inappropriati nel più ampio welfare sanitario e sociosanitario: il ricorso eccessivo al pronto soccorso^{xlv}, l'ospedalizzazione impropria e il ricovero non necessario in strutture residenziali.

I dati indicano che l'alta presenza di anziani nel pronto soccorso – dovuta perlopiù a problemi complessi – non è correlata con la numerosità delle patologie croniche ma con l'esistenza o meno di un servizio di cure continue nel territorio^{xlvi}. Una revisione della letteratura ha mostrato che, dopo una visita al pronto soccorso, il 24% degli interessati fa nuovamente ricorso all'ospedale entro tre mesi, mentre la dipendenza funzionale aumenta nel 10-44%, con una incidenza vicina al 30 % di eventi avversi e con una efficacia rispetto agli indicatori di salute piuttosto bassa^{xlvii}. Per questo è importante attivare una rete territoriale che risponda ai bisogni anche gravi degli anziani^{xlviii}.

I dati del Ministero della Salute riportano – e veniamo così al secondo punto – un tasso di ospedalizzazione per gli ultra 75enni del 255,48⁰/₀₀ contro una media globale di 97,61⁰/₀₀^{xlix}. L'ospedale per acuti è un “*hostile environment*” per i malati anziani cronicamente fragili e comporta di per sé il rischio di una “*cascade of dependency*”, per cui un terzo dei ricoverati anziani perde una o più funzioni della vita quotidiana durante la degenza^l; tale contesto è ancor meno adatto in presenza di deterioramento cognitivo^{li}. È, dunque, cruciale rafforzare gli interventi specificamente disegnati per la non autosufficienza, così da ridurre le ospedalizzazioni improprie.

Infine, il ricorso non necessario alla residenzialità. In Italia il numero di anziani in strutture è fra i più bassi in Europa (cfr. par 2.3). Non è, quindi, un problema di eccesso di offerta che va corretto bensì va migliorata la capacità del complessivo sistema di differenziare le risposte in

base ai diversi profili degli anziani. Oggi, infatti, il 75 % dei residenti in strutture è gravemente non autosufficiente^{lii}; vi è, quindi, un quarto dei residenti che potrebbe trovare soluzioni alternative e più “leggere” (cfr. box 13). A tal fine, un rafforzamento della rete dei servizi domiciliari rappresenta un passo fondamentale.

Box 13 – Contributi della proposta alla riduzione d’interventi inappropriati

Rafforzamento del sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti
=
Diminuzione degli accessi in pronto soccorso
Diminuzione delle ospedalizzazioni inappropriate
Diminuzione del ricorso non necessario alla residenzialità

5.6 Contribuisce al complessivo sviluppo della società italiana

I benefici attesi dalla proposta, infine, oltrepassano i confini del welfare per estendersi ad alcune questioni fondamentali per il complessivo sviluppo della società italiana, alle quali il PNRR attribuisce un opportuno rilievo^{liii}. Si tratta della creazione di nuova occupazione, del superamento delle discriminazioni di genere e della modernizzazione della pubblica amministrazione.

La creazione di nuova occupazione

Sviluppare l’offerta di servizi per gli anziani non autosufficienti, come qui proposto, può avere due ricadute positive sull’occupazione. Quelle dirette si traducono *nella creazione di nuovi posti di lavoro nel settore*, mentre le indirette riguardano la possibilità per i *caregiver* familiari di trovare un impiego retribuito grazie al tempo e alle energie liberate tramite un ruolo più forte del welfare pubblico^{liv}. L’attenzione si concentra qui esclusivamente sugli effetti del primo tipo, gli unici “certi” in questa fase storica particolarmente critica per l’occupazione. D’altra parte, se si volge lo sguardo al futuro, anche quelli del secondo tipo non sono meno rilevanti.

La stessa Commissione Europea ha da tempo individuato nei *white jobs* (cioè gli impieghi nei servizi di cura) uno dei due ambiti con il maggior potenziale di creazione di nuova occupazione, insieme ai *green jobs* (legati alla tutela dell’ambiente)^{lv}. Tra i primi, una posizione centrale è rivestita dai servizi per gli anziani in virtù della numerosità e del costante aumento della popolazione coinvolta. Da tempo – anche nel nostro paese – si segnala *la necessità di costruire una strategia nazionale di sviluppo delle politiche di welfare capace di puntare contemporaneamente alla tutela di vecchi e nuovi bisogni, e alla creazione di occupazione, sinora senza esito*^{lvi}. Le stime disponibili mostrano con chiarezza quanto il potenziale occupazionale esistente sia vasto^{lvii}. *La nostra proposta contribuirebbe ad avviare un percorso in tal senso*. D’altra parte, è pure decisivo *salvaguardare la qualità dell’occupazione nei servizi agli anziani*, dal punto di vista delle condizioni di lavoro, delle remunerazioni e delle tutele degli operatori. Le rilevanti criticità in merito, presenti sia nel

nostro Paese sia a livello internazionale, impongono di dedicare particolare attenzione al tema^{lviii}.

La maggiore parità di genere

Il progetto di NNA permette di perseguire tale obiettivo a due livelli. Da un lato, *le donne beneficerebbero di nuove possibilità occupazionali nell'assistenza agli anziani in qualità di lavoratrici*. In proposito si rimanda al punto precedente, con una precisazione. In Italia, così come in tutti i paesi occidentali, le donne rappresentano la maggior parte dei lavoratori nel settore^{lix}. Potenziarlo, dunque, significherebbe estendere le opportunità occupazionali innanzitutto a loro. Se questo è vero, però, per promuovere la parità di genere occorre evitarne l'eccessiva concentrazione in questo ambito.

Inoltre, *la maggior offerta di servizi ridurrebbe la pressione dei compiti di cura a carico delle donne nella loro veste di caregiver familiari*, liberando così energie e tempo da dedicare ad altri ambiti della vita (lavorativo, personale, ecc.). Come noto, l'impegno di *care* richiesto ai familiari degli anziani non autosufficienti in Italia è decisamente elevato, anche a confronto con gli altri paesi europei; nella maggior parte dei casi riguarda le donne^{lx}. In proposito, però, è utile una precisazione. Il nesso "più servizi di cura, minore pressione sulle donne" è assai meno automatico di quanto abitualmente non si pensi: molto dipende da come li si imposta^{lxi}. Il paradigma del *care* multidimensionale, alla base della nostra riforma della domiciliarità, comporta che *gli stessi caregiver familiari siano riconosciuti quali utenti di questi servizi* e, dunque, come soggetti interessati a una specifica progettazione e a interventi mirati^{lxii}. In altre parole, non si tratta solo di ampliare l'offerta di servizi ma anche di orientarli ad avere una duplice attenzione: verso gli anziani e verso i *caregiver* informali^{lxiii}.

La modernizzazione della pubblica amministrazione

Secondo le linee guida del PNRR, "modernizzare il Paese significa, innanzitutto, disporre di una pubblica amministrazione efficiente, digitalizzata, ben organizzata e sburocratizzata^{lxiv}". Nella nostra proposta l'attenzione a imboccare questa direzione si manifesta trasversalmente lungo quattro direttici; le richiamiamo qui solo per sommi capi, dato che la loro pervasiva presenza nelle singole linee d'intervento è evidente (cfr. par. 4 e seconda parte del documento). Le parole chiave sono: dati, tecnologia, semplificazione e competenze.

Ecco, in sintesi, le diverse direttrici seguite. Primo, *il miglior utilizzo dei dati come strumento di governo*. Ciò si traduce nella ricomposizione dei diversi sistemi informativi in un unico quadro, nell'attivazione di quel sistema nazionale di monitoraggio oggi assente e nella predisposizione di una piattaforma contenente le principali informazioni su tutti gli interventi pubblici. Secondo, *il maggior ricorso alle tecnologie nella gestione dei servizi*. Il riferimento è al previsto impiego delle tecnologie digitali, dei servizi di teleassistenza e di telemedicina e degli altri strumenti di ICT nell'erogazione degli interventi a domicilio. Terzo, *la costruzione di un sistema con il quale i cittadini possano relazionarsi in modo più semplice*. Il passo da compiere per raggiungere questo obiettivo è il superamento dell'attuale frammentazione di enti, sedi e percorsi, in modo da riunire i molteplici passaggi necessari per accedere alla rete

del welfare. Quarto, *lo sviluppo di competenze capaci di sostenere il percorso riformatore delineato*. A tale scopo è previsto il piano nazionale di formazione.

Box 14 – Contributi della proposta al complessivo sviluppo della società italiana

Rafforzamento dell'assistenza agli anziani nella direzione indicata
=
Creazione di nuova occupazione
Maggiore parità di genere
Modernizzazione della pubblica amministrazione

6. In che modo il PNRR può peggiorare il welfare

E' necessario ora evidenziare un rischio insito nel PNRR. *Destinarne i finanziamenti a impieghi che riproducano, su scala maggiore rispetto a oggi, le criticità già esistenti, significherebbe rinforzarle e, pertanto, introdurre nuovi ostacoli per la realizzazione dei miglioramenti necessari*. L'eccessiva focalizzazione sulla sola dimensione quantitativa del Piano (i fondi allocati alle diverse voci), che ha sinora caratterizzato il dibattito, e la fragilità delle politiche di assistenza ai non autosufficienti in Italia suggeriscono di non sottovalutare il pericolo^{lxv}. Quest'ultimo, inoltre, è acuito dalla diffusa tendenza a ritenere che qualunque nuovo stanziamento per un ambito così sotto-finanziato sia positivo di per sé, a prescindere dal tipo di azioni cui è destinato.

Si affaccia, in particolare, il chiaro rischio di tre possibili declinazioni del Piano che lo trasformerebbero in uno strumento di peggioramento del welfare italiano.

Primo, *prevedere un utilizzo delle nuove risorse parcellizzato tra diversi soggetti istituzionali* (Comuni e Asl innanzitutto), contribuendo a rendere ancor più difficili le indispensabili azioni di ricomposizione degli interventi^{lxvi}.

Secondo, *promuovere risposte per gli anziani non autosufficienti non guidate dal paradigma del care multidimensionale*, allontanando ulteriormente il settore da quella che dovrebbe rappresentare la sua missione costitutiva.

Terzo, *introdurre interventi che non tengano conto della realtà attuale dei sistemi di welfare locale*, dimenticando che i percorsi di miglioramento efficaci partono sempre dalla valorizzazione dell'esistente.

7. Come fare un buon uso di questo documento

Termina qui la prima parte del testo, che ha esposto il progetto d'insieme e la sua logica. La seconda, come anticipato, presenta più dettagliatamente le linee d'intervento che lo compongono. Giunti a questo punto, sembra opportuno proporre qualche considerazione su come fare un buon uso di questo documento.

Il lavoro ha certamente alcune importanti lacune contenutistiche, legate anche al fatto che è stato realizzato in poco tempo, dopo aver verificato che l'attuale versione del PNRR non vede la realtà degli anziani non autosufficienti. Non ambisce, dunque, a rappresentare un punto di arrivo ma esclusivamente un utile punto di partenza.

A questi limiti, nondimeno, si affiancano delle potenzialità. A confronto con la media dei documenti prodotti a commento del Piano nelle recenti settimane, questa è una proposta particolarmente dettagliata. Il nostro auspicio è che, nel caso in cui – come speriamo – il Governo sia interessato a introdurre nel PNRR un progetto per la non autosufficienza, possa trovarvi una mole di idee, analisi e informazioni in grado di agevolare il suo compito.

Una cosa, in ogni modo, è certa. Un passaggio importante come l'avviamento della tanto attesa riforma nazionale non dovrebbe essere compiuto senza un confronto ampio con soggetti sociali, enti locali e altri attori interessati^{lxvii}. Si tratta, in altre parole, di valorizzare il patrimonio di esperienze e di competenze esistente tra i tanti coinvolti – con vari ruoli – nella complessa tematica della non autosufficienza. Anche sotto questo profilo, la nostra proposta rappresenta esclusivamente un punto di partenza.

SECONDA PARTE. LE SINGOLE LINEE DI INTERVENTO

Nota di lettura

In questa parte s'illustrano – in maniera più approfondita – le cinque linee d'intervento previste dalla proposta e anticipate sinteticamente in precedenza. La presentazione di tutte è organizzata nello stesso modo. Innanzitutto, ne viene fornito il quadro d'insieme, attraverso la definizione degli obiettivi e delle azioni previste, il cronoprogramma e la stima dei costi. In seguito, si approfondiscono alcune azioni o specifiche tematiche ritenute di particolare rilievo e/o complessità.

SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA CONOSCENZA

Soggetti proponenti

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetti attuatori

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Natura

Riforma e investimento

Costi

0,03 Mld

Obiettivi

Un investimento nel sapere operativo sulla non autosufficienza. Raccolta, elaborazione e diffusione di un insieme di conoscenze, coerente e metodologicamente rigoroso, in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, progettato per essere uno strumento utile all'azione dei diversi soggetti impegnati in quest'ambito. Il punto di partenza è il riconoscimento della specificità del settore e, pertanto, della necessità di costruire un sistema di sapere dedicato. Un sistema che oggi manca.

Uno strumento per le istituzioni, gli operatori e i cittadini. L'orientamento all'operatività si realizza su tre piani: la conoscenza come strumento di governance dei servizi per i vari attori che ne hanno la titolarità istituzionale; la formazione come strumento per l'azione degli operatori; l'informazione come strumento a disposizione dei cittadini.

La valorizzazione del patrimonio di conoscenza esistente. Prima di raccogliere nuove informazioni e dati – e per farlo al meglio – occorre valorizzare il patrimonio di sapere già esistente. Questo richiede: a livello macro, di connettere in un unico quadro i dati sull'assistenza ai non autosufficienti prodotti autonomamente dai diversi sistemi informativi nazionali. A livello micro, di raccogliere e far conoscere un ventaglio significativo di resoconti sulle eterogenee esperienze locali di welfare in atto nel Paese.

La realizzazione di nuovi strumenti di conoscenza. Il primo è l'introduzione di un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti (per governare le politiche). Il secondo è la realizzazione di uno specifico programma nazionale di formazione per gli operatori coinvolti (per l'attività dei servizi). Il terzo, infine, è la predisposizione di una piattaforma contenente le principali informazioni su tutti gli interventi pubblici a disposizione degli anziani non autosufficienti (per l'accesso a servizi e interventi).

Azioni

Sistema nazionale di monitoraggio per la non autosufficienza. Messa in atto di un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti, contraddistinto da una visione globale delle diverse tipologie di offerta esistenti (servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali, indennità di accompagnamento). Il punto di partenza consiste nel far confluire i dati disponibili in materia – oggi dispersi tra numerosi sistemi informativi (NSIS, ISTAT, INPS) – in una piattaforma informatica nazionale sovraordinata. Inoltre, le basi dati dovranno essere integrate con informazioni in grado di monitorare la qualità dei servizi erogati: tempi di attesa, standard di processo, standard strutturali e altre. I dati e le informazioni rappresentano la base informativa di un sistema di monitoraggio dei percorsi assistenziali individuali (si veda l'approfondimento 1).

Piano nazionale di formazione per la non autosufficienza. Predisposizione di un piano nazionale di formazione sull'assistenza agli anziani non autosufficienti, rivolto alle diverse tipologie di operatori coinvolti. Il piano tocca sia la formazione di base sia quella continua. L'attività formativa proposta poggia su due caposaldi: essere concentrata sulla specificità del settore e coniugare il rigore scientifico con il focus sulle concrete problematiche che sorgono nei diversi ambiti d'intervento (si veda l'approfondimento 2).

Catalogo delle esperienze locali. Il livello nazionale raccoglie informazioni su un complesso rappresentativo delle tante esperienze locali di servizi per gli anziani non autosufficienti attive nel Paese, potenziali fonti di notevole apprendimento, e le diffonde. Nel farlo, viene compiuto uno sforzo particolare per offrire indicazioni utili (sulle strade da imboccare e su quelle da evitare) alle altre realtà territoriali. Seguendo questa logica, si sviluppa un sito web dedicato; i casi locali vengono utilizzati nella formazione.

Catalogo degli interventi. Realizzazione di una piattaforma informativa che offra una mappa articolata delle diverse prestazioni di welfare pubblico per la non autosufficienza, dei loro tratti essenziali e delle modalità per accedervi. La piattaforma è gestita dallo Stato e alimentata dalle Regioni e dai Comuni per le misure di rispettiva competenza. Lo strumento viene reso disponibile a tutti coloro i quali operano nella rete locale dei servizi affinché possano garantire alla cittadinanza un'informazione completa sugli interventi di welfare (cfr. Accesso unico alla rete degli interventi) (si veda l'approfondimento 3).

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce il sistema di governance della conoscenza.

Entro Marzo 2022: Attivazione del piano nazionale di formazione.

Entro Giugno 2022: Preparazione delle altre attività previste.

Da Luglio 2022: Operatività del sistema di governance della conoscenza.

