

Patto per un Nuovo Welfare
sulla Non Autosufficienza

ALLA RICERCA DEL FUTURO

La riforma dell'assistenza
agli anziani non autosufficienti



Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza


MAGGIOLI
EDITORE

Patto per un Nuovo Welfare
sulla Non Autosufficienza

ALLA RICERCA DEL FUTURO

La riforma dell'assistenza
agli anziani non autosufficienti



Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza

ME
MAGGIOLI
EDITORE

© Copyright 2024 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2015

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggiolieditore.it
e-mail: clienti.editore@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegati.

Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.
L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Immagine di copertina: da www.pattononautosufficienza.it.

Finito di stampare nel mese di settembre 2024
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna (RN)



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

LE REALTÀ DEL PATTO

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete - Salute a km 0
Associazione Prima la Comunità
Caritas Italiana
Cittadinanzattiva
Diaconia Valdese
Federcentri APS
Forum Disuguaglianze Diversità
Forum Nazionale del Terzo Settore
La Bottega del Possibile APS
Movimento per l'Invecchiamento Attivo
Network Non Autosufficienza (NNA)
Percorsi di Secondo Welfare
Rinata APS – ETS

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

ANAP Confartigianato Persone – Associazione Nazionale Anziani e Pensionati
ANPA Confagricoltura – Associazione Nazionale Pensionati Agricoltori
ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia
Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati
CNA Pensionati
FNPA Casartigiani – Federazione Nazionale Pensionati Artigiani
FNP CISL PENSIONATI

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

AIP – Associazione Italiana Psicogeriatra
ANSDIPP – Ass. dei Manager del Sociale e del Sociosanitario
CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti
CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
FNOFI – Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti
SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
A.L.I.Ce. Italia ODV – Lotta all'Ictus Cerebrale
Alzheimer Uniti Italia Onlus
AMOR – Associazione Malati in Ossigeno-Ventiloterapia e Riabilitazione
ANNA – Associazione Nutriti Artificialmente
ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico
Associazione Apoici Italiani – APS
Associazione Comitato Macula
Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
Associazione Respiriamo Insieme APS
CARER ETS - Caregiver Familiari
Confederazione Parkinson Italia
DOMINA – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico
FAIS – Associazioni Incontinenti e Stomizzati
Federazione Alzheimer Italia
FIDALDO – Federazione Italiana dei Datori di Lavoro Domestico
Forum Nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'Organo e di Volontariato
Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico
SOS Alzheimer

RAPPRESENTANTI DI REALTÀ CHE OFFRONO INTERVENTI E SERVIZI

AGeSPI – Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive
ANASTE – Ass. Nazionale Strutture Terza Età
ARIS – Ass. Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Assoprevenienza – Ass. Italiana per la Prevenienza Complementare
Confcommercio Salute, Sanità e Cura
Consorzio MUSA – Consorzio Mutue Sanitarie
FIMIV - Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria
Legacoopsociali
Professione in Famiglia
UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
ASSIFERO – Ass. Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

Indice

<i>Premessa</i>	Pag.	9
1. La riforma nazionale dell'assistenza agli anziani	»	11
1.1. Ventisei anni di attesa	»	11
1.2. Il cammino della riforma.....	»	13
1.3. Gli obiettivi della riforma	»	15
Bibliografia	»	18

PARTE PRIMA

Un sistema integrato

2. Il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA).....	»	21
2.1. Un'eredità storica.....	»	21
2.2. Verso un sistema integrato: le strategie possibili	»	22
2.3. L'architettura dello SNAA	»	24
2.4. Le opportunità	»	26
2.5. I rischi.....	»	27
2.6. L'esperienza internazionale	»	28
2.7. Gradualità e apprendimento	»	29
2.8. Lo SNAA: da compito di oggi a obiettivo per domani.....	»	29
Bibliografia.....	»	30
3. La valutazione unificata della non autosufficienza.....	»	31
3.1. La situazione italiana	»	31
3.2. Strumenti e processi	»	32
3.3. Le indicazioni della Legge 33/2023.....	»	34
3.4. Le indicazioni del Decreto 29/2024: valutazione e percorso unico	»	36
3.5. Decreto 29 e cambiamenti attesi. Alcuni elementi di attenzione.....	»	37

3.6. Conclusioni.....	Pag.	40
Bibliografia.....	»	40
4. Il monitoraggio.....	»	41
4.1. Impossibile governare ciò che non si conosce.....	»	41
4.2. Il sistema nazionale di monitoraggio integrato.....	»	42
4.3. La griglia fabbisogni/risposte	»	45
Bibliografia	»	48

