

3. La valutazione unificata della non autosufficienza

3.1. La situazione italiana

Per le persone non autosufficienti e le loro famiglie, trovare risposte alle proprie necessità è un percorso a ostacoli, faticoso e ampiamente autogestito. A ciò contribuiscono la frammentazione dell'offerta e delle responsabilità istituzionali, la moltiplicazione di adempimenti e la tortuosità degli iter amministrativi. Quest'impostazione è condizionata dalla struttura dei tre sistemi di riferimento dell'offerta pubblica italiana e dagli obiettivi e dai criteri che ognuno di essi assegna separatamente alle valutazioni di propria competenza (tab. 3.1). Nel corso della non autosufficienza le persone vengono valutate più volte e devono produrre ripetutamente informazioni che dovrebbero essere già in possesso delle amministrazioni pubbliche. Le innumerevoli valutazioni analizzano dimensioni differenti, non comunicano fra loro e quasi mai alimentano quelle precedenti o successive; salvo rare eccezioni, non sono infatti archiviate in modo sistematico o rese disponibili agli altri attori del sistema. La mancanza di un modello valutativo comune sfocia in una babele di informazioni e linguaggi, che non trattengono memoria della persona e non producono informazioni per il futuro ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Ad esempio, per la sola misura delle autonomie quotidiane le migliaia di professionisti ed équipe attive in Italia utilizzano strumenti fra loro diversi (ADL, IADL, Barthel, SVAMA, SOSIA, BINA) o versioni differenti degli stessi strumenti. Il risultato è una babele di numeri che solo apparentemente leggono la stessa variabile; considerati questi limiti, non sono utilizzabili né per confrontare nel tempo l'evoluzione delle autonomie nella stessa persona né per produrre stime oggettive dei bisogni delle popolazioni e dell'efficacia e dell'efficienza delle risposte.

Tabella 3.1 - L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti in Italia

Soggetto titolare	Benefici e servizi	Criteri
Stato	Invaldit� civile e Indennit� di accompagnamento; benefici Legge 104/92, prescrivibilit� di ausili, presidi e protesi	Grave compromissione delle autonomie, differenziata per et� e per condizioni specifiche (ad es. sordit�, cecit�, disabilit� preesistenti)
Regioni	Servizi e interventi sanitari e socio-sanitari (ospedalieri, specialistici, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, contributi economici, misure ex FNA)	Malattie, sintomi e altre variabili clinico-funzionali differenti per i diversi setting (ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali)
Comuni	Servizi e interventi sociali (domiciliari, semiresidenziali, residenziali, contributi economici, adattamento ambienti, integrazione al reddito)	Variabili di funzionalit�, socio-economiche e di urgenza sociale; in base ai molteplici regolamenti locali, l'accesso pu� essere condizionato dalla verifica dei mezzi tramite l'ISEE

3.2. Strumenti e processi

Gli obiettivi delle valutazioni e gli strumenti utilizzati nei tre sistemi pubblici sono funzionali a un sistema strutturato per silos indipendenti, orientato a garantire soprattutto risposte settoriali e prestazionali. Analizzano separatamente singole aree di bisogno (grave dipendenza, bisogni clinico-assistenziali oppure socio-economici) con o senza l'ausilio di strumenti formali. I risultati non confluiscono in una valutazione integrata e non producono un progetto di assistenza comune, personalizzato, globale e continuativo.

Sistema o sommatoria di prestazioni?

A differenza che in altri Paesi (ad esempio Francia e Germania), l'Italia non adotta un modello di governo, regolazione e valutazione unico per i benefici e i servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti. Questa impostazione ha alcune conseguenze. Prima di tutto, sono le famiglie stesse che devono concepire autonomamente una richiesta di aiuto e indirizzarla in modo separato a uno o pi  dei sistemi pubblici. Per elaborarla e per le pratiche necessarie potranno trovare aiuto presso i servizi sociali, il medico di famiglia, i patronati e i CAF, ma i vari percorsi e le varie risposte resteranno tendenzialmente distinti. Sar  ancora la famiglia a dover armonizzare le risposte in un progetto di insieme, che deve integrare necessit  pi  articolate (banche, notai, giudice tutelare, assistenza privata) di quelle oggetto delle relazioni con i tre sistemi pubblici. In altre parole, nel sistema attuale, le persone non hanno a disposizione un unico interlocutore in grado di supportare in

modo esperto l'analisi dei bisogni, l'identificazione delle possibili risposte, la loro armonizzazione in un progetto integrato e il suo adattamento nel tempo.