Costi

30 Milioni di Euro, pari a 6 milioni annui per le cinque annualità 2022-2026.

APPROFONDIMENTO: “SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA CONOSCENZA”

1. Il Sistema nazionale di monitoraggio

1.1 Il bisogno di dati e informazioni sulla non autosufficienza

La base per qualunque sistema di governance dei servizi, e in particolare per quelli pubblici, è senza dubbio un sistema informativo capace di raccogliere, elaborare e restituire ai diversi stakeholder 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. Nel quadro di una generale riforma nazionale del settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, infatti, tali sistemi di dati favorirebbero i meccanismi decisionali ai diversi livelli, 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 (tendente spesso all'autoreferenzialità), che consente la condivisione delle stesse evidenze non solo tra i professionisti, ma anche tra i decisori e gli utenti finali.

A differenza di quelli sanitari, i servizi e i percorsi assistenziali per gli anziani sono caratterizzati da sistemi di dati frammentati sia in termini orizzontali (ovvero non integrati né integrabili tra le varie tipologie assistenziali, ad esempio ricoveri residenziali e contributi economici), sia in termini verticali (ovvero di raccolta dati 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 sia da un punto di vista sociale che sanitario, rende ancor più arduo predisporre sistemi di raccolta dati. Questi aspetti, 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, mirati a garantire alla popolazione qualità e equità dell'assistenza. A livello centrale, infatti, 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 (quali, ad esempio, il Piano Nazionale Esiti^{lxviii} o il sistema di valutazione della performance della sanità di un network di regioni^{lxix}). Nell'area della *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.

La stessa Commissione Europea in un rapporto del 2018 evidenzia tre questioni riguardanti gli indicatori relativi al monitoraggio della *long-term care*: i. in primo luogo, le informazioni non sono sempre disponibili con regolarità, ma piuttosto ad hoc (indagini specifiche, ecc.), con conseguente mancanza di continuità nei dati ; ii. la necessità di considerare la qualità dell'assistenza non solo per i beneficiari, ma anche per il personale che fornisce questi servizi, in particolare dal punto di vista della qualità del lavoro e del benessere (ad esempio,

l'esposizione a rischi psicosociali): iii. in terzo luogo, i dati relativi all'assistenza informale sono ancora assai scarsi sia in termini di completezza che di qualità^{lxx}.

1.2 Il sistema informativo della non autosufficienza

Gli investimenti che si richiedono per il nostro paese devono quindi avere come punto cardine lo sviluppo e l'implementazione di sistemi informativi di raccolta dati codificati e standardizzati, laddove possibile, valorizzando il patrimonio informativo già esistente. Tali sistemi di dati e di monitoraggio dovranno essere implementati attraverso tre principi fondamentali;

1. In primo luogo, mediante l'integrazione e l'interazione tra i diversi livelli di gestione e raccolta (locale, regionale e nazionale), così da evitare duplicazioni nell'acquisizione dei dati.
2. In secondo luogo, dovrà essere prevista la possibilità di ricondurre a unitarietà le prestazioni erogate (servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali, indennità di accompagnamento) all'assistito, in maniera tale da farle divenire la fonte dati per i sistemi di monitoraggio della qualità erogata. Attualmente i sistemi di monitoraggio esistenti (NSIS, ISTAT e INPS), dispersi ai vari livelli di governance e non integrati, non riescono ad analizzare gli interventi erogati nei progetti assistenziali. L'attuale sistema di dati e di monitoraggio restituisce ancora una visione di tipo prestazionale e non di percorso unitario.
3. In terzo luogo, le basi dati dovranno essere completate con informazioni multidimensionali, con l'obiettivo di monitorare la qualità erogata nei suoi diversi aspetti. Uno studio dell'Oecd e della Commissione europea 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 tecnologie.

1.3 Dal sistema informativo al sistema di monitoraggio della qualità

I dati e le informazioni certificate, validate e scambiate tempestivamente, rappresentano la base informativa di un sistema di monitoraggio dei percorsi assistenziali riconducibili al singolo soggetto. Infatti, l'elaborazione di dati e informazioni in maniera sistematica e continua è il primo passo per la rappresentazione oggettiva e misurabile delle attività svolte e dei servizi resi, sia in materia di programmazione che di gestione della risposta ai bisogni di salute. Il monitoraggio delle informazioni consente di elaborare quelle evidenze della pratica utili da una parte alla programmazione delle relative politiche sociali e sociosanitarie, dall'altra a rendicontare la gestione delle risposte assistenziali con riferimento ai bisogni di salute. Il sistema di monitoraggio si basa principalmente sullo sviluppo e sull'elaborazione di indicatori, in genere espressi in forma quantitativa, composti da una o più variabili in grado di

rappresentare in maniera sintetica il fenomeno a cui sono riferiti e che hanno come fonte i sistemi informativi di cui sopra.

Gli indicatori così derivati possono poi 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 territori, che permette di paragonare i risultati raggiunti sia dal punto di vista geografico che gestionale/organizzativo.

In questo modo si assicura un approccio alla rendicontazione del dato anche in termini di benchmarking, per evidenziare i potenziali standard di qualità a cui fare riferimento. Inoltre, se sviluppati a certi livelli, i dati elaborati possono permettere di anticipare il bisogno e di intervenire in maniera proattiva.

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 alla "qualità" dei servizi stessi^{lxxi}. 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 residenziali^{lxxii}. Gli investimenti necessari allo sviluppo del sistema di monitoraggio dovranno, come accennato sopra, riguardare anche l'integrazione di informazioni sulla qualità dei servizi, tra cui i tempi di attesa, la gestione del rischio clinico (ad esempio, per la residenzialità il tasso di cadute e infezioni), nonché misure sulla qualità di vita della popolazione non autosufficiente e sull'ambiente lavorativo dei professionisti coinvolti.

1.4 Dal sistema di monitoraggio al sistema di valutazione della performance e dei bisogni

Nella prospettiva di uno sviluppo progressivo del sistema, tre sono poi gli investimenti suggeriti per valorizzare gli strumenti implementati.

Un primo passo potrà essere quello di costruire sistemi non solo di monitoraggio, ma anche di valutazione delle performance dei percorsi per la non autosufficienza. In particolare, l'attività di valutazione prevede la parametrizzazione di standard di riferimento su cui fondare un giudizio sul raggiungimento o meno dello standard. Tali standard potranno essere concordati tra i professionisti e basati su evidenze nazionali o internazionali. I gestori, pubblici o privati, potranno così confrontarsi con gli obiettivi e gli standard comuni individuati e con provider simili; i decisori invece potranno individuare potenziali ambiti di efficientamento ed eventuali criticità in merito alla qualità e all'equità, ambiti in cui gli standard non vengono raggiunti.

Oltre alla valutazione dei risultati raggiunti, nel lungo periodo potrà essere sviluppato anche un sistema di valutazione dei bisogni della popolazione anziana che consideri diverse dimensioni di analisi: da una parte le condizioni socioeconomiche, quelle di vita e le abitudini quotidiane (solitudine, attività...); dall'altra i bisogni psico-fisici, quali la capacità di compiere le attività quotidiane ed eventuali decadimenti cognitivi. In questo modo, sfruttando anche il patrimonio informativo già esistente (quale, ad esempio, l'indagine PASSI

d'Argento), si potrà avere una rilevazione continua relativa alla popolazione anziana, anticipando, laddove possibile, anche i bisogni di salute e sociali, e programmando di conseguenza gli eventuali percorsi assistenziali e l'accesso ai servizi.

Infine, proprio in termini di programmazione e accesso ai servizi, potrà essere utile mappare gli interventi assistenziali messi in atto nei diversi contesti non solo nel settore pubblico ma anche in quello privato, valorizzandone l'integrazione e la complementarità.

2. Il piano Nazionale di formazione per la non autosufficienza

La proposta di NNA riconosce una rilevanza particolare alla formazione del personale. Infatti l'impostazione innovativa di questo progetto non può prescindere da una sostanziale omogeneità culturale degli operatori. I modelli pregressi possono essere adeguatamente sostituiti da altri nuovi solo se alla base vi è un'elaborazione culturale comune e condivisa, punto di partenza irrinunciabile per l'ideazione di interventi che rompano la continuità con il passato.

2.1 La formazione di base

La formazione degli operatori dovrà includere momenti specifici riguardanti il *care* delle persone non autosufficienti, come di seguito indicato:

- Per i medici è necessario istituire un corso “ad hoc”, nell'ambito del curriculum universitario, dedicato a: clinica della non autosufficienza, fattori di rischio della perdita dell'autonomia, assistenza dell'anziano nei vari ambiti di cura (domicilio, ospedale, servizi territoriali, RSA), aspetti di terapia, interventi di supporto psicologico, progetti riabilitativi. Il corso dev'essere obbligatorio e prevedere non meno di 50 ore di didattica frontale. Quando possibile, parte della didattica può essere svolta all'interno dei servizi, secondo modelli già largamente utilizzati in altri paesi. Sarà poi indispensabile integrare culturalmente gli altri corsi, in modo che anche in altre materie cliniche si rivolga un'attenzione primaria ai problemi correlati alla non autosufficienza.
- Per gli infermieri, è necessario prevedere, nell'ambito del curriculum universitario, la trattazione di tematiche inerenti all'assistenza e alla clinica della non autosufficienza nei diversi setting dal domicilio all'ospedale, ai servizi territoriali e RSA. E' inoltre necessario istituire un percorso di specializzazione, dopo la laurea triennale, con laurea biennale per l'acquisizione di conoscenze e abilità assistenziali a favore di percorsi per la gestione dei problemi di salute e sociali attraverso lo sviluppo di ruoli di case manager quali referenti e facilitatori per la messa in rete di servizi, professionalità, caregiver, comunità per la costruzione di percorsi efficaci a favore degli assistiti.
- Per la formazione universitaria in ambito psicologico è necessario istituire una laurea specialistica, dopo la laurea breve, dedicata alla psicologia della non autosufficienza, che comprenda, oltre alla neuropsicologia, insegnamenti riguardanti il paziente ospite dei servizi e i suoi bisogni di cura, attribuendo particolare importanza al tema delle persone affette da demenza e alle loro famiglie.

- La formazione sulla non autosufficienza dev'essere estesa, a un livello non marginale, anche ai corsi universitari rivolti ad altre figure professionali, in particolare assistenti sociali, assistenti sanitari, educatori e terapisti occupazionali. Per queste professioni è necessario prevedere tempi differenziati e tematiche specifiche, in nessun caso inferiori a 30 ore di didattica formale.
- Un ulteriore ambito educativo di grande delicatezza è quello della formazione dell'operatore socio-sanitario. Oggi i corsi sono generici e privi di un preciso indirizzo, per cui l'OSS non dispone di una preparazione adeguata per affrontare le problematiche connesse con il lavoro di assistenza alle persone non autosufficienti. E' indispensabile che le agenzie formative che organizzano i relativi corsi siano indotte a dedicare almeno un terzo delle ore totali alle peculiarità di questa condizione.

2.2 La formazione continua

Si deve constatare che il nostro sistema socio-sanitario non prevede, per la formazione dei professionisti, metodologie formali che si ricolleghino al lavoro svolto nell'ambito di una determinata funzione. Il sistema ECM per medici, infermieri e altri operatori il più delle volte risulta essere un esercizio prevalentemente burocratico.

- In alternativa si propone l'ufficializzazione di un sistema formativo collegato con la professione svolta, che contempli a livello nazionale la formazione continua sulle problematiche della non autosufficienza. Sarebbe quindi importante dedicare i 50 crediti annuali attualmente stabiliti per le diverse professioni a due filoni, l'uno riguardante le nozioni di fondo (prevenzione, cura, riabilitazione), l'altro, invece, alla discussione di esperienze significative di servizi e alla presentazione di studi e ricerche innovative pubblicati sulle riviste scientifiche.
- Il sistema ECM, controllato a livello centrale, dev'essere accompagnato da una formazione continua organizzata direttamente dai servizi dell'ambiente di lavoro, in accordo con le varie categorie di operatori. Ciò facilita un contatto diretto con le realtà che caratterizzano l'impegno di ogni giorno. La modalità suggerita, nonché quella che si è dimostrata la più utile sul piano formativo, è la discussione integrata dei casi, alla quale partecipano tutti i componenti dell'équipe di lavoro territoriale e i relativi servizi, in ambito ospedaliero e nelle residenze. L'omogeneizzazione delle équipe rispetto alla cura delle persone non autosufficienti richiede una spiccata attenzione da parte di chi guida il gruppo; inoltre, la formazione degli OSS impone interventi specifici a integrazione delle riunioni sul caso.
- Il sistema formativo dovrà coinvolgere anche le figure professionali impegnate nella programmazione e nella direzione dei servizi dedicati ai non autosufficienti. A tal fine è importante prevedere master obbligatori per il personale in posizione apicale, ai quali possano accedere anche gli operatori sanitari con responsabilità di coordinamento dei servizi.
- Un'attenzione formativa atipica, ma non per questo da trascurare, dev'essere riservata ai caregiver delle persone non autosufficienti, sia familiari che dipendenti. Si ritiene infatti

importante ricordare che ad ogni progetto di cura devono partecipare coloro i quali si dedicano al soggetto non autosufficiente. Senza il loro reale consenso e supporto concreto, ogni intervento rischia di fallire (cfr. Linea d'intervento "riforma dei servizi domiciliari").

- La formazione dev'essere accompagnata dalla predisposizione di manuali operativi, di un sito on-line con tutorial e FAQ e da tutti gli altri strumenti atti a supportare al meglio gli operatori. A livello nazionale, inoltre, va prevista l'istituzione di un'apposita commissione, addetta alla stesura di testi che divengano punti di riferimento per le diverse attività formativo-culturali.

3. Il catalogo delle prestazioni

Quando sopravviene l'incapacità di compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana, per l'interessato e i familiari è molto difficile capire quali sostegni richiedere, dove e come. Infatti, i possibili supporti pubblici sono suddivisi tra vari enti erogatori e servizi (prestazioni INPS d'invalidità civile, servizi di assistenza domiciliare, centri diurni o strutture residenziali, protesi o ausili del SSN, detrazioni fiscali per l'assunzione di assistenti familiari, sostegni per ridurre le barriere architettoniche e altri).

Nessun servizio è in grado d'informare le persone sia sugli interventi di sua competenza che sull'intero ventaglio di soluzioni disponibili, con due conseguenze:

- non conoscendone l'esistenza, i non autosufficienti possono perdere opportunità e aiuti;
- per capire quali interventi potrebbero richiedere e come accedervi, devono peregrinare tra molti uffici e sportelli, cosa penalizzante per i soggetti più fragili.

Si propone dunque di costruire una piattaforma informatica, denominata "catalogo delle prestazioni" finalizzata a esporre in modo completo e aggiornato la mappa dei diversi supporti per i non autosufficienti. Gli scopi sono tre:

- permettere agli operatori di aggiornarsi sul complesso degli interventi e conoscerne i meccanismi d'accesso;
- consentire loro d'informare con chiarezza i cittadini (anche fornendo documentazione redatta con linguaggio semplice) su cosa possono chiedere, dove, come e quando;
- consentire a chi lo desidera di visionare autonomamente online sulla piattaforma l'intera gamma delle prestazioni.

La piattaforma dovrebbe:

- a) essere predisposta a livello nazionale (e popolata per le prestazioni nazionali dai relativi gestori come INPS e Agenzia delle Entrate), prevedendo che Regioni, ASL e Enti gestori dei servizi sociali comunali la completino con i propri interventi. Oltre a garantirne la gestione informatica, è cruciale che un apposito ufficio inserisca tutti gli interventi/percorsi di sostegno possibili e li aggiorni costantemente.
- b) Consentire modalità di lettura e ricerca diverse:
 - Visualizzare l'elenco completo delle prestazioni, accedendo alle specifiche schede descrittive

- Ricavarne solo le prestazioni idonee grazie a filtri di ricerca quali età del beneficiario, tipologia di disabilità/non autosufficienza, bisogno presentato.

Lo strumento dovrebbe essere fornito a tutti i servizi che incontrano i non autosufficienti (punti di primo accesso/sportelli unici che avviano a interventi sociosanitari, servizi di cure domiciliari, servizi sociali, servizi ospedalieri che progettano le dimissioni protette, RSA). Inoltre, sarebbe opportuno renderlo fruibile anche ai patronati sindacali, per la loro forte ramificazione territoriale e l'intenso rapporto con i problemi della cittadinanza, non autosufficienza inclusa.

L'obiettivo è infatti quello di fornire a non autosufficienti e familiari le informazioni il prima possibile qualunque sia il servizio incontrato nei loro diversificati percorsi.

Un'esperienza pilota è stata realizzata nelle misure di sostegno al reddito e contrasto della povertà, caratterizzate dalla stessa molteplicità di interventi che rende difficile per gli enti pubblici informare i cittadini di tutte le opportunità. In materia, infatti, un "Catalogo dinamico informatizzato delle possibili prestazioni" (analogo a quello sulla non autosufficienza) è stato costruito nel 2019 da ACLI Piemonte e ACTION AID grazie a finanziamenti regionali. Sperimentato presso 7 enti gestori dei servizi sociali piemontesi ha raccolto giudizi favorevoli. Nel 2020 lo strumento è stato abbandonato ma nel 2021 un Ente gestore piemontese intende riattivarlo. Da sottolineare che ANCI nazionale ha in corso un'interlocuzione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per avviare un progetto simile, che offra ai Comuni una piattaforma informativa su tutte le prestazioni a sostegno del reddito.