PARTE SECONDA

Nuovi modelli d'intervento

5. I servizi domiciliari.....	»	51
5.1. La risposta che non c'è.....	»	51
5.2. Una domiciliarità per la non autosufficienza	»	53
5.3. Riforma sì, riforma no	»	55
5.4. Azioni parallele ma non comunicanti	»	56
5.5. Guardare avanti	»	57
Bibliografia.....	»	58
6. I servizi residenziali.....	»	59
6.1. La situazione attuale	»	59
6.2. Una visione distorta della realtà. Come perdere un'occasione	»	63
6.3. Che cosa dice la Legge 33.....	»	64
6.4. Che cosa dice il Decreto 29/2024	»	65
6.5. I servizi residenziali fra diritti esigibili e silos amministrativi.	»	67
6.6. Conclusioni.....	»	71
Bibliografia.....	»	72
7. L'Indennità di accompagnamento e la Prestazione universale	»	73
7.1. Una misura immutata dal 1980.....	»	73
7.2. Un giudizio condiviso	»	74
7.3. Le resistenze al cambiamento	»	76
7.4. L'introduzione della riforma dell'IDA	»	78
7.5. La cancellazione della riforma dell'IDA	»	79
7.6. Guardando avanti	»	80
Bibliografia.....	»	81

8.	Le assistenti familiari	Pag.	83
8.1.	Introduzione	»	83
8.2.	La Legge Delega e il Decreto Attuativo.....	»	83
8.3.	Una politica a favore del lavoro privato di cura	»	84
8.4.	Adeguare l'offerta alla domanda	»	85
8.5.	Incentivare l'emersione dal mercato irregolare	»	86
8.6.	Formare e qualificare il lavoro.....	»	87
8.7.	Accompagnare l'incontro domanda/offerta	»	88
8.8.	Conclusioni.....	»	90
	Bibliografia.....	»	90
9.	I caregiver familiari	»	91
9.1.	Di chi parliamo.....	»	91
9.2.	I bisogni dei caregiver familiari	»	92
9.3.	I caregiver familiari nella riforma	»	95
9.4.	Da una norma all'altra	»	98
	Bibliografia.....	»	98

PARTE TERZA

L'ampliamento dell'offerta

10.	Il finanziamento e la spesa	»	101
10.1.	La spesa pubblica	»	101
10.2.	Programmazione e governance	»	104
10.3.	Una contraddizione apparente	»	104
10.4.	Primo e secondo pilastro	»	105
	Bibliografia	»	108

PARTE QUARTA

Uno sguardo d'insieme

11.	Un bilancio	»	111
11.1.	Tirare le fila.....	»	111
11.2.	Un sistema integrato	»	112
11.3.	Nuovi modelli d'intervento	»	113
11.4.	L'ampliamento dell'offerta	»	116
11.5.	Un giudizio d'insieme.....	»	117

12. Una questione di prospettive	Pag.	119
12.1. Sguardo corto e sguardo lungo	»	119
12.2. Lo sguardo corto (vicenda PNRR)	»	120
12.3. Lo sguardo lungo (riforma necessaria)	»	121
12.4. I passi in avanti	»	122
12.5. Un'eredità da far fruttare	»	125
Bibliografia	»	125
<i>Gli Autori</i>	»	127

Premessa

Attesa da un quarto di secolo, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata introdotta nel nostro Paese con la Legge Delega 33/2023 e il successivo Decreto Attuativo 29/2024. Il dibattito su questi atti, sui loro pregi, sui loro difetti e sulle prospettive future vede in campo posizioni differenti. Una valutazione, invece, raccoglie un diffuso consenso: i contenuti della riforma sono troppo poco noti rispetto alla rilevanza della materia.

Questo volume, dunque, nasce dall'intenzione del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza di promuovere la conoscenza della riforma e il confronto pubblico in merito. Il testo si propone come una guida – chiara e accessibile – che ne illustra gli elementi principali e ne analizza punti di forza e punti di debolezza.

Il libro è organizzato in quattro parti, di cui le prime tre corrispondono agli obiettivi della riforma: la costruzione di un settore unitario, il superamento dell'attuale frammentazione delle misure; la definizione di nuovi modelli d'intervento, adatti alle specificità della non autosufficienza di oggi; l'ampliamento dell'offerta di risposte, per colmare l'attuale carenza di servizi. La quarta, e ultima, parte propone, invece, una visione d'insieme sulla riforma e sulle sue prospettive.

Per assicurarne la massima accessibilità, il libro è acquistabile in cartaceo così come disponibile gratuitamente sul sito del Patto (www.pattoautosufficienza.it); possono essere scaricati sia il testo nel suo insieme sia i singoli capitoli.