Reagire, inseguire, prevedere. Una programmazione astratta

Non da meno, il sistema italiano è sempre reattivo; gli interventi prendono il via dalla presentazione di una domanda specifica. Manca una visione proattiva e longitudinale, ad esempio come quella delle visite preventive dei case manager municipali danesi, che permettono di individuare tempestivamente i bisogni di persone e famiglie, adattare nel tempo le soluzioni adottate e sostenerle nelle scelte di vita cui dovranno far fronte. Operare di iniziativa è ancora più importante per le persone sole e fragili, che hanno maggiori difficoltà a elaborare una richiesta di aiuto e attivare autonomamente i servizi necessari. Un sistema che opera solo su richiesta e che utilizza processi valutativi separati e disomogenei rischia di essere cieco di fronte alla reale consistenza dei bisogni e alla loro evoluzione nel tempo, con evidenti conseguenze sull'efficacia delle risposte e sulla programmazione nazionale e regionale.

Come intervenire?

Molte buone pratiche e raccomandazioni internazionali propongono da tempo soluzioni efficaci. Ad esempio, persone e famiglie dovrebbero avere a disposizione un unico luogo istituzionale cui rivolgersi per avere informazioni, consigli e aiuto. Questo punto di accesso dovrebbe essere in grado di valutare l'insieme delle risorse e dei bisogni per definire un progetto personalizzato, globale e condiviso. Definito il progetto, dovrebbe essere compito del sistema attivare le risposte individuate e seguirle nel tempo per i necessari adattamenti, ricomponendo intorno agli obiettivi comuni tutte le risorse – economiche, di servizio, sanitarie e sociali – che il sistema mette a disposizione.

Modificare un processo o scegliere uno strumento?

Questi obiettivi richiamano un'anomalia persistente del dibattito attuale, molto concentrato sulla scelta o sulla critica dei possibili strumenti utilizzabili per queste valutazioni. Vengono proposti e dibattuti test, scale e score molteplici, anche di buona qualità ⁽²⁾. La situazione non migliorerà, però, semplicemente adottando nuovi strumenti se questi non sono funzionali ai

⁽²⁾ Fra i più citati WHODAS 2.0, Iso-Smaf, SVAMA, MDS/RAI. Oppure elaborazioni della griglia AGGIR francese o del sistema di valutazione dell'Assicurazione sociale LTC tedesca. Sono spesso richiamati anche l'ICF e l'ICD, che sono però sistemi internazio-

cambiamenti descritti. Date le premesse, sembra invece necessaria una profonda revisione dei processi odierni e la loro ricomposizione intorno a un obiettivo comune. Definiti con chiarezza la struttura e i perimetri di questa revisione sarà più semplice, ma anche conseguente, selezionare metriche, variabili e strumenti idonei.

La Valutazione Multidimensionale (VMD)

La VMD nasce per guidare la personalizzazione di progetti di cura in grado di farsi carico globalmente dei bisogni di chi viene valutato (Parker, 2018) ⁽³⁾. La VMD è multidimensionale perché sono multidimensionali le persone, i loro bisogni e gli interventi necessari (WHO, 2013). Include anche strumenti narrativi d'interpretazione delle storie personali (Guaita, 2015); la vecchiaia non è, infatti, solo la sommatoria di malattie e disabilità, ma un complesso percorso di riorganizzazione personale e familiare. Inoltre, la VMD non è limitabile a uno strumento; è prima di tutto un processo che si aggiorna nel tempo, favorito dalla continuità delle informazioni e dalla loro fruibilità per tutti gli attori coinvolti. È un film, non la fotografia di un solo momento. Deve restituire un'immagine d'insieme della situazione delle persone, della loro storia e della potenziale evoluzione futura. Questa visione prefigura gli elementi chiave della possibile riforma del sistema italiano: processo valutativo unico; valutazione d'insieme; strumenti uniformi, aggiornati e globali; interoperabilità digitale delle informazioni.

3.3. Le indicazioni della Legge 33/2023

La Legge 33 si propone di realizzare un sistema il più possibile organico e unitario, superando l'attuale frammentazione delle misure pubbliche dislocate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali, non coordinati tra loro. Accogliendo le proposte del Patto, introduce un nuovo processo valutativo suddiviso fra una valutazione di responsabilità statale e una a titolarità locale, fra loro collegate. La prima (Valutazione Multidimen-

nali di classificazione; sono quindi utili al termine di una valutazione per codificare in modo standardizzato il funzionamento della persona o le diagnosi di malattia.