Benché esistano singole iniziative che illustrano opportunità per i non autosufficienti (ad esempio l'Agenzia delle Entrate pubblica quelle relative a detrazioni e riduzioni fiscali), manca tuttavia un catalogo informatizzato che:

- consenta di reperire tutte le diverse possibilità/prestazioni, costantemente aggiornate;
- offra facili modalità di ricerca e produzione di materiali per i cittadini.

SISTEMA DI GOVERNANCE ISTITUZIONALE

Soggetti proponenti

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetti attuatori

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Conferenza Stato-Città e Autonomie Locali, Conferenza unificata, Comitato delle Regioni, ANCI

Amministrazioni Regionali, Ambiti territoriali, Comuni, Asl, Distretti sanitari

Parti sociali, Organismi di rappresentanza del Terzo Settore

Natura

Riforma

Costi

0,13 Mld

Obiettivi

Governo unitario del sistema. Costruire un sistema multilivello di governance istituzionale che ricomponga l'insieme di servizi e interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti alle filiere del sociale e del sociosanitario – in un complesso unitario e coordinato di attività e processi. Mettere a tal fine in relazione permanente le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari. Articolare tale ricomposizione nei diversi livelli di governo interessati: statale, regionale e locale.

Innovazione istituzionale a sostegno del welfare locale. E' necessario assicurare risposte che partano dalla multidimensionalità della non autosufficienza, progettandole sin dall'inizio in un'ottica d'integrazione tra interventi sociali e sociosanitari. Il sistema di governance multilivello serve a creare le migliori condizioni di natura istituzionale utili a concretizzarne la realizzazione nel territorio.

Valorizzazione dell'esistente. Il necessario sviluppo del sistema di governance non si contrappone all'assetto attuale bensì intende farlo evolvere, valorizzando gli aspetti positivi esistenti. A livello statale, dunque, si prevede – con opportuni adeguamenti – la trasposizione agli interventi per la non autosufficienza dell'organismo nazionale già previsto dal D.lgs. 147/2017 per le sole materie sociali, un positivo caso d'innovazione istituzionale. A livello regionale e comunale, si provvede al mantenimento degli organismi e degli strumenti programmatori che già seguono la logica qui proposta, dove presenti.

Azioni

Livello statale

Organismo di governance istituzionale. Costituzione della “Rete nazionale per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti”. Per quanto riguarda il livello nazionale, la compongono 5 rappresentanti del Ministero della Salute, 5 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2 del Ministero per le Disabilità, 1 ciascuno per i Ministeri dell’Economia, dell’Istruzione e delle Infrastrutture, 1 del Dipartimento Politiche per la Famiglia e 4 dell’Inps. Ne fanno parte, inoltre, un componente per ciascuna Giunta regionale e delle Province autonome e 20 designati dall’Anci. La presidenza della Rete è condivisa tra i Ministeri del Lavoro e della Salute.

Competenze. La Rete è responsabile dell’elaborazione del Piano nazionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti, che definisce gli interventi complessivi in materia (ovvero l’insieme delle prestazioni monetarie, degli interventi sociosanitari e di quelli sociali) per un triennio, con riferimento agli ambiti istituzionale, programmatico, professionale, gestionale e comunitario. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l’altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l’andamento del Piano attraverso l’apposito sistema nazionale di monitoraggio della non autosufficienza (cfr. Sistema di governance della conoscenza). Il Piano per la non autosufficienza attualmente in essere, riguardante le sole risorse del Fondo Nazionale non autosufficienze, viene assorbito nel nuovo Piano. La Rete è anche responsabile della definizione dei Lea/Lep integrati di tipo organizzativo, processuale ed erogativo, da finanziare e attivare su base pluriennale. La Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del terzo settore e quelli degli altri soggetti che operano a favore della popolazione non autosufficiente; al fine di formulare analisi e proposte per la definizione del Piano, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione di questi attori.

Livello regionale

Organismo di governance istituzionale. In ogni regione viene costituita una “Rete regionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti”, che agisce in raccordo con quella nazionale. La compongono gli Assessori regionali titolari delle politiche sanitarie e di quelle sociali, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci degli ambiti territoriali sociali, e i Direttori generali delle aziende sanitarie.

Competenze. La Rete è responsabile dell’elaborazione del Piano regionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti, che emana i programmi in materia con un orizzonte temporale triennale, evidenziando gli obiettivi da raggiungere e le risorse messe a disposizione; il piano regionale comprende necessariamente il programma di attuazione dei Lea/Lep previsti dal livello nazionale. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l’altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l’andamento del Piano attraverso informazioni proprie e fornite dal sistema nazionale di monitoraggio della non

autosufficienza. La Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del terzo settore e quelli degli altri soggetti impegnati negli interventi per i non autosufficienti; al fine di formulare analisi e proposte per la definizione del Piano, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione di questi attori.

Attribuzioni. Le funzioni e le competenze dell'Articolazione regionale della Rete possono essere attribuite a un altro organismo di analoga composizione, già attivo in una singola Regione, anche bilanciandone opportunamente la composizione. Le funzioni del piano regionale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti possono essere conferite a un altro strumento di programmazione regionale già vigente, mantenendo tuttavia una separata evidenza per l'assistenza integrata ai non autosufficienti.

Livello locale

Composizione. In raccordo con quella regionale, in ogni ambito territoriale sociale è costituita "La Rete territoriale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti", in coordinamento con i distretti sanitari nel caso in cui non vi sia coincidenza con l'ambito stesso. La compongono i Sindaci dei Comuni afferenti all'ambito territoriale o i Presidenti delle unioni comunali che esercitano la funzione sociale, il Coordinatore di Ambito o il responsabile dell'Ufficio di Piano (o figure assimilabili), il Direttore Generale dell'azienda sanitaria di riferimento, il responsabile del distretto sanitario (o i responsabili laddove i distretti coinvolti siano più d'uno).

Competenze. La Rete è responsabile dell'elaborazione del Piano locale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti, che emana programmi con un orizzonte temporale triennale, evidenziando gli obiettivi da raggiungere e le risorse messe a disposizione. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l'altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l'andamento del Piano attraverso informazioni proprie e fornite dal sistema nazionale di monitoraggio della non autosufficienza. La Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del terzo settore e quelli degli altri soggetti attivi negli interventi per la popolazione non autosufficiente; al fine di formulare analisi e proposte per la definizione del Piano, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione di questi attori.

Attribuzioni. Le funzioni e le competenze dell'Articolazione locale della Rete possono essere attribuite ad un altro organismo di analoga composizione già attivo in ambito locale, anche bilanciandone opportunamente la composizione. Le funzioni del piano locale per l'assistenza ai non autosufficienti possono essere conferite ad un altro strumento di programmazione locale già vigente (ad es. Piano sociale di zona, Piano attuativo territoriale), mantenendo tuttavia una separata evidenza per l'assistenza integrata ai non autosufficienti.

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce il sistema di governance istituzionale.

Entro Giugno 2022: Preparazione del sistema di governance istituzionale sul territorio nazionale.

Da Luglio 2022: Sistema di governance istituzionale operativo.

Costi

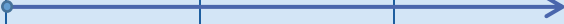
Totale per 5 anni: 0,130 Mld

L'importo da impegnare è di 26 milioni per ognuna delle 5 annualità. Si stima, in prima approssimazione, l'assunzione di personale dedicato alla costituzione della rete nei diversi livelli di governo, al supporto degli organismi e all'elaborazione dei relativi piani per l'integrazione nelle seguenti proporzioni: 1 persona per ambito sociale (40.000 euro annui per 600 Ambiti Territoriali); 2 persone per Regione (80.000 euro annui per 20 Regioni) e 10 persone per il livello statale (400.000 euro annui). Il riferimento di 40.000 euro annui per un'unità a tempo pieno equivalente è definito per analogia alle determinazioni del DM 15 del 4.2.2021.

APPROFONDIMENTO: “SISTEMA DI GOVERNANCE ISTITUZIONALE”

1. Le funzioni della rete

La proposta, presentata come scheda ‘trasversale’ di un PNRR inteso come piano attuativo di riforme e non solo come semplice insieme di schede di budget progettuali, cerca di sviluppare i primi due cardini dell’integrazione sistemica secondo una logica multilivello. La governance istituzionale dev’essere considerata, dunque, come uno degli elementi specifici di un complesso di azioni più vasto e articolato, tratteggiato nel box sottostante. I contenuti che riguardano le dimensioni gestionali e professionali vengono sviluppati nelle Linee d’intervento “Accesso unico alla rete degli interventi” e “Riforma dei servizi domiciliari”. L’introduzione del sistema di monitoraggio rappresenta, a sua volta, una condizione alla base del funzionamento dell’intero sistema (Cfr. Linea d’intervento “Sistema di governance”). Restano aperte, invece, le questioni relative al dialogo stabile e strutturato con gli Enti del Terzo Settore e con le altre organizzazioni della cittadinanza attiva, quale elemento di attivazione permanente e continuativa del rapporto con la comunità locale di riferimento.

Approccio Sistemico Multilivello	Integrazione Sociosanitaria				
	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Livello Statale	Rete nazionale per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti	Piano nazionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti			
Livello Regionale	Rete regionale per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti	Piano regionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti			
Livello Locale	Rete territoriale per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti	Piano territoriale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti			

Abitualmente la dimensione della *governance* viene contrapposta a quella del *government*. Il termine *government* indica l’esercizio di una forma di responsabilità diretta attuata nella sfera di immediata ed esclusiva competenza di una data organizzazione. Il termine *governance* si riferisce, invece, a una complessa pratica di esercizio della responsabilità incentrata su vaste interazioni, che coinvolgono molte organizzazioni al fine di convogliarle verso il raggiungimento di obiettivi comuni; di solito si adotta questa modalità quando nessuna delle organizzazioni coinvolte può efficacemente intervenire da sola nel campo delle azioni da realizzare. Questo è il tipico caso dell’assistenza integrata ai non autosufficienti.

2. La composizione della rete

La composizione dei diversi organismi di governance istituzionale richiede alcune specificazioni:

- Livello statale. Tre sono le componenti da rappresentare: statale, regionale, locale. Basandosi sul numero delle regioni e delle province autonome, è possibile dar vita a un organismo paritetico con rappresentanti istituzionali delle regioni e degli enti locali (20+20+20 componenti). Per quanto riguarda la rappresentanza statale, occorre innanzitutto prevedere un consistente impegno diretto dei Ministeri del Lavoro, della Sanità e di quello per le Disabilità, per poi allargare il coinvolgimento ai Dicasteri degli altri settori coinvolti come istruzione, infrastrutture, economia. Merita attenzione anche l'idea di estendere la rappresentanza all'INPS per promuovere una visione integrata di prestazioni monetarie, interventi sociali e interventi sociosanitari; tuttavia è possibile andare nella stessa direzione anche solo invitando l'Istituto ai lavori della Rete in modo permanente, senza farlo entrare direttamente tra i componenti dell'organismo.
- Livello regionale. Due sono le componenti da rappresentare: regionale e locale, secondo le caratteristiche specifiche di ogni territorio. Facendo riferimento agli ambiti territoriali presenti in ciascuna regione, è possibile istituire un organismo con gli assessori regionali competenti e i presidenti delle conferenze di ambito in qualità di rappresentanti istituzionali locali. Vi è da chiedersi se sia utile e corretto integrare la rappresentanza istituzionale degli assessorati regionali competenti con rappresentanti tecnici di strutture organizzative regionali e con le direzioni delle aziende sanitarie: il rischio, infatti, è che in un organismo di governance istituzionale vengano affiancate componenti istituzionali e componenti tecniche. Anche nei confronti delle strutture tecniche di ordine regionale è possibile prevedere solo un invito permanente, senza far entrare questi soggetti nella composizione dell'organismo di governance regionale.
- Livello locale. Due sono le componenti da rappresentare: regionale e locale, secondo le caratteristiche proprie di ogni ambito territoriale. Facendo riferimento alle amministrazioni comunali coinvolte in ciascun ambito territoriale, è possibile costituire un organismo con i rappresentanti delle istituzioni comunali, o le loro forme associate, a cui si deve aggiungere una rappresentanza regionale. Rispetto a questa seconda componente, bisogna domandarsi se sia utile e corretto pensare a rappresentanti regionali appositamente individuati, oppure se sia più opportuno coinvolgere direttamente le direzioni generali delle aziende sanitarie. Nel primo caso probabilmente il percorso istituzionale potrebbe rivelarsi eccessivamente lungo e farraginoso; nel secondo, la chiamata diretta della Direzione aziendale in un organismo di governance istituzionale sottolineerebbe la dimensione 'ad alta attrazione istituzionale', che già investe di fatto la parte apicale delle aziende sanitarie. Nella proposta avanzata è stata scelta questa seconda soluzione.

3. I principali strumenti della Rete

L'oggetto principale di competenza di questi organismi di governance istituzionale è l'elaborazione e l'approvazione dei relativi piani-programmi riguardanti il complesso dei servizi e degli interventi sociali, sociosanitari e delle prestazioni monetarie nazionali afferenti all'area della non-autosufficienza. Questo passaggio oggi si presenta come assolutamente decisivo a ogni livello. La vastità del raggio di azione di questi strumenti complessi di programmazione integrata merita ulteriori approfondimenti, così come i contenuti e la capacità di renderli vincolanti per i diversi sistemi di riferimento. A livello statale si pone da tempo immemorabile il tema di predisporre i Lea e i Lep (di erogazione, di processo e di organizzazione) secondo un approccio integrato, così come quello di determinare obiettivi di servizio ampi, in grado di individuare i punti di convergenza dei sistemi da integrare a livello nazionale. A livello regionale si pone la questione di stabilire gli obiettivi e i contenuti della programmazione e dell'organizzazione del sistema sanitario regionale in strettissima concordanza con la programmazione del sistema sociale. A livello locale va affrontato, nondimeno, il nodo del sistema integrato locale dei servizi sociosanitari, della sua definizione, della sua programmazione operativa, e della realizzazione di servizi evoluti, che non agiscano su base volontaria e che abbiano carattere di continuità.

Azioni di questo genere hanno ovviamente bisogno di essere inquadrare insieme allo sviluppo multilivello degli altri cardini dell'approccio sistemico all'integrazione evidenziato nella figura del primo paragrafo. Si vogliono qui sottolineare due possibili aree di sviluppo. Una consiste nelle aggregazioni di vario tenore del livello statale, regionale o locale (soprattutto) di 'governance tecnica e professionale', capace di operare affiancando gli aspetti relativi alla direzione dei servizi e gli approcci multiprofessionali alla complessità dei bisogni di tipo sociosanitario. Ci si riferisce, dunque, a organismi tecnici connessi alla Rete istituzionale, che coinvolgono le varie responsabilità dirigenziali degli organismi statali, regionali di ambito o comunali. Un'altra area di sviluppo riguarda un analogo intreccio ordinato con gli enti del terzo settore, e con tutte le altre organizzazioni della cittadinanza attiva, che agiscono nelle dimensioni nazionali, regionali o locali.

Un'ultima notazione concerne la scelta di considerare, in questa linea d'intervento, non solo gli anziani non autosufficienti (a cui è rivolta la proposta) ma anche i giovani e gli adulti con disabilità. Nella prima parte del documento è stato spiegato che il nostro lavoro si concentra esclusivamente sui primi, così da approfondirne le specificità, ma che è necessario avviare un percorso riformatore anche per i secondi. In tale prospettiva, agendo sul sistema di governance (e dunque non sugli interventi da erogare), è consigliabile che il significativo sforzo di cambiamento richiesto al sistema venga messo a frutto anche per le disabilità di ogni età.

ACCESSO UNICO ALLA RETE DEGLI INTERVENTI

Soggetti proponenti

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetti attuatori

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Regioni, Comuni, Asl, Inps

Natura

Riforma e investimento

Costi

0,257 Mld

Obiettivi

Facilitare l'accesso alla rete del welfare. Superare l'odierna grande difficoltà degli anziani non autosufficienti e dei loro familiari nell'ottenere le informazioni per accedere ai diversi interventi di welfare pubblico attivabili. Tale situazione è dovuta alla dispersione delle prestazioni erogate tra una varietà di soggetti, sedi e percorsi differenti. Le principali conseguenze negative consistono nel non riuscire a richiederle e/o nell'impegnare troppo tempo e fatica peregrinando tra numerosi punti di accesso.

Semplificare l'iter di valutazione della non autosufficienza. Semplificare e connettere l'attuale molteplicità di luoghi e momenti nei quali viene valutata la non autosufficienza per stabilire gli interventi pubblici ottenibili a livello locale o nazionale. Anche in questo caso, frammentazione e complessità rendono particolarmente problematico per le persone interfacciarsi con il sistema.

