

2. Il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)

2.1. Un'eredità storica

La frammentazione tra le diverse filiere coinvolte – politiche sociali, sanitarie e prestazioni monetarie INPS – e i livelli di governo che ne hanno la titolarità (rispettivamente Comuni, Regioni e Stato) rappresenta per il nostro Paese un limite di lungo periodo dell'assistenza agli anziani. L'origine è di natura storica. Le politiche qui discusse iniziarono a essere delineate negli anni '80, quando il numero di anziani interessati cominciò a diventare degno di nota, 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 rappresentava una questione marginale, 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 per gli anziani via via attivati a partire da allora furono progressivamente inseriti nell'ambito dei vari settori esistenti. Nei decenni successivi, lo Stato non ha mai agito per ricomporre la frammentazione istituzionale e neppure si è adoperato a fondo 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 servizi a livello locale, con risultati alterni. Considerando il Paese nel suo insieme, l'offerta pubblica di assistenza agli anziani resta – in netta prevalenza – assai parcellizzata.

2.2. Verso un sistema integrato: le strategie possibili

Per fronteggiare una simile situazione, si è visto nel capitolo precedente, uno tra gli obiettivi della riforma consiste nel dare vita a un sistema integrato. Secondo Caiolfa (2022) ⁽¹⁾ tre sono le strade percorribili (tab. 2.1).

Rammendare

Significherebbe proseguire con l'impostazione prevalente da almeno vent'anni, adottata in gran parte degli interventi d'integrazione socio-sanitaria nel Paese. Quest'ottica si traduce in una varietà di azioni che cercano di coordinare l'erogazione di prestazioni sanitarie e di prestazioni sociali, continuando a mantenere separate le rispettive catene di funzionamento; inoltre, il collegamento con le prestazioni assistenziali INPS non è previsto. Seguire ancora la strada del rammendo vorrebbe dire continuare ad agire sul coordinamento tra i servizi sociali e sanitari esistenti senza ridurre l'eterogeneità di obiettivi, modalità di funzionamento e regole.

Sarebbe dunque difficile evitare il perpetuarsi di un fenomeno diffuso da tempo: "Ciascun soggetto chiama gli altri all'integrazione verso i bisogni delle persone non autosufficienti solo dopo aver espletato il proprio compito in modo indipendente all'interno del perimetro istituzionale di appartenenza, e solo in una forma successiva e subordinata" (Caiolfa, 2022).

Riordinare

Comporterebbe di ricondurre le differenti titolarità per la non autosufficienza in capo a un unico soggetto istituzionale. L'ipotesi più nota è l'accorpamento delle politiche sociali, sanitarie e delle prestazioni assistenziali INPS per la non autosufficienza presso un solo attore (sia esso creato ad hoc, quale un Ministero per gli anziani, o uno esistente, come il Ministero della Salute o del Welfare), con le relative articolazioni territoriali (Cinelli, Longo 2021) ⁽²⁾. Il ricongiungimento delle funzioni pubbliche attraverso il riordino delle competenze istituzionali richiederebbe di modificare la Costituzione, come avvenuto con la riforma del titolo V nel 2001.

Una simile ipotesi, di complessa ingegneria istituzionale, sul piano teo-

⁽¹⁾ Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza • Secondo Welfare.

⁽²⁾ CINELLI G., LONGO F. (2021), *Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti*, in "Mecosan", 118, pp. 155-173.

rico esercita un innegabile fascino. Sul piano concreto, però, risulta irrealistica data l'estrema complessità tecnica e organizzativa di un cambiamento del genere e le prevedibili forti resistenze che incontrerebbe da parte dei numerosi soggetti interessati.

Ricomporre

Si tratterebbe di riunificare le funzioni sociale, sanitaria e assistenziale lasciandone invariate le attuali titolarità. In altre parole, l'unitarietà sarebbe perseguita non nell'assetto istituzionale bensì nello svolgimento congiunto sia delle attività di programmazione sia di quelle di erogazione, attraverso organismi unitari di governance – luoghi di ricomposizione di sguardi e di competenze – che comprendano i diversi soggetti interessati a livello di Stato, di Regioni e di territori.