⁽³⁾ Secondo Parker, la VMD è un "processo multidimensionale e multidisciplinare che identifica i bisogni di natura medica, sociale e funzionale di una persona e guida lo sviluppo di un piano di cura integrato e coordinato per rispondere a questi bisogni" (Parker, 2018).

sionale Unificata, VMU), statale, ingloba le diverse valutazioni oggi vigenti per ricevere le prestazioni nazionali (ad esempio invalidità civile, Indennità di accompagnamento, benefici della Legge 104/92, presidi e ausili). La VMU è realizzata con uno strumento di nuova generazione, multidimensionale, standardizzato, digitalizzato, informatizzato e globale, superando le logiche dei modelli statali attualmente in uso. Regioni e Comuni, insieme, sono invece titolari delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriali, che operano secondo le indicazioni e con gli strumenti previsti dalle normative regionali. La novità è che questa valutazione parte dalle informazioni già raccolte con la VMU, aggiornandole o integrandole per quanto necessario. L'operato delle UVM è finalizzato a definire il Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI) e a stabilire quali interventi gli anziani e i loro caregiver possono ricevere fra quelli di responsabilità di Regioni e Comuni, sotto forma sia di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) che di eventuali contributi economici.

Cosa cambia rispetto a oggi?

Rispetto alla situazione odierna, il quadro delle valutazioni statali cambia interamente. Per Regioni e Comuni la novità è, invece, il collegamento con la valutazione statale. La VMU è realizzata con uno strumento multidimensionale aggiornato, globale, bio-psico-sociale; dev'essere in grado di restituire stratificazioni oggettive di bisogni e autonomie, tenendo conto anche delle risorse familiari. Quest'impostazione semplifica il percorso di anziani e famiglie, che ricevono una valutazione unica e completa, i cui risultati possono poi essere utilizzati anche dalle UVM presso i PUA, competenti per la definizione del PAI. Le UVM possono così limitarsi ad aggiornare o integrare le informazioni necessarie, anche mantenendo gli eventuali strumenti già in uso. Si parla, quindi, di due livelli valutativi fra loro connessi, con conseguente riduzione dell'attuale pletora di valutazioni e rivalutazioni. La valutazione unica nazionale, inoltre, produce profili e stratificazioni uniformi e comparabili fra le Regioni, utili per la programmazione nazionale. Questa è una variabile strategica per la governance dello SNAA, perché permette una stima efficace della consistenza e dell'evoluzione nel tempo dei bisogni.

3.4. Le indicazioni del Decreto 29/2024: valutazione e percorso unico

Il Decreto 29 sembra applicare in modo ancora più innovativo le richieste della Legge 33. Secondo i commi 1 e 6 dell'art. 27, la VMU definisce contestualmente l'eleggibilità ai benefici statali e l'individuazione dei bisogni cui rispondere attraverso il PAI. È quindi una vera valutazione unica, simile a quella dei sistemi di LTC di altri Paesi; come questi, può garantire sia prestazioni economiche (in-cash) che di servizio (in-kind). In base alla riforma italiana, le prestazioni mantengono le precedenti responsabilità erogative – l'INPS per i benefici statali, ASL e Comuni per il PAI – ma la loro attivazione è centralizzata in un solo luogo (PUA e Case della Comunità) e scaturisce da un unico strumento di VMU. Inoltre, contrariamente a oggi, gli esiti della valutazione comportano l'automatica attivazione dei benefici e dei servizi necessari. Sono, infatti, trasmessi direttamente agli enti titolari delle risposte (INPS, Comuni, ASL) senza richiedere ai cittadini ulteriori adempimenti. Il Decreto dedica anche molto spazio alla struttura del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e alla ricomposizione delle risorse disponibili all'interno di un unico budget di cura.

PUA e Case della Comunità

In questo scenario, i PUA attivi nelle Case di Comunità diventano il vero punto unico di accesso per tutti i procedimenti e servizi statali e locali. Coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando la funzionalità delle UVM, che utilizzano il nuovo strumento di VMU stabilito a livello nazionale (tab. 3.2). Svolgono funzioni di ascolto, orientamento e accoglienza delle domande (front office) e avviano l'iter per la presa in carico della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale, attivando quando necessario la VMU (back office). Sotto molti aspetti, si tratta di un'evoluzione sostanziale. Case della Comunità e PUA, che integrano le competenze di ASL e Comuni, diventano il luogo privilegiato cui le famiglie potranno rivolgersi per tutti i bisogni della non autosufficienza. Secondo il comma 11 dell'art. 29, le UVM assumono inoltre le funzioni delle precedenti Commissioni invalidi civili e utilizzano la VMU per valutare l'eleggibilità ai benefici che da esse dipendono, trasmettendo quindi all'INPS il relativo verbale e le stratificazioni per livelli di fabbisogno assistenziale prodotte dalla valutazione unica.