Valorizzazione dell'esistente. L'indispensabile razionalizzazione del sistema di accesso non si contrappone all'assetto vigente ma intende farlo evolvere valorizzandone gli elementi positivi esistenti. Pertanto, nelle realtà dove sono già presenti alcuni aspetti del disegno di accesso unico qui delineato, li si mantiene integrandoli con quelli necessari per giungere alla configurazione indicata.

Azioni

Rafforzamento e qualificazione dei punti unici di accesso. Le Regioni e le Province autonome organizzano appositi luoghi di primo accesso al sistema di welfare per gli anziani non autosufficienti. Essi devono garantire alle persone coinvolte e alle loro famiglie informazioni sull'intera gamma degli interventi e dei supporti utili, erogabili non solo dal SSN o dai servizi sociali locali, ma anche da altre amministrazioni (nazionali e locali) e soggetti del territorio (agevolazioni fiscali, per i trasporti, per la riduzione delle barriere architettoniche, congedi ai

familiari e prestazioni erogabili dall'INPS). Si mette a disposizione degli operatori del punto unico, e di tutti i servizi sociosanitari che incontrano anziani non autosufficienti, una piattaforma denominata "Catalogo degli interventi"; tale strumento consente d'informare i cittadini sull'intera gamma dei sostegni per i non autosufficienti e le loro famiglie, si tratti di prestazioni locali o nazionali (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza").

Oltre al ruolo informativo, i punti unici di accesso hanno l'obiettivo di sostenere famiglie e anziani nei percorsi per ottenere le prestazioni sopracitate: a tal fine prenotano la valutazione multidimensionale, attivano eventuali forme di accompagnamento ove necessarie e offrono aiuto per l'inoltro di richieste ad amministrazioni e servizi.

In prima approssimazione, si prevede un punto di accesso ogni 80.000 abitanti per le aree urbane o ogni 50.000 per quelle extraurbane. Il punto unico dovrà avere almeno una sede per ogni distretto socio-sanitario, da replicare - inoltre - nel caso di distretti con ampia estensione territoriale.

Passaggio dal dichiarato al realizzato. I punti unici sono già previsti da diversi atti legislativi e programmatori statali, così come da normative di ogni Regione italiana, che abitualmente attribuiscono loro i compiti sopra esposti. Nella pratica, però, la copertura territoriale non è completa e - soprattutto - le funzioni evidenziate sovente vengono svolte solo in parte.

Il passaggio chiave, dunque, è riuscire a spostarsi dal dichiarato al realizzato: tre sono le azioni da mettere in campo per farlo. Primo, il potenziamento del personale dedicato, come illustrato nella sezione "Costi". Secondo, una formazione diffusa per evitare che il punto unico resti una semplice sede amministrativa che prenota una specifica valutazione o prestazione; a tale scopo, occorrono operatori formati per compiere una prima valutazione del caso e per informare le famiglie a 360 gradi, orientandole opportunamente nel sistema di welfare (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza"). Terzo, la già menzionata introduzione del "Catalogo degli interventi".

Semplificazione e convergenza dei processi valutativi. Si procede alla semplificazione e alla convergenza dei processi valutativi per l'accesso alle misure del welfare pubblico: quelli delle unità valutative multidimensionali per fruire degli interventi di welfare locale e quelli - previsti a livello nazionale - per richiedere l'indennità di accompagnamento, la certificazione di handicap e altre prestazioni/agevolazioni.

L'obiettivo è, innanzitutto, quello di far convergere le modalità, i momenti e i luoghi valutativi, rendendo il relativo iter più agevole per i cittadini. Le specifiche azioni sono mirate a semplificare le procedure di richiesta degli accertamenti normati dallo Stato, a favorire la prossimità tra i luoghi e le occasioni di valutazione (senza dimenticare i servizi specialistici territoriali), a potenziare la tracciabilità della documentazione clinica e sanitaria, a redigere linee guida che assicurino riferimenti condivisi nella valutazione della non autosufficienza da parte dei diversi soggetti responsabili. Si prevede un'applicazione graduale dell'insieme di azioni previste, cominciando dai cittadini con più di 80 anni (si veda l'approfondimento).

Attribuzione. Le funzioni e le competenze del punto unico di accesso e quelle legate alla semplificazione e convergenza dei processi valutativi possono essere attribuite a soggetti che già le realizzino a livello locale, dove esistenti; saranno poi da apportare le modifiche eventualmente necessarie per assicurare la coerenza con le indicazioni qui proposte.

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce i criteri per allestire i Punti unici di accesso.

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale finalizzato alla semplificazione e alla convergenza dei percorsi valutativi.

Entro Giugno 2022: Riorganizzazione/preparazione dei Punti Unici e predisposizione dei miglioramenti nei percorsi valutativi.

Da Luglio 2022: Operatività delle indicazioni qui previste.

Costi

0,257 Mld di euro, pari alla somma di 51,5 milioni annui moltiplicati per il quinquennio 2022-2026. Tale spesa riguarda esclusivamente i Punti unici di accesso. I 51,5 milioni annui sono calcolati sulla base dei dati di Agenas sull'odierna diffusione dei Punti unici, che ne indica la presenza in oltre l'80% dei distretti socio-sanitari del Paese. In netta prevalenza, dunque, non si tratta di finanziarli completamente bensì di rendere possibile l'effettivo svolgimento delle funzioni indicate. La spesa principale consiste, quindi, nell'aumento medio per ognuno di quelli esistenti di due unità di personale, una con professionalità sanitaria e l'altra sociale. Vi è poi da sostenere ex-novo il costo per il personale dei Punti unici mancanti. Infine, si prevede una dotazione di risorse per le sedi e il rafforzamento delle attrezzature (in misura contenuta dato che le sedi in gran parte esistono già).

La semplificazione dei percorsi valutativi produce, come spiegato nel successivo approfondimento, un risparmio di risorse pubbliche. La sua entità, tuttavia, non è qui quantificabile.

APPROFONDIMENTO: “ACCESSO UNICO ALLA RETE DEGLI INTERVENTI”

Semplificazione e convergenza dei processi valutativi

1. Prestazioni e valutazioni

In Italia per le persone con più di 67 anni che abbiano problemi non autosufficienza è previsto un complesso di prestazioni, servizi e agevolazioni:

- trasferimenti monetari: il principale e più consolidato è l'indennità di accompagnamento, erogata – a prescindere dal reddito personale – a chi non sia in grado autonomamente di deambulare o di svolgere gli atti quotidiani della vita;
- agevolazioni fiscali e tributarie, in particolare – pur in modo limitato – per l'assistenza personale;
- esenzione dai ticket sanitari per invalidità;
- agevolazioni per la mobilità personale (contrassegno disabili);
- agevolazioni lavorative (permessi, congedi, sede di lavoro) per i *caregiver* familiari che assistono un congiunto in possesso di verbale di handicap con connotazione di gravità (art. 3 comma 3, legge 104/1992).

Sin qui si tratta di interventi disciplinati da norme di rango nazionale. Le condizioni sanitarie che assegnano il diritto a queste prestazioni vengono accertate da commissioni pubbliche affidate alle ASL e all'INPS, anch'esse regolate da norme nazionali. Attraverso queste valutazioni – che per maggior correttezza definiamo “di base” – le condizioni da accertare sono due: le minorazioni civili (in particolare per l'indennità di accompagnamento) e l'handicap (in particolare per i permessi).

Alle menzionate prestazioni di ambito nazionale si aggiungono quelle di derivazione e disciplina regionale:

- accesso ai servizi residenziali per autosufficienti e non autosufficienti;
- accesso ai servizi di supporto domiciliare (sociale, sociosanitario, sanitario);
- accesso a trasferimenti monetari regionali (contributi per la non autosufficienza e altro);
- accesso ad altri servizi connessi alla domiciliarità.

Le condizioni di accesso a queste prestazioni vengono generalmente verificate da unità di valutazione multidisciplinari (variamente denominate), regolate da norme statali e incardinate nei servizi sociosanitari territoriali. Gli strumenti, i criteri, le scale di valutazione sono invece definiti in ambito regionale.

2. Le criticità

2.1 Moltiplicazione dei luoghi e dei momenti valutativi

Come detto, un anziano che intenda accedere ad altri servizi, oltre agli accertamenti connessi all'invalidità e all'handicap (legge 104) deve sottoporsi a un'ulteriore valutazione della sua condizione di non autosufficienza, generalmente successiva. Ciò avviene sempre in un momento e in un luogo diverso e con operatori differenti. Qualora sia indicata la necessità di

una revisione, oppure quando gli stessi interessati chiedano che venga loro riconosciuto un avvenuto aggravamento delle proprie condizioni, i momenti valutativi vengono ripetuti nel tempo. E' evidente il disagio che ne deriva alla persona e ai familiari, che devono attivare procedimenti differenti rivolgendosi a referenti diversi ma, prima ancora, devono essere in grado di orientarsi in un sistema assai complesso e dispersivo.

2.2 Debole collegamento tra le valutazioni

Le commissioni di accertamento di invalidità/handicap e le unità di valutazione multidimensionale acquisiscono la documentazione clinica e sociale ognuna per suo conto. Prevalentemente l'onere di presentare la documentazione è demandato al cittadino, che non necessariamente è in grado di scegliere e predisporre gli atti più appropriati, congrui ed effettivamente utili. Una volta di più, questo compito viene addossato all'interessato per ogni singola valutazione.

Ancor minore è la correlazione con i servizi specialistici (ad esempio, centri per il decadimento cognitivo) che eventualmente seguano la persona. Questi servizi (geriatrici, centri Alzheimer e/o per il decadimento cognitivo, reparti ospedalieri e altri)^{lxxiii} spesso hanno già effettuato test, valutazioni e osservazioni anche prolungate nel tempo che, se messe a disposizione delle diverse commissioni di accertamento e valutazione, potrebbero migliorare notevolmente l'efficacia del processo.

2.3 Sottovalutazione epidemiologica/anagrafica

Circa il 50% dei titolari di indennità di accompagnamento sono persone con più di 80 anni^{lxxiv}. La percentuale sfiora il 75% se si abbassa la soglia di osservazione ai 65 anni di età. È da ritenere – prudenzialmente – che almeno il 60% delle sedute di valutazione delle commissioni riguardino persone con più di 80 anni, con una netta ed evidente prevalenza di patologie tipiche della terza età^{lxxv}^{lxxvi}.

In materia di minorazioni civili e handicap (legge 104/1992) il percorso valutativo (e le commissioni) è il medesimo per i minori, gli adulti e gli anziani. Non esistono, dunque, distinzioni (salvo quella in via di definizione per l'età evolutiva) che differenzino le peculiarità, valorizzino le specifiche competenze, rendano più agile l'intero sistema e consentano la formazione specifica dei singoli operatori a favore dell'omogeneità e della trasparenza valutativa. La stessa presenza nelle commissioni di un medico specialista nella "patologia da esaminare", è una condizione che, pur prevista dalla normativa vigente, viene spesso disattesa, come quotidianamente riportano le persone.

2.4 Elevati costi di gestione

I verbali di invalidità e di handicap vengono emessi in prima istanza dalle Commissioni ASL (6 componenti) e poi verificati da Commissioni INPS omogenee. Le revisioni sono in capo alle Commissioni INPS, con i costi di personale che ne derivano. In termini di spesa complessiva e di impegno di risorse professionali, il costo del sistema è decisamente sproporzionato rispetto agli output prodotti (invalidità/handicap). In un numero crescente di

regioni l'intera filiera è stata affidata all'INPS in forza di specifiche convenzioni con le Regioni; questo accorcia i tempi e i passaggi e diminuisce i costi, ma tale soluzione è ancora minoritaria. Ai costi di gestione pura vanno aggiunti quelli derivanti dal contenzioso, da cui l'ambito è tutt'altro che scevro. Tale impegno di risorse in sé, come già spiegato all'inizio, sfocia in un output (due verbali con sintetiche dizioni) non corrispondente alle risorse professionali coinvolte, peraltro spesso sottratte alla loro ordinaria attività (reparti ospedalieri, servizi sanitari).

I costi delle unità di valutazione multidimensionale sono invece a carico delle regioni e incardinati nelle singole ASL. I risultati generati (valutazioni specifiche, spesso connesse alla non autosufficienza) sono funzionali e correlati alla possibilità di usufruire di servizi territoriali, di contributi o di essere inseriti in strutture residenziali.

3. La proposta

La proposta si articola su diversi assi che prevedono azioni e competenze specifiche, sia di rango nazionale, con interventi di indirizzo condivisi con la Conferenza Stato-Regioni, che di rilievo regionale. In questo scenario non va infine sottovalutato il ruolo centrale di INPS in particolare per le valutazioni “di base” (handicap/104 e minorazioni civili), non solo nelle regioni in cui è affidata all'Istituto l'intera “filiera”.

La proposta riguarda, dal momento dell'avvio, i cittadini con più di 80 anni, per due motivi: 1) rappresentano la fascia di età largamente predominante della popolazione anziana che richiede accertamenti; 2) vi è una maggior e più rapida possibilità di individuare unità specialistiche di riferimento, cosa più complessa man mano che l'età scende e si moltiplicano i quadri clinici del paziente. Dopo una prima fase, con adeguato monitoraggio degli esiti, il processo potrà agevolmente essere esteso anche alle persone dai 67 anni in poi.

3.1 Avvicinare le valutazioni ai cittadini

Il disagio e il disorientamento del cittadino e dei suoi familiari è notevole, sia per la ripetizione degli accertamenti sia per la difficoltà di presentare documentazione adeguata, congruente e utile. Giova ribadire, infatti, che gli anziani non autosufficienti, per ottenere prestazioni e servizi, devono seguire differenti percorsi di accertamento e di valutazione. Le valutazioni multidimensionali richiedono comunque una precedente valutazione “di base” (handicap/104 e minorazioni civili). I problemi derivano dalla diversità sia dei momenti valutativi che delle relative sedi, con gli incomodi che questo comporta. Alcune azioni ad hoc (combinare con quelle indicate più avanti) possono facilitare questi iter ai cittadini, rendendoli meno complessi e riducendo i tempi:

- a. potenziare il ruolo di orientamento e di supporto dei Punti Unici di accesso nei processi valutativi, con un'opera di informazione ma anche di accompagnamento, come indicato tra le altre azioni di questa linea d'intervento;
- b. semplificare i procedimenti di richiesta dell'accertamento “di base” (si veda anche il successivo punto 3.3) favorendo una maggior diffusione della facoltà di far predisporre il certificato introduttivo anche presso i centri specialistici e di medicina territoriale.

Attualmente questi certificati introduttivi, compilati direttamente nel sistema informatico di INPS e necessari per dare il via all'accertamento delle minorazioni e dell'handicap, sono redatti prevalentemente dai medici di medicina generale; solo in modo residuale vengono redatti, ad esempio, da medici dei servizi pubblici o privati accreditati.

In uno scenario di riforma, va tenuto presente che, tra le differenti competenze in materia stabilite dalla normativa vigente, alcune rimangono di titolarità nazionale mentre altre sono attribuite alle regioni. Delle azioni di sistema che possano ricomporre i momenti valutativi nell'interesse di tutti non possono prescindere, evidentemente, da una convinta convergenza decisionale, strategica e, dunque, politica. Ambedue le azioni disegnano, infatti, una sinergia fra il livello nazionale, la Conferenza Stato-regioni e l'INPS. Quest'ultimo gioca attualmente un ruolo centrale nei processi di accertamento e di erogazione di svariati servizi (anche di *long-term care*), oltre a disporre di un sistema informatico oramai essenziale. Il coinvolgimento dell'Istituto è quindi ineludibile, oltre che funzionale alle indicazioni qui proposte.

3.2 Far convergere modalità, momenti e luoghi valutativi

Si punta alla convergenza funzionale e alla semplificazione, alla trasparenza, allo scambio di informazioni e di valutazioni relative alla stessa persona, ma espresse in forme differenti, in luoghi differenti e da operatori differenti. Quindi occorre:

- a. Promuovere la prossimità sia fra i luoghi e le occasioni in cui le valutazioni vengono effettuate, che con i servizi specialistici territoriali pubblici, convenzionati e accreditati. A titolo di esempio, ove possibile è strategicamente opportuno che le valutazioni “di base” avvengano direttamente presso i servizi specialistici, oppure simultaneamente alla valutazione multidimensionale o dell'unità di valutazione delle demenze. Oltre a costituire un vantaggio per il cittadino, ciò può consentire uno scambio immediato con i colleghi dei servizi, oltre che l'accesso a relazioni, test e valutazioni cliniche già presenti. La competenza di indirizzo dello Stato è centrale, ma è necessaria un'intesa con le Regioni e con INPS. Questa azione – va detto – comporta un certo grado di variabilità regionale, che può essere maggiore o minore a seconda degli accordi da definire nella Conferenza Unificata. *In sintesi*: svolgere, ove possibile, le visite di valutazione – in particolare “di base” – presso i centri specialistici che seguono le persone o in occasione della valutazione multidisciplinare.
- b. Potenziare la tracciabilità della documentazione clinica e sanitaria e uniformare – almeno per le patologie e le minorazioni più frequenti – i test, le batterie di test o le scale da usare obbligatoriamente. Questo è praticabile su scala nazionale per la valutazione “di base” (handicap/104 e minorazioni civili) e, secondo intese, a livello regionale. È auspicabile – anche in chiave di ottimizzazione delle risorse – l'adozione di strumenti adeguati che, nella logica sopra indicata, consentano la trasparenza dello scambio informativo e la piena interoperabilità, non solo semantica, delle informazioni raccolte. In questo quadro rivestono un ruolo chiave le linee guida delineate sotto. E' fondamentale garantire l'accessibilità alle valutazioni “di base”, e alla documentazione correlata, da parte delle

unità di valutazione per la non autosufficienza. Ciò, peraltro, va in direzione dell'impiego del fascicolo sanitario elettronico anche per le valutazioni di cui si parla. *In sintesi*: generare un sistema di comunicazione che, sulla base di un' omogeneità semantica, riesca a scambiare informazioni.