Una strada di questo tipo implica la previsione di strumenti idonei all'esercizio congiunto delle attività di programmazione (la programmazione integrata) e di erogazione degli interventi nei territori (l'organizzazione territoriale unitaria). Anche qui è necessaria un'azione legislativa, incisiva ma non di rango costituzionale. Il Patto punta su questa strategia, da tradurre in pratica attraverso il Servizio nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

Tabella 2.1 - Per un sistema integrato della non autosufficienza: strategie a confronto

	Materie	Logica	Operatività	Riferimento
Rammendare	Sanità Sociale	Coordinare l'erogazione di prestazioni sociali e sanitarie	Catene di funzionamento di sociale e sanità del tutto separate	Strategia prevalente negli ultimi 20 anni e più in Italia
Riordinare	Sanità Sociale Prestazioni monetarie INPS	Riunificare le differenti titolarità in capo a un unico soggetto istituzionale	Ministero per gli anziani e relative articolazioni territoriali	Dibattito teorico
Ricomporre	Sanità Sociale Prestazioni monetarie INPS	Congiungere le funzioni sociale, sanitaria e INPS senza riunificarne la titolarità	Organismi unitari di governance Programmazione integrata Organizzazione territoriale unitaria	Legge 33/2023 Delega

2.3. L'architettura dello SNAA

Lo SNAA è stato introdotto nella Legge Delega 33/2023 accogliendo la proposta del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. Si tratta di una modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure di natura pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti.

Pertanto lo SNAA non implica il riordino delle competenze, dato che le diverse responsabilità statali, regionali e comunali rimangono quelle attuali; non è neppure una semplice attività di rammendo, perché non s'intende proseguire con le consuete strategie d'integrazione socio-sanitaria. Si tratta, invece, di una ricomposizione finalizzata a migliorare le "modalità organizzative" (a funzioni immutate), che punta al "governo unitario" e alla "realizzazione congiunta" degli interventi (da potenziare in modo consistente).

La governance istituzionale

La governance dello SNAA si basa su un insieme di organismi unitari che riuniscono – a livello statale, regionale e territoriale – i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella non autosufficienza e sono incaricati della programmazione integrata di tutte le misure di responsabilità pubblica. Pertanto, l'uso delle diverse risorse per il settore viene programmato in modo contestuale e coordinato a ogni livello di governo.

A quello statale, l'organismo deputato è il nuovo Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri competenti, sorto al fine di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche di assistenza agli anziani. A livello regionale, inoltre, l'organismo è formato dall'insieme dei rappresentanti degli Assessorati regionali competenti, dai Comuni e dalle Aziende sanitarie territoriali di ciascuna Regione. A livello locale, infine, ci si avvale di un organismo composto dai rappresentanti dell'ambito territoriale sociale e del distretto sanitario. Ognuno dei tre livelli di governo prevede la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore.

La programmazione integrata

L'uso delle diverse risorse per il settore viene programmato congiuntamente – in modo coordinato e contestuale – a ogni livello di governo, in

conformità con le indicazioni di quello superiore. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente”. Sulla base di quello nazionale, vengono elaborati gli analoghi piani regionali e locali, di medesima durata, da parte degli organismi della governance istituzionale individuati sopra.

Il Piano nazionale stabilisce: i contenuti dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) riferiti alla non autosufficienza nonché le loro forme d’integrazione; i contenuti e le modalità delle attività INPS rivolte alla non autosufficienza e li coordina con i processi di presa in carico integrata e di assistenza socio-sanitaria. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti nazionali di programmazione sanitaria o sociale.