Tabella 3.2 - Le caratteristiche del nuovo strumento di VMU

Multidimensionale, bio-psico-sociale, globale
Digitalizzato, informatizzato, interoperabile
Omogeneo a livello nazionale
Produce indici sintetici e stratificazioni di complessità clinica, sociale e assistenziale
Unico per i benefici di competenza statale e per la rilevazione dei bisogni di competenza dei servizi locali

Interoperabilità digitale

L'art. 28 del Decreto stabilisce le regole dell'interoperabilità digitale delle informazioni fra le amministrazioni pubbliche. Le informazioni sono ricondotte all'identità digitale del cittadino e diventano fruibili da tutti i soggetti abilitati. L'interoperabilità facilita l'azione dei valutatori e riduce la necessità delle persone di produrre ripetutamente documenti e certificazioni già a disposizione della Pubblica Amministrazione. Per questo motivo, la scelta di strumenti di VMU digitali e informatizzati garantisce la circolarità delle informazioni raccolte, a beneficio dei cittadini, degli operatori e della programmazione, governo e regolazione del sistema.

3.5. Decreto 29 e cambiamenti attesi. Alcuni elementi di attenzione

Il Decreto 29 sembra introdurre indicazioni più innovative della stessa Legge Delega (tab. 3.3). Aggiunge però elementi sovrastrutturali diversi dai pochi obiettivi realmente necessari: ricomporre e semplificare il percorso di valutazione, definirne i punti chiave e scegliere uno strumento adeguato a questi obiettivi. Altre complessità presenti nel decreto potrebbero distogliere l'attenzione da ciò che è davvero rilevante e ostacolare il raggiungimento dei risultati strategici. I cambiamenti più sostanziali sono comunque rinviati ad almeno due ulteriori decreti. Quello relativo a PUA, UVM e VMU dovrebbe essere promulgato entro marzo 2025; quello relativo all'interoperabilità non prevede una scadenza precisa. In ogni caso, tutti i processi dovranno essere completati entro il 2025, data fino alla quale continuano ad applicarsi le norme e le procedure vigenti per l'accesso ai provvedimenti di competenza statale.

Tabella 3.3 - I cambiamenti introdotti dal D.Lgs. 29/2024

Area	Oggi	Domani
Identificazione di bisogni e risorse e elaborazione della richiesta di aiuto	Analizzati da persone e famiglie	Analizzati attraverso la VMU
Chi elabora la domanda di servizi?	Persone e famiglie con l'eventuale supporto di servizi sociali, medico di famiglia, specialisti, patronati, CAF	PUA e UVM con persone e famiglie. In base alla VMU sono identificati i bisogni, verificata l'eleggibilità ai benefici e servizi e attivate le risposte
A chi viene presentata la domanda?	Ai diversi sportelli, fisici o telematici, di INPS, Comuni, ASL e servizi sanitari o sociosanitari. Benefici economici e servizi sono richiesti separatamente agli enti competenti	PUA e Casa della Comunità. Benefici economici e servizi sono richiesti contestualmente
Benefici economici e servizi	Da richiedere separatamente agli enti competenti	L'eleggibilità è definita contestualmente dalla VMU e dai PUA
Quali documenti vanno presentati?	Molteplici e diversi per i tre sistemi e per gli adempimenti successivi; devono essere ripresentati per ogni nuova domanda	Quelli che non sono già a disposizione delle pubbliche amministrazioni, se necessari in relazione ai risultati della valutazione. I nuovi documenti restano nel sistema e non sarà più necessario presentarli nuovamente
Chi attiva i servizi	Persone e famiglie, attraverso domande specifiche da indirizzare a INPS, Comuni o erogatori dei servizi	Il PUA, al termine della valutazione

Il percorso a ostacoli dei nuovi decreti

I nuovi decreti dovranno seguire un iter complesso e denso di insidie. Dovranno passare al vaglio di agenzie, reti e conferenze che non condividono visioni comuni e che finora non hanno dimostrato grande sintonia, essendo permeate da culture operative e attitudini quanto mai distanti. Nel complesso, si tratta di separazioni culturali che hanno caratterizzato l'intero sviluppo della Legge 33 e del Decreto 29, difficili da superare e tali da indurre un certo pessimismo in merito agli sviluppi futuri.