- c. Delineare un'adeguata e comune strumentazione valutativa. Essa dovrebbe consentire, in modo trasparente e solido, di graduare le limitazioni nelle attività legate alla cura della propria persona, alla comunicazione e alla realizzazione di una lista essenziale di incombenze della vita quotidiana come indicatore indiretto di necessità assistenziali specifiche. Bisognerebbe porre grande cura nel chiarire il legame specifico tra le limitazioni evidenziate, la condizione patologica e le menomazioni della persona: l'obiettivo è quello di riportare a criteri certi l'attuale incertezza in merito al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita e non deambulazione, che si estende anche alla condizione di handicap grave (art. 3 comma 3, legge 104). In particolare, è importante individuare contenuti più uniformi per il concetto di "legato agli atti quotidiani della vita", che è forse uno degli aspetti valutativi che presenta la maggior incertezza, quindi anche una minor trasparenza e possibilità di condivisione tra i servizi, soprattutto considerando gli elementi connessi al decadimento cognitivo. Come già detto, gli aspetti che riguardano la valutazione "di base" sono di competenza nazionale (linee guida Ministero salute/INPS). È indispensabile porre le basi per dare fondamento all'incerto concetto di non autosufficienza, anche in previsione di una compiuta revisione del sistema, di cui l'attuale proposta rappresenta esclusivamente un primo passo. In tal senso è ineludibile pervenire a una condivisione di criteri fra le Regioni, attuata con la forma dell'Intesa in Conferenza Unificata. Va detto che, verosimilmente, l'adozione delle Linee guida per la valutazione "di base" – indicata oltre – e la loro accessibilità da parte delle Unità di valutazione potrà accelerare anche il processo di definizione comune dei criteri. *In sintesi*: stabilire criteri condivisi che restituiscano efficacia e trasparenza, a iniziare dalle valutazioni "di base".

3.3 Ottimizzare le valutazioni "di base"

L'idea in questo caso è quella di specializzare la valutazione "di base", attribuendo la responsabilità valutativa a unità specialistiche connesse alle patologie prevalenti nella terza età. Le azioni prevedibili sono le seguenti:

- a. revisione della composizione delle commissioni di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap (legge 104/1992), nel caso in cui il cittadino abbia più di 80 anni (per giungere a regime agli over 67). La composizione dovrebbe essere tendenzialmente monocratica (garantendo la componente sociale per le valutazioni 104/1992), quindi più agile, con l'avvertenza di disciplinare e orientare l'uso degli strumenti valutativi. L'impatto in termini di costi sarebbe significativo per i motivi espressi nelle criticità e alleggerirebbe l'intero sistema dei riconoscimenti delle disabilità (le altre età); questo perché verrebbero separate le valutazioni riferite all'età evolutiva e adulta (per le quali

rimarrebbero le Commissioni “ampie” come configurate oggi), e quelle per la terza età (con Commissioni “ristrette” e specialistiche);

- b. garantire specialità adeguate: i medici che svolgono questa attività dovrebbero essere in possesso di specifiche specializzazioni e avere la facoltà di richiedere consulti o approfondimenti, come d'altra parte è già previsto nelle normative vigenti per i casi in cui siano indispensabili particolari valutazioni cliniche o diagnostiche.
- c. elaborazione e diffusione di linee guida per la valutazione dell'handicap e degli stati invalidanti nella terza età. L'obiettivo di tali linee è anche quello di fornire un impianto di criteri congruente e omogeneo, sia per le valutazioni in presenza che per quelle sugli atti. Le linee guida, infatti, oltre a contenere il contenzioso sono uno strumento che favorisce l'indirizzo, uniformità, omogeneità valutativa e trasparenza.

Le modifiche normative sono di livello nazionale, ferme restando le condivisioni, se non le intese, con la Conferenza Stato – Regioni.

RIFORMA DEI SERVIZI DOMICILIARI

Soggetti proponenti

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetti attuatori

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Regioni, Comuni, Ambiti territoriali, Asl, Distretti

Natura

Riforma e investimento

Costi

5,333 Mld.

Obiettivi

Ridisegnare i servizi domiciliari. Realizzare un investimento straordinario nei servizi domiciliari in Italia per accompagnarne la riforma complessiva e avviare la necessaria estensione dell'offerta. Partire dal presupposto che le attuali criticità riguardano sia la loro scarsità che il modello d'intervento prevalente. Pertanto, se si stanziassero nuove risorse mantenendo invariato il modello, si correrebbe il rischio di riprodurre i problemi attuali su scala maggiore. D'altra parte, le pressanti esigenze della popolazione interessata e l'attuale esiguità dell'offerta suggeriscono di non perdere altro tempo nel dare il via a un ampliamento quanto mai necessario.

Seguire il paradigma del care multidimensionale. Fondare la riforma della domiciliarità sul riconoscimento della realtà della non autosufficienza, seguendo di conseguenza il paradigma che le è proprio: quello del *care* multidimensionale. Ciò significa prevedere progetti personalizzati che partano da uno sguardo globale sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Superare così il paradigma di natura clinico-sanitaria (*cure*) – che si traduce nell'erogazione di determinate prestazioni per rispondere a specifiche patologie – oggi predominante nei servizi domiciliari delle Asl (Adi, i più diffusi). Analogamente, superare il paradigma socio-assistenziale – che considera la carenza di reti familiari e/o di risorse economiche quali criteri prioritari di accesso – oggi vigente nei servizi domiciliari dei Comuni (Sad, i meno diffusi). I successivi obiettivi discendono da questo cambio di modello perché intendono unificare le risposte (come comporta una visione complessiva) e ampliare la gamma d'interventi (come richiede la multidimensionalità).

Ricomporre gli interventi in una risposta unitaria. Collocare gli interventi oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire a ogni anziano coinvolto una risposta unica e coerente. Nel progettartela,

prendere in considerazione anche le altre risorse pubbliche e private, umane, professionali ed economiche variamente disponibili nelle diverse situazioni.

Ampliare la gamma degli interventi. Prevedere sia interventi di natura medico-infermieristica sia quelli – oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza preclude all’anziano di poter compiere da solo. Ciò implica l’affiancamento e il supporto anche dei soggetti quotidianamente impegnati ad affrontare le limitazioni dell’autonomia dell’interessato, cioè i *caregiver* e le assistenti familiari.

Assumere un duplice sguardo. Nella progettazione degli interventi, dunque, puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni. Riconoscere anche i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari. Interfacciarsi, inoltre, con le assistenti familiari, per promuovere la qualità del loro operato.

Valorizzare le possibilità offerte dalla tecnologia. L’ampliamento della gamma d’interventi si traduce anche nello sviluppo dei servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, telesalute, ecc) e di telemonitoraggio, per fornire a distanza costantemente un ampio numero di prestazioni specialistiche e poter assicurare un’assistenza adeguata in ogni località del territorio.

Riconoscere le trasformazioni della non autosufficienza. Superare i ritardi dell’offerta di assistenza domiciliare nell’adattare le risposte ai cambiamenti del fenomeno nel nostro Paese. Innanzitutto, dunque, concepire interventi che tengano in opportuna considerazione la presenza sempre più diffusa della non autosufficienza legata a disabilità cognitive (demenze), al fianco di quelle fisiche (motorie), così come di quella legata al morbo di Parkinson e di altre.

Valorizzare l’esistente. Procedere nella direzione illustrata valorizzando le esperienze positive in essere nei territori. Nelle realtà dove sono già presenti tutti o alcuni aspetti della riforma della domiciliarità qui tratteggiata, li si mantiene, integrandoli – quando e come necessario – fino a raggiungere la configurazione indicata.

Azioni

Progetto personalizzato integrato. Per ogni anziano non autosufficiente che fruisce d’interventi pubblici si definisce un progetto personalizzato integrato, che li comprende nel loro insieme – servizi sociali, servizi sociosanitari, indennità di accompagnamento – e li raccorda con l’assistenza dei familiari e con l’attività delle assistenti familiari. Il progetto viene condiviso con l’anziano e/o i suoi familiari. La predisposizione del progetto personalizzato integrato e la sua realizzazione vengono garantiti dall’Unità valutativa

multidimensionale, di cui debbono obbligatoriamente far parte un'assistente sociale dell'Ambito sociale/comune e il responsabile del caso.

E' in questa sede che si avvia la pratica del budget di salute quale strumento per integrare le risorse – economiche, professionali ed umane – necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona non autosufficiente un funzionamento sociale accettabile, facendo partecipare alla sua realizzazione oltre al paziente stesso, la sua famiglia, la sua comunità d'appartenenza e gli operatori professionali sociali e sanitari.

Nei casi di intervento domiciliare semplice (che ricorre, per esempio, in presenza di cure domiciliari prestazionali, di sole prestazioni riabilitative successive ad interventi chirurgici o in assenza della necessità di integrazione di diversi interventi domiciliari), il progetto personalizzato integrato non viene previsto.

Responsabile del caso. La stesura del progetto personalizzato integrato viene affiancata dall'individuazione di un responsabile del caso (*case manager*), con i compiti di coordinare gli interventi forniti, valutarne gli effetti, proporre eventuali aggiustamenti, fungere nel tempo da punto di riferimento e facilitatore per l'anziano e la famiglia, garantire la continuità dell'assistenza. Il responsabile dev'essere nominato in accordo fra i servizi sociosanitari e sociali coinvolti nel caso, scegliendo la figura più appropriata in base alle caratteristiche dell'assistenza integrata erogata.

Centrale operativa. In ogni distretto sanitario deve essere presente una Centrale operativa per la gestione di tutti i servizi domiciliari. La Centrale operativa dovrà essere il luogo nel quale il distretto sanitario e l'Ambito territoriale sociale gestiscono ed organizzano in modo unitario l'erogazione dei servizi secondo le autonome determinazioni organizzative delle singole Regioni. Il compito specifico della Centrale operativa dovrà consistere nel gestire tutte le risorse dedicate sanitarie e quelle che provengono dai Comuni/Ambiti sociali per garantire servizi fortemente integrati (tenendo conto che le risorse del PNRR saranno erogate, in quota parte, sia alle ASL che ai comuni). Nel rispetto dei differenti assetti regolativi e istituzionali presenti nelle singole Regioni, l'obiettivo condiviso a livello nazionale dovrà consistere, dunque, nel far sì che gli utenti abbiano un unico referente per la fornitura dell'assistenza domiciliare, appunto la Centrale operativa.

Risposta globale. Come anticipato, si tratta di offrire interventi sia di natura medico-infermieristica sia per il sostegno all'anziano nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana che la non autosufficienza impedisce di compiere da soli.

Inoltre, l'approccio globale utilizzato si traduce anche nell'allocazione delle nuove risorse rese disponibili. Attualmente, infatti, i servizi più diffusi – quelli dell'Adi – in prevalenza si caratterizzano per copertura, intensità e durata troppo contenute, configurandosi come prestazioni per rispondere a singole patologie e fornite per un breve lasso di tempo. Rispetto a oggi, dunque, si ipotizza di seguire più anziani (incremento della copertura), con un maggior numero d'interventi per caso, come richiede la multidimensionalità della non autosufficienza

(incremento dell'intensità del servizio), e per periodi più lunghi, come richiede l'estesa durata di questa condizione (presa in carico permanente).

Adesso, la percentuale di anziani che ricevono in un anno servizi domiciliari è pari al 6,5% (6,0% Adi +1% Sad a cui occorre sottrarre 0,5% che sono i casi integrati sociali e sanitari per evitare di conteggiarli due volte)^{lxxviii}. Il presente progetto prevede di portare l'utenza anziana dall'attuale 6,5% al 10,1% nel 2026.

L'intensità media dei singoli casi, che oggi è di 18 ore annue per anziano, crescerà del 152%. La maggior parte dei beneficiari avrà una presa in carico per tutta la durata del periodo necessario, quindi straordinariamente più lunga di quella di oggi. L'obiettivo è mantenere al livello attuale (350.000-410.000 circa) gli anziani che ricevono cure domiciliari prestazionali e arrivare a regime a un milione circa (974.720 per la precisione) che usufruiscono di cure domiciliari integrate comprese le palliative, di cui almeno 500.000 di lungo periodo (si veda il successivo approfondimento). All'interno di queste linee di azione generali, l'assistenza domiciliare dovrà modulare le proprie caratteristiche per adattarsi al meglio alle specifiche esigenze degli anziani e delle loro famiglie, come nel caso delle demenze o dei malati di Parkinson.

Caregiver familiari. Considerare i *caregiver* familiari come parte della rete assistenziale dedicata alle persone non autosufficienti. I servizi domiciliari coordinano e supportano tutte le risorse in campo, a partire dall'attività di educazione terapeutica da indirizzare ai familiari e alle assistenti familiari (badanti). Erogazione ai *caregiver* familiari di un pacchetto di attività dedicate comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto; interventi di assistenza e di sollievo (di emergenza o programmati). A sostegno di questa azione, così come di tutti gli elementi di novità della complessiva linea d'intervento, viene previsto uno sforzo formativo straordinario (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza").

Assistenti familiari. Considerare le assistenti familiari come risorse da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare. Va, dunque, prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati. In buona parte e con gli opportuni adattamenti, quanto indicato per i *caregiver* familiari vale anche per le assistenti familiari; l'attenzione è da concentrare su azioni formative messe in campo prevalentemente *on the job* dagli operatori dei servizi domiciliari.

Utilizzo delle tecnologie digitali. Lo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'assistenza domiciliare ha bisogno della creazione di una struttura tecnologica digitale che renda disponibili l'accesso ad una molteplicità di nuove prestazioni attraverso la telemedicina. Ogni servizio di cure domiciliari deve potersi avvalere dell'uso delle tecnologie digitali, dei servizi di telemedicina e degli altri strumenti di ICT per ottenere livelli sempre più elevati di qualità ed intensità dell'assistenza domiciliare e per raggiungere ogni parte del territorio. Per questo,

ogni Centrale operativa deve essere dotata delle apparecchiature per la telemedicina ed il telemonitoraggio.

Cronoprogramma

Entro dicembre 2021: approvazione e riparto alle Regioni di 0,5 miliardi di euro insieme alle indicazioni programmatiche nazionali sull'organizzazione dei servizi (obiettivi di servizio, progetto personalizzato integrato, responsabile del caso, percorsi formativi, gestione integrata dei servizi domiciliari, ecc.).

Entro dicembre 2022: Le Regioni provvedono all'erogazione dei finanziamenti alle ASL e ai Comuni obbligatoriamente entro tre mesi, pena tagli allo stanziamento, insieme alle indicazioni programmatiche regionali sull'organizzazione dei servizi (progetto personalizzato integrato, responsabile del caso, percorsi formativi, gestione integrata dei servizi domiciliari, ecc.) sulla base delle indicazioni nazionali. Le ASL realizzano le centrali operative in ogni distretto per la gestione dei servizi domiciliari e la telemedicina, subito dopo l'erogazione del finanziamento a cura delle Regioni. Entro fine anno, riparto alle Regioni di 0,75 miliardi di euro di competenza dell'anno successivo. ASL e Comuni devono raggiungere gli obiettivi di servizio indicati relativi all'assistenza domiciliare e cioè raggiungere gli obiettivi di copertura del servizio (% anziani) di intensità e di durata dell'assistenza, modulati in modo crescente e che li vedranno impegnati in tutto il periodo 2022/2026.

Entro dicembre 2023: Le Regioni provvedono all'erogazione dei finanziamenti alle ASL e ai Comuni obbligatoriamente entro tre mesi, pena tagli allo stanziamento. Entro fine anno, riparto alle Regioni di 1,0 miliardi di euro di competenza dell'anno successivo.

Entro dicembre 2024: Le Regioni provvedono all'erogazione dei finanziamenti alle ASL e ai Comuni obbligatoriamente entro tre mesi, pena tagli allo stanziamento. Entro fine anno, riparto alle Regioni di 1,25 miliardi di euro di competenza dell'anno successivo.

Entro dicembre 2025: Le Regioni provvedono all'erogazione dei finanziamenti alle ASL e ai Comuni obbligatoriamente entro tre mesi, pena tagli allo stanziamento. Entro fine anno, riparto alle Regioni di 1,5 miliardi di euro di competenza dell'anno successivo.