Il Piano regionale, a sua volta, stabilisce gli obiettivi di servizio da raggiungere per la piena esigibilità dei LEA e dei LEP definiti dal Piano nazionale integrato, con i relativi programmi attuativi e le risorse messe a disposizione. Il Piano regionale può definire ulteriori obiettivi per ampliare i livelli nazionali. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti regionali.

A livello operativo, è decisivo evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni con gli strumenti esistenti. Pertanto, bisognerebbe integrare con gli aspetti sanitari e quelli di competenza dell’INPS il piano nazionale non autosufficienza e i relativi piani regionali, che attualmente si occupano solo della parte sociale dell’assistenza agli anziani.

Il Piano locale, infine, attua gli obiettivi di servizio riferiti ai LEA e ai LEP nazionali e all’eventuale programmazione regionale ulteriore, individuando programmi e risorse a disposizione. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti di programmazione locali (cfr. tab. 2.2).

La programmazione integrata è il primo strumento per lo SNAA, cioè il passaggio iniziale – parziale ma essenziale – per cominciare a costruire sistemi di accesso, valutazione e progettazione individuale, condivisi e convergenti per tutti gli Enti coinvolti; per dar vita a servizi integrati in maniera sistemica; e, infine, per coordinare tra loro i diversi finanziamenti e le varie risorse a disposizione.

L’organizzazione territoriale unitaria

Il livello locale dello SNAA è costituito dall’ambito sociale territoriale e dal distretto sanitario. Per perseguire il coordinamento operativo delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto la piena e strutturale

integrazione tra queste due organizzazioni locali. Ciò diventa possibile predisponendo, innanzitutto, le misure necessarie per la coincidenza geografica tra Ambito e Distretto e per la completa attivazione di entrambi, presupposti che ancora mancano in ampie parti del Paese.

Complessivamente, l'attuazione dello SNAA a livello locale si basa sulla programmazione integrata, sul governo congiunto, sul coordinamento operativo e sulla predisposizione di un budget unitario in materia di non autosufficienza.

Tabella 2.2 - L'impianto dello SNAA

Governance istituzionale		Programmazione integrata
CIPA	Adotta	Piano nazionale integrato
Organismi unitari regionali	Adotta	Piani regionali integrati
Organismi unitari locali	Adotta	Piani locali integrati

2.4. Le opportunità

Risposte unitarie

Oggi anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, con una babele di regole e procedure da seguire. Inoltre, la frammentazione esistente limita in maniera strutturale la possibilità di fornire interventi consoni alle esigenze della popolazione interessata. Invece, qui non si parte dalle specifiche competenze di un determinato servizio, bensì dalla condizione dell'anziano non autosufficiente, considerando congiuntamente l'insieme di prestazioni pubbliche a disposizione per affrontarla (Andreani, 2024) ⁽³⁾.

Il paradigma della non autosufficienza

Lo SNAA mira a oltrepassare l'obiettivo d'integrare misure di diversa provenienza, sanitaria e sociale, le loro logiche e le loro culture, che ha contrassegnato l'epoca del rammendo, a favore del solo paradigma che la comunità scientifica internazionale ritenga adatto. Si tratta del care multidimensio-

⁽³⁾ ANDREANI T. (2024), *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime CONSIDERAZIONI d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in "Corti supreme e salute", pp. 207-237.

nale, che prevede risposte progettate in modo unitario a partire dallo sguardo complessivo sullo stato dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni, indipendentemente dalla provenienza e dall'appartenenza istituzionale delle prestazioni coinvolte. Rifarsi a questo approccio, tra l'altro, è funzionale all'elaborazione delle risposte unitarie menzionate sopra.

La legittimazione politica

Da ultimo, ma non per importanza, lo SNAA consente di legittimare la non autosufficienza sul piano politico e istituzionale. Oggi per le istituzioni l'assistenza agli anziani "non esiste" come settore specifico e unitario, mentre è ben visibile un frammentato universo di interventi diversi e di varia provenienza. Tuttavia, è irrealistico immaginare un robusto investimento politico nel settore se la sua stessa esistenza, con le proprie peculiarità, non viene riconosciuta. Istituire lo SNAA significa riconoscere la non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, obiettivi precisi e confini definiti (al pari di pensioni, sanità, povertà, ecc.).