Venendo agli autori e alle autrici, il capitolo 1 è di Cristiano Gori, il capitolo 2 di Cristiano Gori e Franco Pesaresi, il capitolo 3 di Fabrizio Giunco, il capitolo 4 di Laura Pelliccia, il capitolo 5 di Cristiano Gori e Franco Pesaresi, il capitolo 6 di Fabrizio Giunco, il capitolo 7 di Cristiano Gori e Rosemarie Tidoli, il capitolo 8 di Sergio Pasquinelli e Francesca Pozzoli, il capitolo 9 di Loredana Ligabue, il capitolo 10 di Franca Maino e Laura Pelliccia, il capitolo 11 di Cristiano Gori e il capitolo 12

di Cristiano Gori. Rosemarie Tidoli ha lavorato alla revisione e alla messa a punto dei capitoli mentre Cristiano Gori ha curato il coordinamento complessivo del progetto.

Gli Autori e le Autrici ringraziano Teresa Andreani e Michela Biolzi per i proficui scambi di idee in merito al capitolo 2, Milena Vaineri, Davide Vicari, Giulia De Nicola e Sara Barsanti in merito al capitolo 4, Daniele Massa in merito al capitolo 6, Costanzo Ranci in merito al capitolo 7. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente degli Autori e delle Autrici.

1. La riforma nazionale dell'assistenza agli anziani

1.1. Ventisei anni di attesa

A partire dalla fine del secolo scorso, nella società e nella politica italiana è cresciuta la consapevolezza della necessità di rivedere il sistema di *welfare* per renderlo più adeguato all'impetuoso aumento degli anziani non autosufficienti, alle loro esigenze sempre più complesse e ai bisogni dei familiari. Da allora in poi, numerose proposte sono state avanzate da più parti. La prima risale al 1997 e fu presentata dalla Commissione Onofri, nominata dal Governo Prodi. Con il successivo Governo Berlusconi, nel 2003, la Commissione presieduta dai Ministri Sirchia e Maroni elaborò, a sua volta, una propria proposta. Durante il Governo Prodi II il Ministro della Solidarietà Sociale Ferrero presentò, nel 2007, un Disegno di Legge Delega sulla non autosufficienza. Infine, nel 2009 il Ministro Sacconi preparò un "libro bianco" di proposte (Governo Berlusconi) e nel 2012 il Sottosegretario Guerra predispose la Bozza di Decreto Legge "Programma Nazionale per la non autosufficienza". Nessuno di questi atti ebbe conseguenze concrete. Nel corso degli anni, svariate proposte sono state presentate anche da parlamentari o commissioni parlamentari, con il medesimo esito.

Nel tempo, sforzi elaborativi in direzione di una riforma sono stati compiuti pure da vari gruppi di ricerca, come CAPP, IRS e NNA. Tra i soggetti sociali va menzionata la proposta di legge d'iniziativa popolare del 2005 a opera di CGIL-CISL-UIL pensionati, ripresentata nel 2018 con un nuovo documento unitario. Complessivamente, sono diciassette le principali proposte di riforma nazionale avanzate a partire dalla fine degli anni '90 da attori politici, sociali o da esperti, considerando solo quelle che comprendono l'insieme degli interventi per la non autosufficienza e non le elaborazioni relative a singoli settori d'intervento. Tra la prima (1997) e l'approvazione della Legge Delega da parte del Parlamento (2023) sono trascorsi 26 anni.

Passi in avanti e passi indietro

Il lungo periodo di attesa della riforma sopra richiamato può essere suddiviso nelle tre fasi esposte di seguito (tab. 1.1). Durante la prima, tra la conclusione degli anni '90 e il 2008, ha avuto luogo una vasta discussione ed è stata avanzata la maggior parte delle proposte ⁽¹⁾. Tuttavia, la stagione che in numerosi Paesi simili al nostro ha visto l'introduzione di robuste riforme nazionali (tab. 1.3), in Italia non ha portato a un analogo risultato. Si è chiusa quindi senza esito quella che gli scienziati politici chiamano una "finestra di opportunità": un periodo temporalmente limitato nel quale si vengono a creare le condizioni per modificare assetti consolidati – in questo caso nelle politiche nazionali di protezione sociale – a patto che vi siano uno o più attori politici capaci di sfruttarle (Kingdon, 1984) ⁽²⁾.

