Le proposte del Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza

Sergio Pasquinelli, | 03 marzo 2022

A tutto tondo. Sono proposte con una visione d'insieme, di sistema, quelle rese pubbliche dal "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza". Riguardano i servizi sociali e sociosanitari, i servizi e i trasferimenti monetari, il pubblico e il privato, gli anziani e il loro contesto: i caregiver familiari, le assistenti familiari ("badanti"), e poi il sistema di *governance* e di finanziamento. Una riforma, quella degli interventi per la non autosufficienza, prevista, lo ricordiamo, dal PNRR. Proposte che vengono avanzate nello spirito di costruttiva collaborazione che anima tutti i soggetti aderenti al Patto: non parole definitive ma un documento di lavoro integrabile, migliorabile.

Al "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza" aderiscono oltre 50 realtà del terzo settore, delle parti sociali, dell'associazionismo. Le proposte sono il frutto di un percorso ampiamente partecipato. Si è voluto valorizzare il sapere concreto di cui sono portatrici le realtà del Patto, i cui componenti sono quotidianamente coinvolti – su molteplici versanti – nell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Questo bagaglio di conoscenze è stato intrecciato con le competenze scientifiche di una rete di studiosi della materia[note]I tavoli tematici sono stati condotti da Sara Barsanti, Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Fabrizio Giunco, Franca Maino, Sergio Pasquinelli, Franco Pesaresi, Francesca Pozzoli e Costanzo Ranci, i quali hanno anche coordinato la stesura dei testi insieme a Paolo Da Col, Celestina Valeria De Tommaso, Marco Faini, Giovanni Lamura, Loredana Ligabue e Laura Pelliccia. Michela Biolzi ha curato l'organizzazione del lavoro e Rosemarie Tidoli la revisione formale dei testi; con loro ha collaborato Giselda Rusmini. Cristiano Gori ha svolto il coordinamento complessivo del progetto. Con questo documento Welforum intende contribuire al percorso di costruzione di un nuovo welfare per la non autosufficienza, iniziato qui da Maurizio Motta lo scorso 11 febbraio.[/note]. Le organizzazioni del Patto hanno lavorato nell'ambito di otto tavoli tematici, dedicati a singoli argomenti, e si sono confrontate sull'impianto complessivo delle proposte.

Le proposte vengono ora riassunte in cinque messaggi chiave e, successivamente, richiamate nei singoli contenuti, riprendendo la sintesi prodotta dal Patto. Il testo completo e maggiormente argomentato delle proposte si trova qui.

1. **Una riforma ambiziosa.** Aspettiamo la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da oltre 20 anni. Intanto, quest'ultima è stata introdotta in gran parte dei Paesi europei: ovunque ha modificato in profondità il settore e lo ha rafforzato notevolmente. L'invecchiamento della popolazione e le diffuse criticità degli interventi pubblici indicano che, in Italia, un'azione di analoga portata non è più rinviabile. Si vuole, pertanto, realizzare una riforma ambiziosa, che sia all'altezza delle esigenze degli anziani e delle loro famiglie e tocchi ogni snodo di questo ambito del welfare: la governance, le risposte fornite e le modalità di finanziamento.
2. **Dalla frammentazione a un solo sistema.** Anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, oggi frammentate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire. Un simile contesto, evidentemente, non può che limitare in maniera strutturale la possibilità di fornire risposte appropriate alle esigenze della popolazione interessata. Per cambiare direzione è necessaria, innanzitutto, una nuova governance delle politiche per la non autosufficienza. Si propone, dunque, l'istituzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici responsabili (Stato, Regioni, Comuni).
3. **Diverse risposte per diversi bisogni.** Le condizioni di non autosufficienza sono assai sfaccettate, per gravità e per tipologia (a partire dalle limitazioni fisiche o cognitive), e si modificano nel tempo. Per affrontarle efficacemente non bisogna puntare su singole misure bensì costruire una filiera di risposte, cioè un insieme d'interventi che siano differenziati e complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari ("badanti"). Questo è l'obiettivo dello SNA. Nell'ambito di tale filiera la priorità è attribuita agli interventi che promuovano la permanenza dell'anziano a domicilio, soluzione da preferire ogni qualvolta sia possibile.
4. **Percorsi semplici e unitari.** È necessario semplificare l'accesso degli anziani all'assistenza pubblica ed evitare che le famiglie debbano – come oggi avviene – peregrinare tra una varietà di sportelli, luoghi e sedi. Nello SNA, pertanto, la possibilità di accedere a tutte le risposte pubbliche viene stabilita attraverso una sola valutazione iniziale ed è previsto

un percorso unitario, chiaro e semplice, all'interno della rete del welfare. Anche i diversi interventi vengono forniti unitariamente – a differenza di quanto accade adesso – nel contesto di progetti assistenziali integrati, capaci di comporre insieme servizi di cura, prestazioni monetarie e sostegno informale.