2.5. I rischi

La fatica di cambiare

Il maggiore rischio di insuccesso deriva paradossalmente dal principale punto di forza dello SNAA, cioè la sua natura innovativa. Mettere insieme le competenze mantenendo le vigenti titolarità richiede una capacità di governance condivisa particolarmente elevata. L'essenza del governo congiunto sta in questo: un sistema codificato, normato, assestato di governance, nel quale i singoli soggetti mettono in comune una parte delle proprie prerogative per tendere verso fini generali di vasta portata. Tuttavia, la mentalità di cooperare in modo permanente tra istituzioni non appartiene alla nostra tradizione pubblica, abitualmente basata sull'esercizio separato delle specifiche competenze e sulla cultura dell'autonomia di ogni soggetto, non della condivisione (Caiolfa, 2020) ⁽⁴⁾. Dunque, sarà necessario sostenere la costruzione del sistema sia sul piano della conoscenza condivisa (monitoraggio integrato, cap. 4) che sul versante della partecipazione sostanziale di tutti gli attori coinvolti.

⁽⁴⁾ Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza • Secondo Welfare.

L'appesantimento burocratico

Qualora non si riuscisse a esprimerne adeguatamente il potenziale, per i soggetti coinvolti l'introduzione dello SNAA si risolverebbe più che altro in un appesantimento, causato dai maggiori oneri procedurali connessi alla nuova sovrastruttura istituzionale e al nuovo impianto programmatico. L'impatto reale sul welfare per la non autosufficienza sarebbe, invece, scarso. In tal caso, gli attori interessati sarebbero spinti a non investire sul nuovo sistema, limitandosi a un adempimento meramente formale delle azioni previste.

2.6. L'esperienza internazionale

Il disegno dello SNAA, maturato a partire dalla disamina della realtà italiana, rivela una coerenza di fondo con le riforme già realizzate in Europa (cfr. cap. 1). Ovunque, infatti, sono stati perseguiti due obiettivi principali, che si ritrovano anche qui. Primo, rendere l'assistenza agli anziani non autosufficienti un nuovo settore dello stato sociale, distinto e autonomo rispetto agli altri. Secondo, far sì che questo nuovo ambito del welfare sia unitario, cioè guidato da logiche e modelli d'intervento di tale natura.

Negli altri Stati europei la qualità dell'azione riformatrice è risultata variabile ma lo scopo è stato ovunque quello di dar vita a un settore autonomo e unitario (Rothgang et al., 2022) ⁽⁵⁾. L'obiettivo è stato declinato in modo diverso nei vari Paesi, in base alle specificità di ognuno (tab. 2.3). Colpisce come, tra le realtà che già hanno realizzato una riforma, nella più simile a noi, la Spagna, l'assetto istituzionale prescelto sia particolarmente vicino a quello dello SNAA (Aguilar-Hendrickson, 2020) ⁽⁶⁾.

⁽⁵⁾ ROTHGANG H., FISCHER J., STERNKPF M., DOTTER L.F. (2020), *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

⁽⁶⁾ AGUILAR-HENDRICKSON M. (2020), *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?*, in "International Journal of Sociology and Social Policy", 2, pp. 241-263.

Tabella 2.3 - Le riforme dell'assistenza agli anziani in Europa

Paesi	Obiettivi condivisi
Austria (1993) Germania (1995) Francia (2002) Portogallo (2006) Spagna (2006)	Autonomia = un nuovo settore dello stato sociale, il più possibile distinto e autonomo dagli altri Unitarietà = un settore guidato da logiche e modelli d'intervento unitari

2.7. Gradualità e apprendimento

Giunti a questo punto, giova sottolineare alcuni aspetti:

- un vero cambiamento è realizzabile solo con un impianto istituzionale come lo SNAA;
- questa, non a caso, è la direzione imboccata in tutte le riforme europee;
- la messa in atto incontrerà sicuramente numerosi ostacoli e tante criticità;
- l'assenza di precedenti in Italia rende più difficile immaginare come sarà lo SNAA nella pratica.