PUA e Case della Comunità. Un sistema ancora da organizzare

Altre preoccupazioni nascono dai nuovi assetti territoriali previsti dal D.M. 77/2022 ⁽⁴⁾, ben lontani dalla concreta applicazione in tutte le Regioni. Secondo le intenzioni del Decreto, PUA e Case della Comunità dovranno farsi carico di nuove responsabilità e adottare modelli operativi molto diversi da quelli abituali. Oltre ad abbandonare una visione prestazionale dell'offerta, dovranno assumere per gli anziani non autosufficienti le stesse funzioni delle precedenti Commissioni Invalidi Civili e utilizzare il nuovo strumento di VMU. La rete pubblica dovrà attrarre, formare e organizzare équipe efficaci e sarà necessario predisporre numerosi accordi locali fra ATS e ASL. La storia italiana degli ultimi decenni è ricca di annunci – nazionali o regionali – sulla diffusione di punti unici o di centrali d'integrazione fra sistema sociale e sanitario, ma la realtà è sotto gli occhi di tutti. Questa potrà essere la volta buona? Dipende, ma il passato non rende ottimisti.

Alcune contraddizioni

I commi 2 e 4 dell'articolo 27 prevedono una sorta di limitazione dell'accesso ai PUA, riservato a persone affette da più malattie croniche oppure da riduzioni delle autonomie "suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento". Questi requisiti dovrebbero essere valutati da medici di famiglia, farmacie, rete ospedaliera, Comuni. Quindi, una sorta di ulteriore valutazione precedente a quella – teoricamente unica – delle UVM. Giova ricordare che, secondo i principi del Servizio sanitario nazionale, l'accesso ai PUA non può che essere libero per i cittadini di ogni età e condizione. Altrettanto confusa, inoltre, è l'indicazione in base alla quale il medico cui spetterebbe questa preselezione, nel caso ritenga la persona non idonea per l'accesso al PUA, potrebbe avviare la procedura telematica INPS per l'accertamento dell'invalidità civile con le consuete modalità oggi in uso. Lo stesso vale per le UVM, nel caso in cui la VMU definisca la persona non eleggibile ai benefici statali (comma 10 dell'art. 27). In pratica, due percorsi di valutazione concorrenti, non chiaramente delineati, in contraddizione con gli stessi principi del Decreto.

⁽⁴⁾ Dal 20 luglio 2023 è operativa una commissione – composta da ben 76 membri – che sta operando per la revisione sia del D.M. 77 che del D.M. 70 sugli standard ospedalieri. I lavori sarebbero dovuti terminare entro ottobre 2023 ma, a oggi, non ne sono ancora scaturiti risultati concreti.

3.6. Conclusioni

Il Decreto risponde in modo incisivo alle indicazioni delle Legge 33 e rispecchia molte proposte del Patto, probabilmente più di quanto avvenga per le altre parti della Legge Delega. Introduce innovazioni effettive e di portata elevata; la loro realizzazione è rimandata ad atti successivi, ma procedure e passaggi sembrano ben impostati nei loro elementi chiave. I cambiamenti potrebbero quindi diventare tangibili nel corso del 2025. Il carattere innovativo delle disposizioni potrebbe però rallentare la loro traduzione nella pratica, data anche la complessità di alcuni iter normativi e le carenze dei sistemi territoriali. Non è da sottovalutare, inoltre, l'esistenza di differenze culturali e di separazioni fra ambiti istituzionali, che potrebbero rappresentare una barriera ardua da superare. Nel complesso, il quadro a cui ci troviamo di fronte sarà un banco di prova dell'effettiva volontà – anche politica – di portare a compimento i processi delineati, non ultimo sostenendo i costi diretti e indiretti che saranno necessari.

Bibliografia

- GUAITA A. (2015), *La VMD geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali*, in "I Luoghi della Cura", 1:17-21.
- PARKER S.G., McCUE P. et al. (2018), *What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review*, in "Age Ageing", 47: 149-155.
- SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2023), *La valutazione multidimensionale della persona anziana*, SIGOT, SIMG, ISS, Roma, 16 novembre 2023.
- THE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES (AMS) (2018), *Multimorbidity: a priority for global health research*, *The Academy of Medical Sciences*, in <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity> (ultimo accesso 26/6/2024).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013), *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Exposure draft for comment, WHO, Geneva.