# 2.6. Non autosufficienza, disabilità e PNRR: 6 modi per non cambiare nulla

Sergio Pasquinelli, | 16 giugno 2021

*Questo articolo è stato pubblicato anche su* LombardiaSociale.it.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) apre una stagione delle riforme sulla non autosufficienza e per le persone con disabilità. Ma apre anche a nuove tipologie di servizio – la Case della comunità per esempio. Quanto tutto quello che viene previsto produrrà davvero cambiamento rispetto al welfare di oggi?

Il Piano offre possibilità inedite, consistenti, rilevanti: saremo in grado di coglierle, rilanciarle, valorizzarle? In controluce, vedo sei rischi di non riuscire a farlo, di non cogliere queste opportunità. Vediamoli[note]Ringrazio Emanuele Ranci, Claudio Castegnaro e Maurizio Motta per utili commenti a una versione precedente. La responsabilità di quanto scritto rimane comunque solo mia.[/note].

## Rischio numero 1. Perdere l'occasione di riforme di sistema

Questa è la madre di tutti i rischi. Sulla non autosufficienza si prevede **un provvedimento legislativo**, a seguito di **apposita delega parlamentare**, per un sistema organico di interventi a favore degli anziani non autosufficienti. Il provvedimento sarà adottato entro la scadenza naturale della legislatura (primavera 2023) ed è finalizzato a costruire "un sistema organico di interventi" e alla formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti[note]I principi fondamentali della riforma "sono quelli della semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario, dell'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale, di un *assessment* multidimensionale, della definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione". Anche sulla disabilità in età giovane e adulta si prevede una "**legge quadro della disabilità**" che intende "semplificare l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità, potenziare gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato[/note].

Le attese e le pressioni di molti e la campagna fatta da una coalizione di attori guidata dal Network per la Non Autosufficienza hanno trovato un esito positivo, ma soprattutto l'hanno trovato più di vent'anni di aspettative non soddisfatte. Qui Cristiano Gori propone i prossimi passi che ci attendono per iniziare a mettere a terra un disegno di riforma ampio, coerente, di respiro. Nel frattempo, un Gruppo di lavoro di esperti è stato appena costituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali proprio per elaborare nuove politiche per la non autosufficienza.

Sulla non autosufficienza in particolare si corrono due rischi opposti. Il primo è quello di **costruire un provvedimento monumentale**, che implica decine di decreti attuativi, che impiegheranno anni per essere realizzati e messi a regime. È la dinamica in cui è caduta la riforma del Terzo settore, non ancora giunta al termine e iniziata nel 2014, parliamo di sette anni fa, con la consultazione pubblica realizzata dal Governo nella primavera di quell'anno. Il rischio opposto è quello di **piegarsi ai regionalismi**, di rinunciare a sintesi alte con accordi al ribasso, di non mettere a tema, e per primi, nuovi livelli essenziali di assistenza. Insomma il rischio è che tutto si risolva in una serie di raccomandazioni e linee guida che lasceranno ampi margini alle Regioni per continuare a fare quello che già facevano.

## Rischio numero 2. Lasciare l’Adi così com’è

Il Piano investe 4 miliardi a favore dei **servizi domiciliari**, di cui 2,72 miliardi legati ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT (speciali centrali operative per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza) e 1 miliardo per la telemedicina.

Sui servizi domiciliari c’è il rischio che **l’intervento si traduca in un semplice potenziamento dell’Adi delle Asl**. È vero, il Piano afferma che “solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati”.

I servizi domiciliari di oggi, sia quelli delle Asl sia quelli dei Comuni, soffrono di gravi limiti di estensione, intensità, confini ristretti entro cui operano, carattere fortemente prestazionale. Soprattutto, non si occupano (o lo fanno del tutto marginalmente) dell’aiuto negli atti quotidiani della vita, per cui le famiglie sono lasciate a se stesse. La sensazione è che se qui non facciamo integrazione (tra Comuni e Asl) oggi non la si farà più. E per farla dobbiamo guardare alla governance di questi servizi, prima ancora delle loro funzioni e attività. Solo una governance condivisa tra Comuni e Asl nei processi decisionali, nella gestione del personale e dell’utenza, una copertura dei costi analoga a quella delle residenze (dove il Servizio sanitario nazionale ne copre la metà) potrà consentire di arrivare a una rete di servizi domiciliari più ampia, diversificata, estesa, versatile, e meno prestazionale.

## Rischio numero 3. Le Case della comunità diventano poliambulatori

Due miliardi sono dedicati alla realizzazione di ben 1.288 “**Case della Comunità**”, luoghi deputati ad adempiere diverse funzioni: “coordinare” i servizi offerti, in particolare ai malati cronici, punti unici di accesso alla rete dei servizi, unità di valutazione multidisciplinare, con predominante presenza sanitaria ma dove si prevede la presenza anche di assistenti sociali per garantirne una dimensione sociosanitaria integrata.

In realtà già alcune Regioni possiedono strutture analoghe (come le Case della salute in Emilia Romagna). Si tratterà di legarle a livelli essenziali uniformi (cosa che può fare lo Stato), per poi orientarle verso funzioni condivise, che ogni regione inevitabilmente declinerà a suo modo.

Il rischio di un predominio della sanità nelle “Case della Comunità” è reale, se concepite alla stregua di poliambulatori distrettuali, con un assistente sociale “di complemento” e sostanzialmente ancillare rispetto alla predominanza di prestazioni sanitarie di vario tipo.