Gli elementi menzionati suggeriscono di avviare un percorso d'introduzione dello SNAA che: i) sia graduale, ii) coinvolga tutti i soggetti del settore, iii) sia ben sostenuto sul versante della conoscenza tramite il monitoraggio integrato, già menzionato. Il nuovo sistema è pensato per poter puntare ad alcuni primi obiettivi nell'immediato, preparando nel contempo un'azione progressivamente più incisiva, costruita a partire dall'apprendimento dall'esperienza man mano compiuta.

Nel breve termine l'attivazione dello SNAA consente di mettere da subito attorno allo stesso tavolo – in modo permanente, cadenzato e organizzato – tutti gli Enti competenti per costruire i cardini dell'assistenza integrata. A tale scopo è possibile prevedere alcune azioni concrete attraverso l'apposito Piano nazionale, articolato nei Piani regionali e attuato nei programmi locali. Nel medio termine, d'altra parte, l'impianto dello SNAA costituisce il perno su cui basare il percorso di progressiva e sostenibile predisposizione di un sistema integrato di assistenza agli anziani. Tempi e modi dipenderanno da quanto emerso nella pratica sino a lì.

2.8. Lo SNAA: da compito di oggi a obiettivo per domani

Sino a qui è stato illustrato lo SNAA contenuto nella Legge Delega 33/2023 ed elaborato, in precedenza, dal Patto. Di tutt'altra natura, invece, è lo SNAA

previsto nel Decreto Attuativo 29/2024: di simile alla versione originale è rimasta solo la denominazione. Il vistoso cambio di direzione intercorso tra la Legge Delega e il Decreto ne ha determinato, di fatto, la mancata applicazione.

Nel Decreto la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali; stando così le cose, la sua natura integrata viene meno. Sanare la frammentazione è un obiettivo chiave, se non il principale, della Legge Delega: proprio per questo era stato introdotto lo SNAA. Il Decreto, invece, sancisce – per legge – la frammentazione del sistema.

La vicenda dello SNAA rappresenta di per sé un simbolo degli ostacoli al riformismo. Rifacendoci alla terminologia impiegata all'inizio, con la Legge 33 si passa dal rammendo alla ricomposizione, mentre nel Decreto 29 si torna al rammendo. Alla fine, dunque, nelle istituzioni chiamate a scrivere il Decreto (principalmente Ministero del Welfare e Ministero della Salute) ha prevalso l'intenzione di non applicare, innanzitutto a sé stesse, l'indicazione di lavorare congiuntamente su cui si basa la strategia della ricomposizione.

Lo SNAA, dunque, è ancora tutto da costruire. Questa prospettiva non potrà concretizzarsi fino a che gli Enti coinvolti continueranno a mantenere le separatezze e le settorialità vigenti, senza mettersi in gioco nella realizzazione di un sistema integrato. L'operazione è indubbiamente complessa ma, se si vuole puntare a un futuro migliore nell'assistenza agli anziani, è imprescindibile.

Bibliografia

- AGUILAR-HENDRICKSON M. (2020), *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?*, in "International Journal of Sociology and Social Policy", 2, pp. 241-263.
- ANDREANI T. (2024), *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in "Corti supreme e salute", pp. 207-237.
- CAIOLFA M. (2020), *Aspettando il cambiamento*, in "I luoghi della cura on line", 13 luglio.
- CAIOLFA M. (2022), *Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza*, in "www.secondowelfare.it", 27 aprile.
- CINELLI G., LONGO F. (2021), *Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti*, in "Mecosan", 118, pp. 155-173.
- ROTHGANG H., FISCHER J., STERNKPF M., DOTTER L.F. (2020), *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.