La seconda fase si estende dall'inizio della lunga crisi economica, cominciata nel 2008, sino all'insorgere della pandemia da Covid-19. In questi anni, l'interesse riformatore dello Stato in materia di *welfare* si è spostato verso altri temi, anch'essi tradizionalmente poco considerati, chiamati direttamente in causa dal nuovo panorama sociale: la povertà e la disoccupazione. Tale attenzione è sfociata in un sostanzioso pacchetto di riforme: un notevole rafforzamento degli ammortizzatori sociali – con l'introduzione dell'Aspi prima (Governo Monti, 2012) e della Naspi poi (Governo Renzi, 2014) – e l'adozione di una misura nazionale di contrasto alla povertà, il Reddito d'Inclusione (Governo Gentiloni, 2017), successivamente sostituito dal Reddito di Cittadinanza (Governo Conte I, 2019). In questo periodo l'interesse politico e mediatico nei confronti della non autosufficienza è stato minimo.

L'irrompere del Covid-19 ha mutato lo scenario dando il via alla terza fase, che ha portato alla Legge Delega 33/2023 e al successivo Decreto Attuativo 29/2024 ⁽³⁾. In questo periodo, dal 2020 in poi, la condizione degli anziani non autosufficienti ha riscosso, nei media e nella società, un'attenzione senza precedenti nella storia italiana. Essi, infatti, si sono drammaticamente trovati al centro della scena da numerosi punti di vista: come

⁽¹⁾ La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata spesso discussa congiuntamente a quella delle politiche rivolte a giovani e adulti con disabilità. Qui ci si riferisce esclusivamente alla prima.

⁽²⁾ KINGDON J.W. (1984), *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston, Little Brown.

⁽³⁾ Si tratta del Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante indicazioni in attuazione della Legge Delega 33/2023. Per maggiore chiarezza, qui e nel resto del testo, si parla di Decreto Attuativo.

vittime della pandemia, come ospiti di strutture residenziali in difficoltà nel proteggerli dal contagio (Ranci, 2024) ⁽⁴⁾, come mancati utenti dei pochi servizi domiciliari disponibili e altro ancora. Dunque, la tragedia del Covid-19 ha recato con sé l'accresciuto rilievo sociale e mediatico verso la non autosufficienza, creando un contesto favorevole all'introduzione della riforma (Gori, Trabucchi, 2021) ⁽⁵⁾. Nella dinamica storica del *welfare* italiano si è, in altre parole, aperta una seconda "finestra di opportunità". A differenza della prima, questa volta la riforma è stata introdotta attraverso il suo inserimento nel PNRR.

Tabella 1.1 - Le fasi del percorso

Periodo	Tratti distintivi
Prima fase (1997-2007)	Condizioni per la riforma, nessuna riforma (prima "finestra di opportunità")
Seconda fase (2008-2020)	Disattenzione
Terza fase (2021-2024)	Condizioni per la riforma, introduzione riforma (seconda "finestra di opportunità")

1.2. Il cammino della riforma

L'iter riforma sulla non autosufficienza è articolato in diverse tappe (tab. 1.2), dal suo inserimento nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'aprile 2021, sino alla promulgazione del Decreto Attuativo, nel marzo 2024. Di seguito i passaggi principali.

L'inserimento della riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (aprile 2021)

Nonostante il nuovo clima di attenzione verso la questione della non autosufficienza, la prima versione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentata dal Governo Conte II all'inizio del gennaio 2021, non prevedeva alcuna riforma. Pertanto le organizzazioni della società civile – che,

⁽⁴⁾ RANCI C. (2024), *Cronaca di una strage nascosta. La pandemia nelle case di riposo*, Milano, Mimesis.

⁽⁵⁾ GORI C., TRABUCCHI M. (2021), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA) (a cura di), *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Settimo rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 11-32.

in seguito, hanno dato vita al Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza – decisero di elaborare una dettagliata proposta per la sua introduzione. L'intensa attività di pressione messa in campo – definita dall'allora ministro del Welfare Orlando "lobbismo buono" (Orlando, 2021 ⁽⁶⁾) – indusse il Governo nel frattempo entrato in carica (Draghi) a inserire la riforma nella versione definitiva del PNRR (aprile 2021).

L'approvazione della Legge Delega (marzo 2023)

Le organizzazioni che si erano impegnate in tale direzione si unirono formalmente nel luglio 2021, costituendo il Patto e avviando poi un'intensa attività volta a definire nel dettaglio una proposta organica, resa pubblica nel marzo 2022. Da allora ha avuto inizio una lunga e complessa interlocuzione con le istituzioni per elaborare l'impianto della riforma, che ha riguardato: Gabinetto del Presidente del Consiglio, Commissione Paglia presso la Presidenza, Commissione Turco presso il Ministero del Welfare, Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato. Si è trattato di un lavoro intenso e sfibrante a causa del numero di soggetti coinvolti, dei rapporti conflittuali tra le diverse parti dell'Esecutivo e dell'Amministrazione e della complessità tecnica della materia. Il primo esito è stato lo Schema di Disegno di Legge Delega approvato dal Governo Draghi il 12 ottobre, quando già le elezioni di settembre avevano indicato una nuova maggioranza di destra. Il testo recepisce ampiamente le proposte della società civile elaborate dal Patto.