Entro Dicembre 2026: Le Regioni provvedono all'erogazione dei finanziamenti alle ASL e ai Comuni obbligatoriamente entro tre mesi, pena tagli allo stanziamento.

Costi

La spesa complessiva (assistenza domiciliare e centrali operative) è di 5,333 miliardi. La quota per l'assistenza domiciliare è di 5,32 miliardi, così suddivisi nelle diverse annualità: 0,78 (2022); 0,98 (2023); 1,07 (2024); 1,18 (2025); 1,30 (2026). L'incremento degli stanziamenti è graduale nel tempo per consentire ai servizi nel territorio di adattarsi progressivamente all'incremento dell'offerta.

Le risorse per l'assistenza domiciliare saranno erogate, in quota parte, sia alle ASL sia ai Comuni per finanziare sia l'ADI sia l'assistenza domiciliare sociale, garantendo comunque che le prestazioni sociali e sanitarie vengano erogate all'utenza in modo unitario ed integrato

attraverso il lavoro delle centrali operative. Per la distribuzione degli stanziamenti nazionali fra la sanità e i comuni si assume come punto di riferimento quanto indicato all'art. 22 comma 4 del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza), in base al quale "le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di intervento infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di intervento infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle province autonome, 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 per cento nei giorni successivi. Prevedendo, quindi, che le prestazioni di assistenza infermieristica e di assistenza tutelare professionale (che sono in buona parte dedicate al sostegno negli atti della vita quotidiana) siano per il 50% a carico del Servizio Sanitario, l'ipotesi riparto complessivo (comunque indicativo) delle risorse per l'assistenza domiciliare dovrebbe prevedere una quota del 75% per il Servizio sanitario ed una quota del 25% per i comuni per il potenziamento del Sad (servizio di assistenza domiciliare sociale).

La spesa attuale per la domiciliarità rivolta agli anziani ammonta attualmente a 1,7 mld (1,3 Adi e 0,4 Sad)^{lxxviii}. Con l'incremento di risorse previsto, la spesa pubblica passerebbe dagli attuali 1,7 miliardi a 3,0 nel 2026. Le stime relative alla spesa complessiva (5,32 miliardi di euro) hanno ipotizzato l'uso di pacchetti integrati di ore di assistenza domiciliare, differenziati per intensità dell'assistenza e composizione professionale. A regime, nel 2026, il progetto garantirà un aumento delle ore di assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale) del 152%. Per gestire l'incremento di ore di assistenza saranno necessarie, a regime, 29.158 persone a tempo pieno equivalente delle diverse professioni (si veda il successivo approfondimento).

Alle risorse sopra individuate per l'assistenza domiciliare si aggiungono 13,75 milioni di euro da erogare in un'unica soluzione, nel 2022, per la realizzazione in ogni distretto sociosanitario di una centrale operativa digitale per la gestione dei servizi domiciliari, della telemedicina e del telemonitoraggio. Ad ognuno dei 550 Distretti sociosanitari sarà attribuita la somma di 25.000 euro per l'acquisto delle tecnologie digitali necessarie.

APPROFONDIMENTO: “RIFORMA DEI SERVIZI DOMICILIARI”

1. Il quadro di partenza

Il quadro dell’assistenza domiciliare pubblica per gli anziani non autosufficienti, come detto, oggi appare molto frammentato e con un rischio di scarsa incisività degli interventi rispetto ai bisogni, a causa della limitata intensità delle attuali risposte, polverizzate e poco frequenti.

Per quel che concerne l’assistenza del SSN, la popolazione over 65 assistita a domicilio risulta numericamente abbastanza consistente (circa 800.000 assistiti) ma, su questo numero, incidono prevalentemente interventi episodici (l’11% delle prese in carico si conclude in un giorno), oppure di natura meramente estemporanea/prestazionale (il 32% delle prese in carico ha ricevuto meno di un accesso alla settimana).

Le statistiche sanitarie testimoniano che complessivamente il SSN eroga 18 ore annue di ADI per anziano, corrispondenti a un impiego di personale a tempo pieno stimabile in circa 9200 unità di lavoro e un volume di ore annue pari a quasi 15 milioni.

Un altro punto di debolezza degli interventi sanitari è lo scarso raccordo ospedale territorio: le dimissioni protette sono fenomeni di nicchia; di fatto ciò rappresenta una perdita di opportunità di gestire nel setting più appropriato i pazienti che hanno superato la fase di acuzie, pur continuando ad avere bisogni di monitoraggio/riabilitazione.

Tabella 1 - Principali caratteristiche dell’ADI attuale (2018)

Figure	Ore per anziano	Incidenza figura professionale	Stima ore annue riferibili a anziani	Stima numerosità personale FTE
Infermieri	18	68%	9.989.092	6.243
Terapisti		15%	2.174.288	1.359
Altro		17%	2.577.200	1.611
		100%	14.740.580	9.213

Fonte: Ns stime su dati Annuario SSN

Tabella 2 - Distribuzione delle prese in carico (PIC) ADI per livello di intensità assistenziale (con evidenza della quota riferibile ad anziani), 2018

	Livello base		Cure domiciliari integrate				
	pic≤1 gg	estemporanee (< 4 accessi al mese)	tra 4 e 9 accessi al mese	tra 9 e 15 accessi al mese	tra 15 e 18 accessi al mese	oltre 18 accessi al mese	
distribuzione intera popolazione	11%	32%	23%	21%	3%	11%	100%
numerosità PIC intera popolazione	102.002	301.466	213.276	193.398	30.075	99.785	940.002
di cui anziani*	410.470		363.908				

Fonte: Ns elaborazione su dati SIAD e Annuario SSN

Per quel che concerne invece l'assistenza erogata dai servizi sociali territoriali, il numero totale di anziani assistiti a domicilio tramite SAD/voucher/assegni/buoni risulta pari a 240.000 unità^{lxxx}. La spesa dei comuni per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale diretta (inclusa quella integrata all'ADI, al netto di quella riferibile ai voucher o a contributi monetari) può essere stimata come equivalente a quasi 14 milioni di ore di assistenza diretta, corrispondenti ad un impiego di circa 8600 unità di personale a tempo pieno e un volume di ore di assistenza stimabile in circa 14 milioni di ore annue) (Ns stime su dati Istat, Spesa sociale dei comuni). I due servizi (ADI e SAD) sono gestiti in maniera scarsamente integrata (la spesa sociale per l'ADI integrata rappresenta una quota minima della spesa sociale domiciliare). Le previsioni del DPCM 12/1/2017 circa la necessità di costruzione di risposte integrate, multiprofessionali e circa il riparto degli oneri^{lxxx} sono perlopiù disattese.

2. L'ipotesi organizzativo-assistenziale

Di seguito si presenta in maniera più articolata la proposta di ampliamento dell'offerta domiciliare sostenuta dal sistema pubblico, sintetizzata nella scheda precedente, da ritenere aggiuntiva a quella sinora assicurata dai programmi tradizionali. Le nuove modalità organizzative sono riservate ai nuovi utenti presi in carico, ipotizzando che i vari attori istituzionali continuino a garantire gli sforzi già oggi assicurati per tale target di bisogno, evitando dunque, fenomeni di spiazzamento dell'offerta esistente. L'obiettivo è quello di dedicare risorse aggiuntive per rafforzare i servizi domiciliari qualificati, atteso che l'offerta esistente sia prevalentemente orientata a rispondere alle esigenze prestazionali.

L'ipotesi è quella di offrire risposte differenziate sulla base degli specifici bisogni risultanti dalla valutazione multidimensionale: si ipotizza un ventaglio di pacchetti di risposte integrate, ossia adatte a soddisfare, oltre che le esigenze sanitarie vere e proprie, anche le esigenze di intervento infermieristico e di assistenza tutelare professionale (es. per l'igiene, l'addestramento del caregiver).

Il case manager è responsabile della gestione del pacchetto degli interventi a cui l'assistito è stato abilitato ad accedere. Nella costruzione delle risposte integrate da erogare al domicilio, il case manager si può avvalere di operatori professionali sanitari o sociali specializzati nell'assistenza domiciliare; nella prospettiva di valorizzare tutte le professionalità e le esperienze presenti sul territorio, possono essere coinvolti anche soggetti tradizionalmente preposti ad operare in altri setting: ad esempio, nella logica della "Rsa Aperta" già operativa in alcune regioni, le strutture residenziali presenti sul territorio possono mettere a disposizione propri professionisti a supporto dell'assistenza al domicilio.

A seconda del bisogno, i pacchetti si differenziano per composizione professionale e per frequenza degli interventi (ore al mese). In considerazione del fatto che, sulla base delle previsioni del Dpcm 12/1/2017, per alcune figure professionali si prevede una condivisione degli oneri tra SSN e servizi sociali, il riparto degli oneri dei diversi pacchetti è modulato per tenere conto della maggiore/minore incidenza delle figure prettamente sanitarie: nei pacchetti a più bassa intensità sanitaria (quelli con maggiore rilevanza di figure per l'assistenza

infermieristica e di assistenza tutelare professionale) la percentuale di contribuzione del SSN è inferiore a quella degli altri pacchetti.

E' stato immaginato un pacchetto per rispondere alla fase della postacuzie, orientato a sostenere bisogni più intensivi ma con durata limitata, da attivare, ad esempio per favorire le dimissioni protette nell'ottica di favorire la continuità ospedale-territorio.

Accanto a questo pacchetto, vi sono quelli dedicati alle esigenze di assistenza continuativa degli anziani non autosufficienti a domicilio (*long-term care, Ltc*), pertanto senza previsione di un limite temporale. L'offerta è declinata su tre diversi pacchetti, a seconda dell'intensità sanitaria richiesta (alta/media/bassa).

Il catalogo delle risposte per LTC si completa di un pacchetto dedicato agli specifici bisogni delle demenze: rispetto altre risposte continuative si distingue per prevedere anche supporto alla famiglia, all'adattamento domestico, all'orientamento. La tabella 3 descrive gli elementi qualificanti di ogni pacchetto:

Tabella 3 – Elementi qualificanti delle diverse tipologie di pacchetti di servizi domiciliari ipotizzati

Pacchetti	Figure	Tipo	% rilevanza sanitaria	Ore/ mese	Costo orario	Durata (mesi)
Postacuto/dimissioni protette	Medico, alta presenza FKT, frequenti accessi infermiere,	postacuta	100%	25	33	1
Bassa intensità sanitaria con supporto sociale	Infermieristico-assistenziale-occupazionale	LTC	50%	10	25	12
Media intensità sanitaria con supporto sociale	Infermieristico-assistenziale, accessi abbastanza frequenti	LTC	75%	15	27	12
Alta intensità sanitaria con supporto sociale	Medico-assistenziale-infermieristica accessi frequenti	LTC	80%	20	28	12
Demenze	Rafforzamento della componente di supporto psicologico alla famiglia, di servizi specialistici per l'orientamento/adattamento domestico	LTC	80%	12	30	12

Si precisa che a seconda della diversa composizione professionale dei pacchetto, è stato assunto un diverso costo orario. Il pacchetto “postacuzie”, ad esempio, contemplando anche accessi medici, si presume abbia un costo orario più elevato rispetto agli altri pacchetti. Il costo orario è crescente al crescere del grado di rilevanza sanitaria, nell'ipotesi che le figure più prettamente sanitarie abbiano costi più elevati di quelle tutelari.

3. Stima della nuova utenza target da raggiungere con ogni pacchetto

Si immagina che le nuove modalità organizzative attivabili con il PNRR siano operative dall'inizio del 2022. L'attivazione del pacchetto “postacuzie” consentirà di prendere in carico,

in questa forma, già dal primo anno, il 5% degli anziani annualmente dimessi a seguito di un ricovero ospedaliero. Gli altri pacchetti consentiranno invece di coinvolgere, già dal primo anno, un volume di utenza pari al 40% degli attuali anziani beneficiari di cure domiciliari qualificate (diverse dal livello base).

L'ampliamento della platea dei beneficiari con le nuove modalità organizzative proseguirà nel 2023 con un aumento del 25%; negli esercizi successivi la crescita continuerà ad un ritmo del +10% rispetto all'anno precedente. Secondo le logiche delle "piramidi della cronicità", è stata ipotizzata una numerosità dei bisogni di alta intensità inferiore a quella della casistica della media intensità, a sua volta inferiore al numero degli anziani con bisogni di bassa intensità. La tabella 4 declina lo sviluppo dell'utenza aggiuntiva, interessata dal piano.

Tabella 4 - Numero utenti coinvolti per pacchetto e per anno

	2022	2023	2024	2025	2026
post_acuta	144.824	181.030	199.133	219.047	240.951
bassa_ltc	60.000	75.000	82.500	90.750	99.825
media_ltc	45.000	56.250	61.875	68.063	74.869
alta_ltc	20.000	25.000	27.500	30.250	33.275
demenze	30.000	37.500	41.250	45.375	49.913
	299.824	374.780	412.258	453.484	498.833

4. Stima di volumi di assistenza /monte ore /personale impiegato

Sulla base della composizione dei pacchetti si stimano ora gli effetti in termini di ore di assistenza (tabella 5) e di fabbisogno di persona a tempo pieno (tabella 6).

Tabella 5 - Monte ore di assistenza erogata per pacchetto e per anno

	2022	2023	2024	2025	2026
post_acuta	3.620.608	4.525.759	4.978.335	5.476.169	6.023.786
bassa_ltc	7.200.000	9.000.000	9.900.000	10.890.000	11.979.000
media_ltc	8.100.000	10.125.000	11.137.500	12.251.250	13.476.375
alta_ltc	4.800.000	6.000.000	6.600.000	7.260.000	7.986.000
demenze	4.320.000	5.400.000	5.940.000	6.534.000	7.187.400
	28.040.608	35.050.759	38.555.835	42.411.419	46.652.561

Tabella 6 - Numero di unità di personale (FTE) per pacchetto e per anno

	2022	2023	2024	2025	2026
post_acuta	2.263	2.829	3.111	3.423	3.765
bassa_ltc	4.500	5.625	6.188	6.806	7.487
media_ltc	5.063	6.328	6.961	7.657	8.423
alta_ltc	3.000	3.750	4.125	4.538	4.991
demenze	2.700	3.375	3.713	4.084	4.492
	17.525	21.907	24.097	26.507	29.158

A titolo di confronto, per dare una dimensione della portata occupazionale, rispetto agli attuali volumi di ore erogate complessivamente da ADI/SAD per gli anziani, i soli pacchetti PNRR comporterebbero, a regime, un incremento del 163% dell'attuale occupazione in termini di ore/fabbisogno di unità di lavoro.

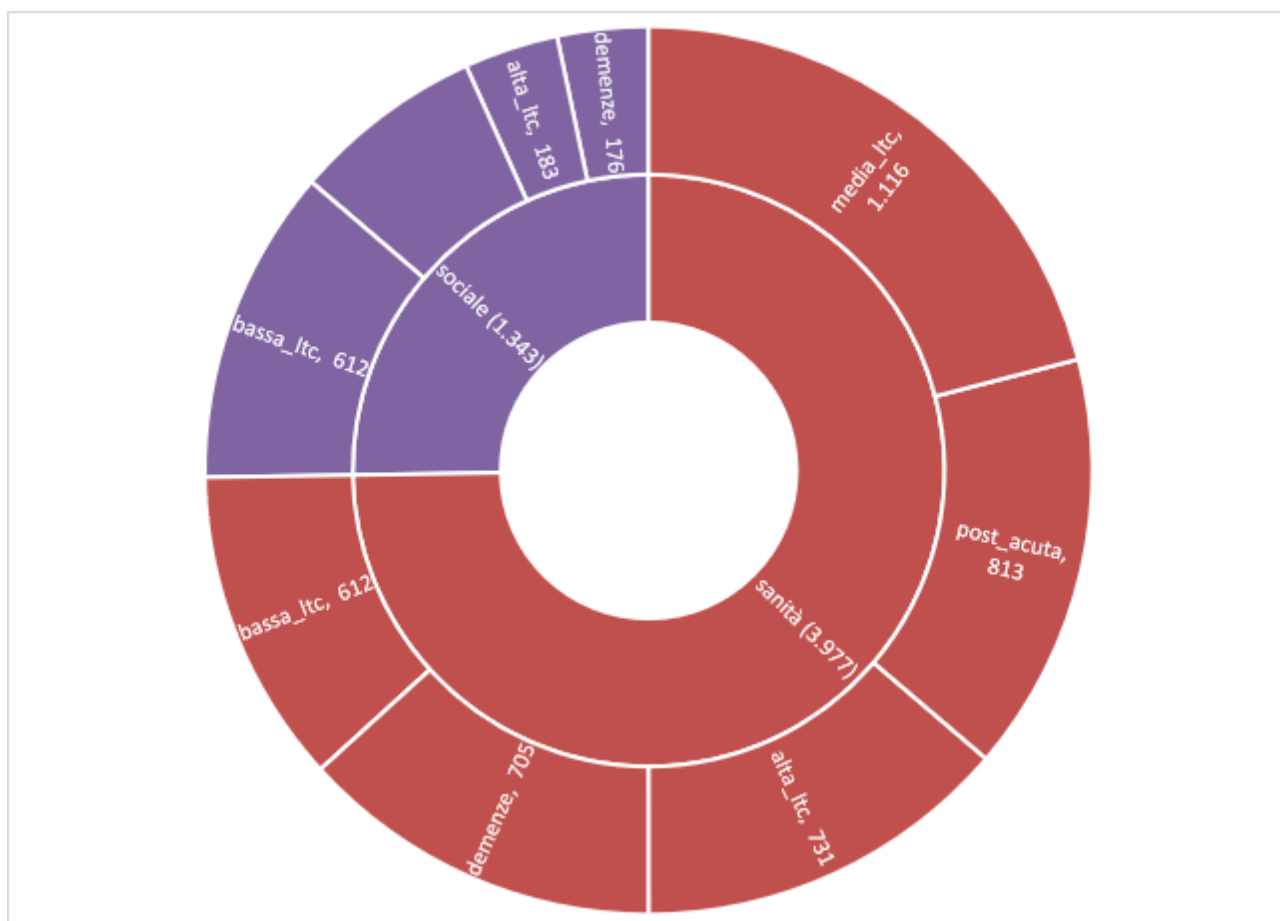
5. Stima dei costi e riparto dei finanziamenti

Sulla base della composizione e dei costi orari di ogni pacchetto, la tabella 7 stima il fabbisogno finanziario complessivo, distribuito sulle varie annualità del PNRR. La figura 1, a sua volta, ipotizza l'allocazione dei fondi in base alle percentuali di concorso della sanità e del sociale ad ogni pacchetto.