**Le Case della Comunità devono essere “della comunità**”, guardare l’insieme dei bisogni sanitari, sociali e di salute di un territorio. Per questo devono essere strutture pubbliche, garantendo imparzialità e diventando Punti unici di accesso reali, dove le persone trovano tutte le risposte che cercano, Punti in grado di ridurre le liste di attesa (punto cruciale mai citato dal Piano), luoghi della Comunità in quanto tale, dove personale sanitario, sociale, del terzo settore collaborano in una sintonia di intenti e funzioni, nel rispetto delle diverse competenze. Dove con le persone fragili viene elaborato un Piano assistenziale individualizzato (PAI) o un “Budget di salute” coerente con le risorse che il territorio offre. Quante volte sono stati elaborati piani consistenti in una sorte di libro dei sogni, avulsi dalle risorse effettivamente disponibili? La Casa della Comunità offre la possibilità di allineare bisogni e risposte, con la collaborazione essenziale dei medici di base, troppo poco nominati nel PNRR.

## Rischio numero 4. Non modificare l’indennità di accompagnamento

È bastato che il ministro del lavoro Andrea Orlando citasse in un intervento l’indennità di accompagnamento per far scattare una levata di scudi in difesa di questa misura, un provvedimento da sempre ritenuto intoccabile[note]Si veda l’intervento di Carlo Giacobini su “Vita”.[/note]. Tanto che poco dopo lo stesso ministro ha tenuto a precisare che una sua riforma non è in cantiere.

È vero, l'indennità di accompagnamento è un livello essenziale, universale, per gli invalidi totali, e tale deve rimanere come forma di tutela minima. Il punto è che nessuno mette in discussione questo. Il punto è che c'è un'ampia convergenza di vedute sui limiti di questo sussidio, e sulle possibilità di un suo miglioramento nella direzione non già di un aggancio con le condizioni economiche dei beneficiari, ma con le diverse condizioni di salute e autosufficienza della platea che ne usufruisce. Una misura che avrebbe un grande potenziale per fare emergere il mercato nero delle badanti. Le proposte di revisione sono diverse ma con ampie convergenze, la più recente quella contenuta nell'ultimo rapporto NNA[note]Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2021, capitolo 5.[/note]

Senza un potenziamento, una valorizzazione, una riconfigurazione di questa misura, percepita da più di due milioni di anziani, nella direzione di una fruizione orientata all'uso di servizi, un intervento di sistema sulla non autosufficienza rischia di avere pochi margini di cambiamento.

## Rischio numero 5. Le RSA rimangono istituzioni totali

**Colpisce la cifra modesta** (300 milioni) dedicata alle Case di riposo, per una riconversione verso "Gruppi di appartamenti" per un massimo di 20 posti, di cui c'è certamente bisogno ma che forse non è le priorità numero uno, non andando ad incidere su quei limiti strutturali delle residenze che questi mesi hanno fatto emergere. Lo vogliamo intendere come un primo piccolo passo.

Per le residenze c'è in primo luogo un tema di forte disparità in termini di dotazione territoriale, che va corretta. Diverse strutture si devono poi attrezzare meglio nella direzione di una intensità sanitaria maggiore, soprattutto nei confronti delle demenze, in crescita esponenziale. Occorre stabilire poi nuove regole di uso e disposizione degli spazi e anche, e guardando in prospettiva, la Rsa del futuro deve **diventare un luogo meno isolato e più aperto**, amico del territorio, capace di innescare una osmosi con i suoi abitanti, attraverso un insieme di proposte da progettare insieme alla comunità locale (terzo settore, mondo della cultura, scuole, ecc.): aiuti domiciliari, di varia tipologia e intensità, centri diurni, sostegni ai caregiver, supporti al lavoro privato di cura, quello svolto dalle badanti, proposte per l'invecchiamento attivo. Le Rsa di domani dovranno fronteggiare anziani sempre più soli, cioè senza caregiver familiare: ciò richiede un potenziamento di una dimensione anche sociale delle cure.

## Rischio numero 6. Dimenticarsi degli assenti

Il Piano non nomina soggetti e strumenti importanti che fanno parte del welfare dei servizi.

**Non nomina i medici di medicina generale,** che occupano un ruolo nevralgico nella medicina di territorio e che invece non sembra ne siano coinvolti. Fuoriesce un approfondimento del tema da queste brevi note, ma è evidente che il loro ruolo deve modificarsi entrando di più in interazione col sistema delle cure, in particolare quello delle fragilità croniche, e con le diverse professioni d'aiuto, anche di tipo sociale.

**Non nomina i caregiver** che assistono un familiare fragile (ce ne sono sette milioni, di cui 2,1 prestano un sostegno quotidiano per più di 20 ore alla settimana), e su cui c'è in parlamento, da due anni, un disegno di legge promosso da tutte le maggiori forze politiche In Senato giace da quasi tre anni un disegno di legge firmato dai principali partiti, che non riesce a essere calendarizzato.

**Non nomina le assistenti familiari** (badanti): ce ne sono un milione in Italia di cui il 60% lavora in modo irregolare, una realtà cambiata negli anni, che invecchia a sua volta, molto meno disposta di una volta a coabitare con l'anziano fragile, e questo pone certamente una grande tema di domanda di assistenza scoperta.

**Non nomina il budget di salute** (o di cura), su cui pure esiste un disegno di legge (oggetto di opinioni controverse), ma che è stato avviato in diversi contesti e che alcune regioni, tra cui la Toscana, stanno introducendo in modo estensivo e strutturale nei servizi per le persone con disabilità.

Mi auguro che le riforme di sistema che dovranno essere promulgate entro questa legislatura si ricordino di questi attori e strumenti, perché il welfare di domani non riproponga quei cambiamenti per pezzi, o per stratificazioni successive, che ci hanno accompagnati fino ad oggi.