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

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

Natura e finalità dello SNA

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

Percorso unico

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

informazioni ottenute con la precedente VNB e integrandole come ritenuto necessario per i suoi specifici compiti.
- Le funzioni dell'UVM sono: i) definire, per gli anziani e i loro caregiver, **quali interventi ricevono fra quelli dello SNA** di responsabilità di Regioni e Comuni, in forma di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) o di contributi economici; ii) **attivare la procedura per l'elaborazione del Progetto** assistenziale integrato (PAI), indicandone i criteri di appropriatezza. Il PAI è costruito dagli operatori responsabili della presa in carico dell'anziano in accordo con esso e con i familiari. Il PAI, inoltre, è elaborato attraverso lo strumento del budget di salute, che serve a ricomporre l'insieme dei sostegni e delle risorse disponibili in una risposta unitaria e appropriata.
- I percorsi assistenziali integrati illustrati costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP). Sono definiti **livelli essenziali di processo**, per differenziarli da quelli di erogazione, che indicano gli interventi da fornire e sono presentati nella sezione successiva.

Rete integrata delle risposte

- Lo SNA s'incentra su un modello d'intervento orientato alla persona, basato **sull'integrazione delle varie risposte disponibili –** pubbliche e private, formali e informali – e **sulla loro modulazione nel tempo** in un continuum di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni dell'anziano e delle sue reti di supporto.
- **Lo SNA si articola in una filiera organic**a di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza. La filiera si snoda attraverso i diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce la priorità alle risposte fornite a casa degli anziani. Gli interventi previsti sono elencati di seguito.
- **I servizi domiciliari vengono forniti in modo integrato** tra sanità (Asl) e sociale (Comuni). È individuato il case manager, punto di riferimento costante nel tempo per anziani, caregiver familiari e altri soggetti coinvolti. Viene assicurato un appropriato mix di prestazioni, a partire da servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana e azioni di affiancamento/supporto a caregiver familiari e assistenti familiari. Gli anziani ricevono assistenza per il tempo necessario, con una presa in carico di durata adeguata ai loro bisogni e un'opportuna intensità degli interventi (numero di visite per utente).
- Le **Soluzioni Abitative di Servizio** costituiscono l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani. Vi rientrano civili abitazioni, individuali, in coabitazione, condominiali o collettive, che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità alla vita agli anziani. Possono essere integrate da servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, da servizi alla persona, da ausili tecnologici e da tecnologie assistive. Le Soluzioni Abitative di Servizio sono inserite a pieno titolo nella filiera degli interventi afferenti allo SNA.
- **I servizi semiresidenziali** offrono interventi complementari di sostegno a persone che vivono nella loro comunità territoriale, con risposte diversificate in base ai profili degli anziani. Oltre alle attività di socialità e di arricchimento della vita, possono fornire prestazioni di mantenimento a soggetti con rilevanti limitazioni nelle attività quotidiane e cure estensive ad anziani con compromissione cognitiva o demenza.
- Viene garantita la presenza di servizi residenziali che assicurino un'adeguata qualità e appropriatezza delle cure necessarie e promuovano la qualità della vita degli anziani residenti. Le strutture hanno ambienti amichevoli, domestici e familiari, che tutelano la privacy. **La presenza delle diverse professionalità** viene opportunamente calibrata per numero e composizione, in modo da assicurare l'intensità assistenziale necessaria e le risposte adatte ai molteplici profili degli anziani.
- La **Prestazione Universale per la Non Autosufficienza** assorbe l'indennità di È un trasferimento monetario a cui si accede esclusivamente in base al bisogno di cura (universalismo) e il suo valore è graduato secondo il livello di quest'ultimo. La Prestazione Universale è fruibile non solo come contributo economico senza vincoli di utilizzo (com'è attualmente), ma anche – in alternativa – per ricevere servizi alla persona (opzione che dà diritto a un importo superiore). Gli attuali beneficiari dell'indennità hanno la possibilità di mantenere la misura vigente oppure di optare per la nuova.
- **Per remunerare le assistenti familiari** regolarmente assunte si può ricorrere alla Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, nella versione con importo maggiorato. Per il medesimo scopo, chi non beneficia della Prestazione ha diritto a un'agevolazione fiscale semplificata e potenziata rispetto a oggi. Si individuano un profilo professionale nazionale di assistente familiare, che ne definisce l'insieme di competenze necessarie, e il relativo iter formativo. Le Regioni promuovono servizi per l'incontro tra la domanda e l'offerta del lavoro privato di cura.
- Il **riconoscimento della funzione di cura del caregiver familiare** e l'obiettivo di salvaguardarne le condizioni materiali e il benessere psico-sociale sono trasversali all'intera architettura dello SNA. La valutazione delle condizioni dell'anziano è sempre accompagnata da quella della situazione del caregiver familiare, che concorre alla definizione del PAI. Sono previsti specifici interventi a favore del caregiver familiare per sostenerne l'impegno, rafforzarne le competenze di cura e favorire la conciliazione tra i tempi di cura, di vita e di lavoro.
- **Per le persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana**, gli interventi elencati sono opportunamente modificati al fine di riconoscerne le specificità, di garantire loro i massimi livelli di qualità di vita acquisiti e raggiungibili e di assicurare la continuità con i percorsi assistenziali già in atto, in una logica di inclusione sociale e di partecipazione attiva alla comunità.
- Gli interventi illustrati in questa sezione costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP); si tratta – come anticipato – dei livelli essenziali di erogazione.