Tabella 7 - Fabbisogno finanziario per pacchetto e per anno (eur)

	2022	2023	2024	2025	2026	2022-2026
post_acuta	119.480.048	149.350.059	164.285.065	180.713.572	198.784.929	812.613.673
bassa_ltc	180.000.000	225.000.000	247.500.000	272.250.000	299.475.000	1.224.225.000
media_ltc	218.700.000	273.375.000	300.712.500	330.783.750	363.862.125	1.487.433.375
alta_ltc	134.400.000	168.000.000	184.800.000	203.280.000	223.608.000	914.088.000
demenze	129.600.000	162.000.000	178.200.000	196.020.000	215.622.000	881.442.000
	782.180.048	977.725.059	1.075.497.565	1.183.047.322	1.301.352.054	5.319.802.048

Figura 1 – Distribuzione dei finanziamenti per il sistema (sanità/sociale) e pacchetti, 2022-2026, Milioni di Euro



Si presenta infine la composizione dei costi/finanziamenti, distintamente per il sistema sanitario (tabella 8) e per quello sociale (tabella 9), per ogni pacchetto nell'arco temporale di riferimento.

Tabella 8 - Stima del fabbisogno aggiuntivo per la sanità (Eur)

	2022	2023	2024	2025	2026	2022-2026
post_acuta	119.480.048	149.350.059	164.285.065	180.713.572	198.784.929	812.613.673
bassa_ltc	90.000.000	112.500.000	123.750.000	136.125.000	149.737.500	612.112.500
media_ltc	164.025.000	205.031.250	225.534.375	248.087.813	272.896.594	1.115.575.031
alta_ltc	107.520.000	134.400.000	147.840.000	162.624.000	178.886.400	731.270.400
demenze	103.680.000	129.600.000	142.560.000	156.816.000	172.497.600	705.153.600
	584.705.048	730.881.309	803.969.440	884.366.384	972.803.023	3.976.725.204

Tabella 9 - Stima del fabbisogno aggiuntivo per il sociale (Eur)

	2022	2023	2024	2025	2026	2022-2026
bassa_ltc	90.000.000	112.500.000	123.750.000	136.125.000	149.737.500	612.112.500
media_ltc	54.675.000	68.343.750	75.178.125	82.695.938	90.965.531	371.858.344
alta_ltc	26.880.000	33.600.000	36.960.000	40.656.000	44.721.600	182.817.600
demenze	25.920.000	32.400.000	35.640.000	39.204.000	43.124.400	176.288.400
	197.475.000	246.843.750	271.528.125	298.680.938	328.549.031	1.343.076.844

RIQUALIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Soggetti proponenti

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetti attuatori

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Regioni e Province Autonome

Enti gestori

Natura

Investimento

Costi

1,75 Mld

Obiettivi

La finalità ultima consiste nella modernizzazione e nella riqualificazione delle strutture residenziali. Tale necessità, nota da tempo, è stata confermata dalle vicende della pandemia. L'evidenza scientifica, nondimeno, dimostra che una simile operazione migliorerebbe la qualità di vita degli anziani residenti e l'efficacia dell'intervento assistenziale^{lxxxix}. Questo scopo complessivo è articolato nei seguenti cinque obiettivi specifici – ognuno dei quali riguardante una questione di fondo della dotazione infrastrutturale delle residenze – che costituiscono il riferimento per la successiva articolazione in azioni.

Assicurare spazi di vita adeguati. Superare la promiscuità che caratterizza attualmente la struttura edilizia delle residenze per anziani in Italia. Assicurare a ogni anziano uno spazio di vita personale tale da garantire dignità e privacy.

Favorire le relazioni con i familiari. Considerare i familiari parte integrante ed essenziale della quotidianità degli anziani residenti, favorendo di conseguenza le loro relazioni con i congiunti e con il personale. A tal fine occorre: a) migliorare le condizioni per la loro presenza nella struttura; b) potenziare gli strumenti per garantire un'efficace comunicazione anche nei momenti in cui si trovano all'esterno.

Conciliare sicurezza e libertà di movimento. Costruire uno spazio di vita sicuro per i residenti affetti da problemi psichici (che rappresentano la maggioranza e la cui condizione può portare a comportamenti pericolosi per sé e per gli altri), aumentando in tal modo la loro libertà di movimento ed evitando di dover ricorrere alla contenzione fisica.

Adeguare le dimensioni delle residenze. Superare l'impatto negativo causato – nella qualità della vita dei residenti e nell'efficacia dell'attività assistenziale – dall'inadeguatezza

dimensionale di parte delle strutture. Intervenire sia su quelle di dimensione eccessiva che su quelle troppo piccole.

Accrescere le relazioni con il territorio. Favorire il potenziamento delle relazioni tra la struttura e il territorio di riferimento, sia nei confronti della comunità locale, sia rispetto ai servizi presenti. Promuovere per la struttura residenziale un ruolo di nodo della rete socio-sanitaria e non di meta terminale, favorendo l'utilizzo dei suoi servizi e la sua frequentazione da parte di persone diverse dai residenti.

Azioni

Obiettivo “assicurare spazi di vita adeguati”. Stabilire per le nuove costruzioni standard strutturali che prevedano almeno l'80% di stanze singole con bagno, di dimensione e con arredi tali da consentire la possibilità di permanenza notturna di un familiare. Per le strutture esistenti, incentivare opere di riqualificazione atte a garantire l'ammodernamento e l'efficientamento dell'impiantistica di base (es: climatizzazione e UTA). Sia per le nuove costruzioni, sia per quelle esistenti, promuovere soluzioni finalizzate a ridurre gli spostamenti quotidiani dei residenti, anche al fine di incrementare le opportunità di partecipazione ad attività riabilitative ed educative di piccolo gruppo (es: palestre di nucleo/reparto).

Obiettivo “favorire le relazioni con i familiari”. Inserire negli standard strutturali per le nuove costruzioni la presenza obbligatoria di una stanza arredata per i familiari e di appositi spazi, all'interno dei singoli nuclei/reparti, per ricevere le visite dei parenti in adeguate condizioni di privacy. Prevedere l'adozione di adeguati strumenti di comunicazione e videocomunicazione, gestibili all'interno degli spazi privati (la stanza personale dell'ospite), sia di tipo fisso che mobile. Per le strutture esistenti, incentivare la realizzazione di spazi autogestiti dai familiari e l'implementazione di sistemi di videochiamata utilizzabili nello spazio privato della stanza.

Obiettivo “conciliare sicurezza e libertà di movimento”. Prevedere negli standard strutturali per le nuove costruzioni sistemi di videosorveglianza esterni. I sistemi di videosorveglianza interna dovranno essere diversificati in funzione dei luoghi oggetto di monitoraggio e delle regole dettate dalla normativa in materia di privacy. Per le strutture esistenti, realizzare il sistema di sorveglianza esterna entro un anno e prevedere un piano di adeguamento di quello interno, coerente con le specifiche esigenze della singola residenza.

Obiettivo “adeguare le dimensioni delle residenze”. La dimensione delle nuove costruzioni non dovrà superare i 120 posti letto. Unità di offerta di diversa tipologia possono essere aggregabili fisicamente a patto che mantengano la loro autonomia strutturale e funzionale. Per le strutture di grandi dimensioni già esistenti, i titolari devono produrre progetti di articolazione e suddivisione delle stesse, non solo di tipo operativo gestionale ma anche

architettonico, mirati a una chiara autonomia della collocazione spaziale dei settori di articolazione, perseguibile anche mediante nuove costruzioni. Per le realtà più piccole si incentivano processi di fusione e altre soluzioni aggregative, da realizzarsi anche mediante ampliamenti o edificazioni ex novo.

Obiettivo “accrescere le relazioni con il territorio”. Per le nuove unità, il piano di costruzione deve prevedere l’indicazione degli spazi e dei servizi che possono essere messi a disposizione del territorio, indicandone il possibile uso e le finalità, con il conseguente adeguamento strutturale e di dotazione di arredi e tecnologia. Per le residenze esistenti, produzione di un piano del possibile utilizzo da parte dei soggetti del territorio degli spazi e dei servizi in essere, con indicazione di eventuali investimenti necessari per il loro adeguamento a tal fine.

Cronoprogramma

Entro dicembre 2021: Primo riparto (di quattro) alle regioni che, previo bando, attribuiscono le risorse entro giugno 2022. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2022.

Entro dicembre 2022: Secondo riparto (di quattro) alle regioni che, previo bando, attribuiscono le risorse entro giugno 2023. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2023.

Entro dicembre 2023: Terzo riparto (di quattro) alle regioni che, previo bando, attribuiscono le risorse entro giugno 2024. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2024.

Entro dicembre 2024: quarto riparto (di quattro) alle regioni che, previo bando, attribuiscono le risorse entro giugno 2025. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2025.

Costi

Finanziamento di 1,75 miliardi di euro da assegnare, a seguito di bandi regionali in quattro tranches annuali, a progetti che presentano requisiti di rapida cantierabilità. I progetti devono attuare gli obiettivi indicati nella presente scheda.

Il fabbisogno finanziario complessivo è stato calcolato ipotizzando che almeno il 30% dei posti letto a valenza socio-sanitaria in Italia necessiti di interventi di riqualificazione (si veda l’approfondimento). Non esistono fonti informative certe sulle quali fondare tale stima. Sulla base delle conoscenze disponibili, è ragionevole supporre si tratti di una stima per difetto, elaborata per tenere conto della compatibilità finanziaria complessiva della proposta. Per le progettualità che richiedono edificazioni ex-novo è stato identificato un contributo pubblico medio a posto letto di 70.000 Euro, mentre per gli interventi di riqualificazione minore ne è stato identificato uno di 12.500 Euro.

Si prevedono forme di co-finanziamento da parte dei proponenti. Tenuto conto dell’estrema eterogeneità delle strutture esistenti (si veda l’approfondimento), andranno introdotti dei criteri di co-finanziamento tali da non favorire alcuna tipologia di gestori, né da pregiudicare l’accesso ai finanziamenti da parte di qualunque altra.

APPROFONDIMENTO: “RIQUALIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI”

1. Premessa

Comprendere compiutamente la valenza quantitativa e qualitativa del settore delle strutture residenziali per anziani in Italia è senza dubbio un compito arduo. La frammentarietà informativa che caratterizza questo settore di attività è in gran parte legata al fatto che si tratta di materia disciplinata prevalentemente a livello regionale, con differenze marcate e profonde da Regione a Regione. Inoltre, all'interno di ogni singola Regione, si osservano addirittura ulteriori eterogeneità e particolarismi giocati a livello locale. La stessa denominazione formale di queste unità di offerta non è univoca all'interno dei vari Servizi Sanitari Regionali, così che a dizioni diverse può corrispondere la stessa tipologia di servizio e viceversa.

Le disomogeneità regionali non interessano ovviamente solo la tassonomia utilizzata per distinguere le unità di offerta residenziali ma anche una moltitudine di aspetti sostanziali, che possono incidere in maniera estremamente significativa tanto sul versante dell'offerta (enti gestori), quanto su quello della domanda (ospiti e familiari). Ad esempio, profonde ed evidenti diversità si ravvisano in materia di standard gestionali, al cui interno ricade il fondamentale tema dei requisiti quantitativi e qualitativi che regolano la presenza di personale sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. Ulteriori difformità riguardano i modelli di valutazione e classificazione del livello di fragilità degli utenti, con conseguenti differenze sia sui livelli di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, sia sulla remunerazione della quota sanitaria posta a carico dei rispettivi Servizi Sanitari Regioni per i posti letto contrattualizzati/convenzionati.

Parallelamente, ad operare in questo settore sono una moltitudine di soggetti pubblici e privati organizzati nelle forme giuridiche più varie e diversificate; si va, infatti, dalle IPAB, ancora presenti in diverse Regioni, a realtà profit di matrice multinazionale. Questa ulteriore peculiarità incide in modo pesante sulle difficoltà di reperimento delle informazioni, spesso non ufficiali, nonché incomplete o contraddittorie.

In estrema sintesi, siamo di fronte ad un settore estremamente eterogeneo e frammentato, a volte addirittura difficile da penetrare, soprattutto se si necessita di esaminarlo con riferimento all'intero territorio italiano.

2. La stima dei posti letto

Fatte queste debite premesse, le fonti informative ufficiali che permettono di restituire una fotografia nazionale sufficientemente attendibile sui numeri del fenomeno sono, rispettivamente, il Ministero della Salute e l'ISTAT. In relazione al Ministero della Salute, i dati di interesse sono ricavabili dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, l'ultimo dei quali è stato pubblicato nel 2020 ed è relativo all'anno 2018. Per quanto riguarda, invece, l'ISTAT, si fa riferimento all'Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, i cui dati più recenti si riferiscono al 2017. Anche tenuto conto del disallineamento temporale e dei differenti criteri di inclusione adottati^{lxxxii}, che rendono più

complesso il confronto, è comunque sintomatico che le suddette fonti informative restituiscano risultati significativamente differenti. Secondo il Ministero della Salute, il sistema di offerta complessivamente riconducibile alle strutture residenziali pubbliche e private accreditate è pari, su base nazionale, ad una dotazione di 201.830 posti letto, che hanno garantito cura e assistenza a 289.449 utenti. Quanto all'ISTAT, nell'ambito dei 304.832 posti letto complessivamente riconducibili ai presidi residenziali rivolti agli anziani, l'83,76%, pari a 255.329 posti letto, afferisce a posti letto la cui funzione di protezione sociale assume una valenza socio-sanitaria (tabella 1). Specularmente, a fronte dei 287.179 utenti anziani che hanno beneficiato di servizi riconducibili a tutti i presidi mappati, l'84,64% (243.079 anziani) ha ricevuto prestazioni di tipo socio-sanitario.

Tabella 1 – Numero e distribuzione % dei posti letto totali dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari rivolti agli anziani per funzione di protezione sociale – Anno 2017

Funzione di protezione sociale	N	%
Socio-sanitaria	255.329	83,76
Prevalente accoglienza abitativa	37.642	12,35
Prevalente funzione tutelare	11.150	3,66
Socio-educativa	180	0,06
Accoglienza di emergenza	370	0,12
Educativa psicologica	0	0,00
Non indicato	163	0,05
Totale	304.834	100

Fonte: ISTAT, con elaborazioni Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Tabella 2 – Numero e distribuzione % del totale degli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per funzione di protezione sociale – Anno 2017

Funzione di protezione sociale	N	%
Socio-sanitaria	243.079	84,64
Prevalente accoglienza abitativa	32.915	11,46
Prevalente funzione tutelare	10.199	3,55
Accoglienza di emergenza	579	0,20
Socio-educativa	214	0,07
Non indicato	164	0,06
Educativa psicologica	29	0,01
Totale	287.179	100

Fonte: ISTAT, con elaborazioni Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Per la quantificazione dei costi relativi all'intervento di "Riqualificazione delle Strutture Residenziali", si è fatto riferimento ai suddetti dati ISTAT, circoscrivendo l'analisi ai soli posti letto con valenza socio-sanitaria. Sebbene, infatti, siano meno recenti rispetto ai dati di fonte ministeriali, si è ritenuto che restituiscano una fotografia più verosimile del fenomeno di interesse, dato che sono censiti tutti i presidi residenziali socio-sanitari a prescindere dall'eventuale accreditamento e contrattualizzazione/convenzionamento con i rispettivi SSR.

3. Il profilo dell'utenza

Incrociando il numero dei posti letto con quello degli anziani assistiti per i rispettivi livelli di assistenza sanitaria, è interessante osservare che sono proprio i posti letto caratterizzati da un'assistenza sanitaria di intensità medio-alta a contraddistinguersi per i più alti tassi di saturazione, qui intesi come il rapporto tra il numero di anziani assistiti e il numero di posti letto (tabella 3).