Programmazione e governance

- Al fine di rendere effettivo il governo congiunto dei processi e degli interventi – sociali e sanitari – dedicati alla non autosufficienza è previsto un sistema multilivello di governance istituzionale, che ricompone in organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte nello SNA.
- Viene istituita la **Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti,** composta da rappresentanti dei Ministeri interessati, delle Regioni, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il Piano nazionale integrato per la non autosufficienza, di durata triennale e aggiornato annualmente. Il Piano – per quanto concerne le competenze nazionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza: sociali (Comuni), sociosanitari (Regioni) e trasferimenti monetari statali.
- In ogni Regione viene costituita la **Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti,** composta da rappresentanti della Regione, delle Asl, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il Piano regionale integrato per la non autosufficienza, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quello nazionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze regionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.
- In ogni Ambito sociale/Distretto sanitario viene costituita la **Rete territoriale per l'assistenza integrata** alle persone anziane non autosufficienti, con rappresentanti di Ambito, Comuni, Asl e Distretto. La Rete elabora il Piano territoriale integrato per la non autosufficienza, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quelli nazionale e regionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze territoriali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.
- Ciascun livello della governance istituzionale promuove **la partecipazione attiva della comunità** all'elaborazione dei Piani integrati per la non autosufficienza, avvalendosi del contributo di associazioni e organizzazioni, e del dialogo sociale con i sindacati.
- Per perseguire l'integrazione operativa delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto la **piena e strutturale integrazione tra Distretto sanitario e Ambito sociale.** Questa è resa possibile dalla coincidenza geografica tra Ambito e Distretto e dalla completa attivazione di entrambi, prevedendo le misure necessarie a tali scopi. Si basa sulla programmazione integrata, sul governo congiunto, sul coordinamento operativo e sulla predisposizione di un budget unitario in materia di non autosufficienza.
- La governance è sostenuta attraverso **un robusto investimento sulla conoscenza utile alle decisioni.** È istituito il sistema informativo per la non autosufficienza, che si sviluppa valorizzando e connettendo quelli oggi esistenti per le varie misure afferenti allo SNA, integrati raccogliendo gli ulteriori dati necessari. Il sistema informativo alimenta il nuovo sistema di monitoraggio della non autosufficienza, che elabora i dati raccolti traducendoli in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte assistenziali.
- Si attiva la Griglia Fabbisogni Risposte, che concorre alla governance del sistema. Per ogni contesto locale, **la Griglia mette a confronto** i diversi profili di fabbisogno assistenziale degli utenti (valutati attraverso la Valutazione Nazionale di Base) e gli interventi rispettivamente ricevuti (rendicontati grazie al monitoraggio). Tale comparazione mira a individuare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte delle Regioni, dei Distretti e degli Ambiti – per i diversi target di utenza – e a stabilire azioni a tal fine.

Modalità di finanziamento

- Lo SNA si fonda sul **finanziamento pubblico dei livelli essenziali** – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti. Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza, riguardanti le filiere delle politiche sanitarie, delle politiche sociali e delle prestazioni monetarie nazionali.
- Per assicurare il finanziamento strutturale dello SNA **vengono individuate ulteriori misure a carico della finanza pubblica,** così da garantire l'adeguatezza delle risposte assistenziali rispetto al fabbisogno della popolazione anziana e da consentire la piena attuazione dei livelli essenziali.
- La definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi inclusi nello SNA avvengono in **modo contestuale, unitario e integrato,** nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance.
- L'adeguato finanziamento degli interventi pubblici è accompagnato da opportune regole per determinare il contributo degli utenti al loro costo. Lo SNA, dunque, definisce **rette eque e sostenibili** a carico degli anziani nei presidi residenziali e semiresidenziali. Al tal fine, si prevede una revisione complessiva della materia delle rette. Quest'ultima riguarda anche il coinvolgimento economico delle famiglie di anziani ospiti delle strutture residenziali, stabilendone la corretta entità al fine da evitarne l'impoverimento.
- Lo SNA è affiancato da **un secondo pilastro integrativo,** con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali. I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza adottano logiche mutualistiche e solidaristiche e possono offrire servizi e/o rendite. Si prevede l'attivazione della copertura e dei costi in età attiva, in maniera continuativa, su base collettiva e ancorata alla contrattazione, e un sistema di finanziamento a

capitalizzazione collettiva, con accantonamento di capitali.