Tabella 3 – Numero totale dei posti letto per anziani Vs. totale degli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per livello di assistenza sanitaria – Anno 2017

	Assente	Basso	Medio	Alto	Totale
Anziani assistiti	13.494	41.508	146.725	85.451	287.178
Posti letto	15.472	45.901	154.165	89.294	304.832
Tasso di saturazione	87,22%	90,43%	95,17%	95,70%	94,21%

Fonte: ISTAT, con elaborazioni Osservatorio Settoriale sulle RSA, , LIUC Business School

Tale evidenza tende a confermare che al peggiorare delle complessive condizioni psico-fisiche degli anziani, le risposte di tipo residenziale rientrano tra quelle maggiormente ricercate. Infatti, vi è una forte convergenza, tanto in letteratura^{lxxxiii} quanto tra i *practitioners*, su quello che è il target prevalente delle strutture residenziali, ovvero grandi anziani non autosufficienti (over 85), contraddistinti da totale dipendenza, elevata comorbidità e frequente compromissione della cognitività, con indicatori prognostici compatibili con una ridotta speranza di vita. Una sostanziale conferma in questo senso è rinvenibile anche nei dati ISTAT. Infatti, considerando la totalità degli anziani assistiti in tutte le differenti tipologie di presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, si osserva l'assoluta prevalenza di over 85 (54%), segmento anagrafico in cui, com'era lecito attendersi, si manifesta la più alta incidenza di non autosufficienti (tabella 4).

Tabella 4 – Numero e distribuzione % del totale degli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per tipologia di disagio e per classi di età – Anno 2017

Classi di età	N Autosufficienti	N Non autosuff.	N Totale	% Autosufficienti	% Non autosuff.
65-74 anni	9.403	23.686	33.089	28,42	71,58
75-79 anni	9.307	27.588	36.895	25,23	74,77
80-84 anni	14.709	47.294	62.003	23,72	76,28
85 anni e più	27.661	127.531	155.192	17,82	82,18
Totale	61.080	226.099	287.179	21,27	78,73

Fonte: ISTAT, con elaborazioni Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Queste evidenze vanno tenute in debita considerazione nel ripensare l'attuale sistema territoriale di offerta residenziale, soprattutto al fine di evitare di snaturare precocemente e, forse, anche immotivatamente, il ruolo delle strutture residenziali all'interno della filiera dei servizi per la non autosufficienza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ⁱ Seppure per fini statistici l'età anziana inizi ancora a 65 anni, il progressivo miglioramento delle condizioni della popolazione ha recentemente portato la Società Italia di Gerontologia e Geriatria a innalzare tale soglia a 75 anni.
- ⁱⁱ Istat, 2019, *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*, Roma, Istat (disponibile qui: <https://www.istat.it/it/archivio/236301>).
- ⁱⁱⁱ Ad es., European Commission, 2020, *The 2021 Ageing Report*, Brussels, European Commission (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip142_en.pdf).
- ^{iv} Su stato ed evoluzione delle complessive politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia si vedano i rapporti del Network Non Autosufficienza (da ultimo NNA, a cura di, 2020, *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*, Rimini, Maggioli, disponibile qui: <https://www.luoghicura.it/le-pubblicazioni-di-nna/>), i rapporti del Cergas Bocconi (da ultimo 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, disponibile qui: [OLTC+navigabile_ok.pdf \(unibocconi.eu\)](https://www.oltc.it/oltc+navigabile_ok.pdf)) e i rapporti dello European Social Policy Network dedicati al nostro Paese (da ultimo Jessoula, M., Pavolini, E., Raitano, M. e Natili, M., 2018, *ESPN thematic report on challenges in long-term care – Italy*, Espn, Brussels, disponibile qui: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1135>).
- ^v Ferrera, M., Fargion, V., Jessoula, M., 2012, *Alle origini del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Venezia, Marsilio.
- ^{vi} Motta, M., 2020, *Servizi territoriali: insegnamenti dall'emergenza sanitaria?*, in www.welforum.it, 22 ottobre.
- ^{vii} Ad es. Oecd/European Commission, 2013, *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, Oecd policy studies; Elsayw 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.
- ^{viii} 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).
- ^{ix} Gori, C., Trabucchi, M. 2020, *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NNA (a cura di), 2020, "Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto", Rimini, Maggioli, pp. 11-32.
- ^x <https://demenze.iss.it/epidemiologia/>
- ^{xix} Guaita, A., Trabucchi, M. (a cura di), 2016, *Le demenze. La cura e le cure*, Rimini, Maggioli.
- ^{xii} In proposito si veda la parte sulle politiche regionali curata da L. Pelliccia nell'ultimo Rapporto di NNA.
- ^{xiii} Si vedano, in particolare, i lavori citati nella nota IV e in quelle immediatamente successive.
- ^{xiv} Gori, C., 2017, *L'età dell'incertezza nelle politiche per gli anziani non autosufficienti*, in "La rivista delle politiche sociali", 1, pp. 163-182.
- ^{xv} Ministero della Salute, 2020, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2018*, Roma (disponibile qui: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf) ;Istat, 2021, *La spesa dei comuni per i servizi sociali – anno 2018*, Roma (disponibile qui: https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni.pdf).
- ^{xvi} 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)).
- ^{xvii} 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 – 16 Rapporto C.R.E.A. Sanità", Roma, C.R.E.A. Sanità pp. 243-262 (disponibile qui: https://creasanita.img.musvc1.net/static/96635/documenti/1/Volume_16_Rapporto_Sanit%C3%A0.pdf).
- ^{xviii} Sulla domiciliarità, oltre alle fonti già citate, si vedano le pubblicazioni de "La Bottega del Possibile" (disponibili qui: <https://www.bottegadelpossibile.it/pubblicazioni/>) e quelle sull'Adi di "Italia Longeva" (disponibili qui: <https://www.italialongeva.it/aree-tematiche/assistenza-domiciliare-integrata-adi/>).

^{xix} Sulla residenzialità, oltre alle fonti già citate, si vedano le pubblicazioni dell’“Osservatorio settoriale sulle Rsa” presso l’Università Liuc di Castellanza (<http://www.liucbs.it/ricerca-applicata-e-advisory/centri-di-competenza/centro-sulleconomia-e-il-management-nella-sanita-e-nel-sociale/osservatori-e-club/>).

^{xx} Sulle specifiche vicende delle strutture residenziali in tempo di pandemia si veda il lavoro del “Laboratorio di politiche sociali” presso il Politecnico di Milano (<http://www.lps.polimi.it/>). In termini generali si vedano, tra gli altri, i contributi precedentemente citati nelle note IV, VIII e IX.

^{xxi} Istat-Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Impatto dell’epidemia Covid-19 sulla mortalità totalità della popolazione residente – Periodo Gennaio Novembre 2020*, Roma, Istat, 30 dicembre.

^{xxii} Governo Italiano, 2021, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 12 gennaio, pag. 7.

^{xxiii} Gori, C. (a cura di), 2006, *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino.

^{xxiv} Caiolfa, M., 2020, *Aspettando il cambiamento*, in “I Luoghi della cura online”, 13 luglio; Gori, C., Pesaresi, F. 2019, *La riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti. 20 anni di proposte*, in “I luoghi della cura online”, 23 gennaio.

^{xxv} Da Roit, B., 2020, *Traiettorie delle politiche di long-term care in Europa: protezione, familizzazione e lavoro di cura*, in “Salute e Società”, 3, pp. 32-48; Ranci, C., Pavolini, E. (a cura di), 2013, *Long-term care reforms in Europe*, New York, Springer.

^{xxvi} Governo Italiano, 2021, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 12 gennaio, pag. 7.

^{xxvii} Governo Italiano, 2020, *Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 15 settembre 2020, pag. 3.

^{xxviii} Ci si riferisce al testo approvato dal Consiglio dei Ministri dello scorso 12 gennaio.

^{xxix} Ad esempio, European Commission, 2020, *Commission staff working document – Guidance to member states Recovery and Resilience Plans*, Brussels, 17 settembre.

^{xxx} La Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità è stata adottata nel 2006 dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dal Parlamento italiano nel 2009.

^{xxxi} L’attivazione di un simile percorso riformatore potrebbe beneficiare notevolmente dai lavori prodotti, nel tempo, dall’Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle Persone con Disabilità. Si veda, tra gli altri, il Secondo programma di azione biennale, pubblicato nel 2016 (disponibile qui: <https://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/II-Programma-di-azione-biennale-disabilita.pdf>).

^{xxxii} Amato, E., Barbieri, P., Gaudioso, A., Giovannini, E., Gori, C., Starace, F., 2021, *Il Recovery plan ricomponga la frattura tra sanità e sociale*, in “IlSole-24Ore”, 9 febbraio, pag. 32.

^{xxxiii} Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile (Asvis), 2020, *L’Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile – Rapporto 2020*, Roma, Asvis (disponibile qui: https://asvis.it/public/asvis2/files/Rapporto_ASviS/Rapporto_ASviS_2020/Report_ASviS_2020_FINAL8ott.pdf).

^{xxxiv} Ansa, 18 gennaio 2021.

^{xxxv} Pasquinelli, S. et al., 2020, *Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia – 10 proposte*, (https://lombardia.forumterzosettore.it/wp-content/uploads/2020/11/nuova-assistenza-a-domicilio-10-proposte-TESTO_def.pdf)

^{xxxvi} 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.

^{xxxvii} Liotta, G., Mancinelli, S., Scarcella, P., Pompei, D., Mastromattei, A., Cutini, R., et al., 2012, *Salute e disabilità nell’anziano, tra vecchi paradigmi ed un nuovo sorprendente futuro*, in “Igiene e sanità pubblica”, 5, pp. 657-676.

^{xxxviii} Guaita, A., 2020, *I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti*, in n NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 53-62.

^{xxxix} Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 15 settembre 2020.

^{xl} Ad esempio, Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2021, *Audizione informale nell’ambito della proposta di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Commissioni riunite V della Camera dei Deputati, V e XIV del Senato della Repubblica, 8 febbraio (disponibile qui: <https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2021/02/Audizione-UPB-su-PNRR.pdf>).

^{xli} Tale visione dovrebbe comprendere anche i fondi europei diversi da quelli del PNRR, qui non considerati per semplicità.

- ^{xlii} Cinelli, G., Longo, F., 2021, *Un servizio nazionale per i non autosufficienti*, Milano, Cergas Bocconi.
- ^{xliii} In merito si vedano i riferimenti bibliografici nel par 3.1.
- ^{xliv} Gori, C. (a cura di), 2010, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Irs, Milano, progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf).
- ^{xliv} Per una trattazione analitica vedasi: Brizioli E, Trabucchi M (a cura di). *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale*, Maggioli Editore, 2014.
- ^{xlv} Legramante, J. M. et al. (2016), *Frequent use of emergency departments by the elderly population when continuing care is not well established*, PLoS ONE. doi: 10.1371/journal.pone.0165939.
- ^{xlvii} Hughes, J. M. et al. (2019) *Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review*, in "Journal of the American Geriatrics Society". doi: 10.1111/jgs.15854.
- ^{xlviii} Di Bari M, Balzi D, M. N. (2010), *L'anziano al Pronto Soccorso: problemi e possibili soluzioni*, in "I luoghi della cura", 8(2), pp. 6–12.
- ^{xliv} http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=34
- ⁱ Bernabei R, Carbonin P, 2014, *L'ospedale ad intensità di cura: è questa la soluzione per l'anziano fragile?* E Grilli A, Morichgi V, Corsonello A, Cherubini A. *L'ospedale iatrogeno*. In Brizioli E, Trabucchi M (a cura di), "Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale", Maggioli Editore, 2014. Pagg 139 - 167
- ^{li} Renom-Guiteras, A. et al. (2014), *Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities: A systematic review*, BMC Geriatrics. doi: 10.1186/1471-2318-14-80.
- ^{lii} Istat, 2020, *I presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari*, Roma, Istat.
- ^{liii} Governo Italiano, 2020, *Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 15 settembre 2020.
- ^{liv} Bettio, F., Simonazzi, A., 2011, *Curiamo la disoccupazione con i lavori di cura*, in www.ingenere.it, 24 febbraio.
- ^{lv} Ad esempio, Commissione Europea, 2012, *Staff Working Document on Exploiting the Employment Potential of Personal and Household Services*, Strasburgo.
- ^{lvi} Ad es., Ciarini A., et al., 2013, *Il Welfare è un costo? Il contributo delle politiche sociali alla creazione di nuova occupazione in Italia e in Europa*, Rete "Cresce il Welfare, Cresce l'Italia", Roma (disponibile qui: http://www.irisonline.it/web/images/News15lug13/welfare_come_risorsa.pdf).
- ^{lvii} Reyneri, E., 2020, *Troppi pochi lavoratori nel welfare in Italiano*, in "lavoce.info", 21 settembre.
- ^{lviii} Oecd, 2020, *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, Parigi, Oecd (disponibile qui: <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>)
- ^{lix} Si veda la nota precedente.
- ^{lx} Zigante, V., 2018, *Informal care in Europe. Exploring formalisation, availability and quality*, Brussels, European Commission (disponibile qui: http://cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs2/Informal_care.pdf).
- ^{lxi} Pesaresi, F., 2021, *Manuale del caregiver familiare*, Rimini, Maggioli.
- ^{lxii} Forum Disuguaglianze Diversità, 2021, *Perché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza divenga strategia-paese*, 12 gennaio (https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2021/01/Valutazioni_ForumDD_PNRR.x74988.pdf)
- ^{lxiii} Twigg, J., 1989, *Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers?* In "Journal of Social Policy", 1, pp. 53-66.
- ^{lxiv} Governo Italiano, 2020, *Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 15 settembre 2020, pag. 5.
- ^{lxv} Castegnaro, C., Pasquinelli, S., 2021, *Disabilità e non autosufficienza: dopo la pandemia serve altro*, in www.welforum.it, 14 gennaio.
- ^{lxvi} Da Col, P., Trimarchi, A., Pletti, L., 2020, *Domiciliarità: richiedere più fondi non basta. Serve un distretto forte per nuove idee, programmi innovativi, risposte coerenti con i bisogni*, in "I Luoghi della cura online", 20 maggio.
- ^{lxvii} Forum Disuguaglianze Diversità, 2021, *Perché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza divenga strategia-paese*, 12 gennaio; Maino, F., Razzetti, F., 2019, *Un rinnovato protagonismo per stakeholder e corpi intermedi?* In Maino, F., Ferrera, M. (a cura di) "Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto rapporto sul secondo

welfare 2019”, pp. 23-48, Torino, Giapichelli (Disponibile qui: <https://www.secondowelfare.it/rapporti/quarto-rapporto-2w/4r2w.html>).

^{lxviii} <https://pne.agenas.it/>

^{lxix} <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

^{lxx} 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 (https://www.researchgate.net/publication/327573767_Challenges_in_long-term_care_in_Europe_A_study_of_national_policies).

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

^{lxxii} 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.

^{lxxiii} Presidenza del consiglio dei ministri - Conferenza unificata, Provvedimento 30 ottobre 2014, “*Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze».*”

^{lxxiv} Inps, 2016, *Le politiche di sostegno alla popolazione non autosufficiente in Italia: dinamiche e persistenze*, in “XV Rapporto annuale”, Roma, Inps, pp. 71-100 (disponibile qui: https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Allegati/2103INPS_rapporto_annuale_7_luglio_2016.pdf).

^{lxxv} Bucci D. Giacobini C., “Persone con disabilità in Italia, fra dati ufficiali e luoghi comuni”, Roma, FISH, settembre 2015 (disponibile qui: http://www.condicio.it/allegati/226/persone_con_disabilita_italia.pdf)

^{lxxvi} Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, «*Piano Nazionale della Cronicità*», Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.

^{lxxvii} Ministero della Salute, 2020, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2018*, Roma (disponibile qui: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2980_allegato.pdf) ;Istat, 2021, *La spesa dei comuni per i servizi sociali – anno 2018*, Roma (disponibile qui: https://www.istat.it/it/files/2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni.pdf).

^{lxxviii} Pelliccia L., Una fotografia del finanziamento dell’ADI tra passato e futuro, I Luoghi Della Cura, n.5/2020: <https://www.luoghicura.it/sistema/finanziamento-e-spesa/2020/12/una-fotografia-del-finanziamento-delladi-tra-passato-e-futuro/>

^{lxxix} Inclusa la quota di utenti assistita a domicilio con interventi sociali integrati con l’ADI, pari a circa 58.000 unità.

^{lxxx} Ai sensi dell’art. 3 -*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di assistenza infermieristica e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di intervento infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

^{lxxxi} Guaita, A., 2020, *I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti*, in n NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 53-62

^{lxxxii} Nel caso del Ministero della Salute le strutture residenziali includono: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case Protette e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale, ivi inclusi gli Hospice. Per quanto attiene all’ISTAT, sono prese in considerazione tutte le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario.

^{lxxxiii} Si vedano le fonti citate nella nota iv.