A gennaio 2023 il Governo Meloni ha approvato a sua volta il Disegno di Legge Delega, confermando sostanzialmente quello della legislatura precedente. Successivamente si è svolto il dibattito parlamentare, durante il quale ulteriori contenuti del Patto sono entrati a far parte della Legge Delega, approvata dal Parlamento italiano il 21 marzo (Legge 33/2023) ⁽⁷⁾.

⁽⁶⁾ <https://www.vita.it/orlando-la-coprogettazione-sara-il-metodo-del-ministero-del-welfare/>.

⁽⁷⁾ Di seguito vengono sintetizzati i contenuti della Legge 33/2023 dovuti al Patto. Ci si riferisce alle sue proposte specifiche, non avanzate da nessun altro soggetto coinvolto nella predisposizione del testo (commissioni ministeriali, ministeri, attori sociali, parti politiche). Questi contenuti sono suddivisi in base agli obiettivi della riforma, illustrati nel paragrafo successivo. Per l'obiettivo "costruire un settore unitario": introduzione dello SNAA, riforma delle valutazioni della condizione dell'anziano, integrazione tra ambiti e distretti, relazione annuale sul Piano nazionale. Per l'obiettivo "definire nuovi modelli d'intervento": durata e intensità adeguata dei servizi domiciliari; indicazioni sulle cure palliative; indicazioni sulla residenzialità; tutela delle persone con disabilità pregresse; prestazione universale per la non autosufficienza; standard di competenze e formativi per assistenti familiari.

L'emanazione del Decreto Attuativo (marzo 2024)

La Legge Delega 33/2023 reca l'impianto generale della riforma mentre il ruolo del Decreto Attuativo dovrebbe consistere nel tradurla in indicazioni puntuali. Il 15 marzo 2024 è stato promulgato il Decreto 29/2024: questo, però, in gran parte non contiene le attese indicazioni attuative ma rappresenta di fatto una riscrittura della Legge Delega che, in numerosi passaggi di primaria importanza, ne modifica nettamente i contenuti. Il Patto ha prodotto un'ampia mole di proposte per il Decreto Attuativo, che il Governo non ha ritenuto di prendere in considerazione. Più in generale, il testo è stato elaborato dall'Esecutivo in assenza di interazioni sostanziali con altri soggetti. Dopo la sua emanazione, la Conferenza delle Regioni ha espresso parere negativo, le Commissioni parlamentari competenti hanno presentato numerose obiezioni e il Patto ha formulato diverse critiche.

Tabella 1.2 - Il cammino della riforma

Periodo	Esito	Influenza del Patto
Gennaio 2021 Aprile 2021	Inserimento della riforma nel PNRR	Molto alta
Maggio 2021 Marzo 2023	Legge Delega (33/2023)	Alta
Aprile 2023 Marzo 2024	Decreto Attuativo (29/2024)	Molto bassa

1.3. Gli obiettivi della riforma

Gli anziani non autosufficienti sono persone con disabilità di natura fisica (motoria), sensoriale 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 l'Istat, nel nostro Paese si tratta di 3,9 milioni di individui con almeno 65 anni: se si considerano anche i familiari che li assistono e chi lo fa professionalmente si arriva a 10 milioni di persone. L'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) consiste nel complesso di servizi alla persona – domiciliari, semi-residenziali e residenziali – e di sostegni economici forniti con continuità per far fronte alla sopraccitata condizione di dipendenza ⁽⁸⁾. La tabella 1.3 illustra il perimetro

⁽⁸⁾ La Legge 33/2023 e il successivo Decreto 29/2024 contengono anche una parte

delle risposte a titolarità pubblica, come abitualmente raffigurato nel dibattito scientifico e nei documenti ufficiali, internazionali (ad es. Commissione Europea) o nazionali (ad es. Ragioneria Generale dello Stato).

Tabella 1.3 - L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti in Italia

Soggetto titolare	Misure
Stato	Indennità di accompagnamento, Legge 104/1992, agevolazioni fiscali/contributive
Regioni	Servizi e interventi sociosanitari (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)
Comuni	Servizi e interventi sociali (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)

La riforma prevista nel PNRR, come anticipato, è la prima nella storia d'Italia, al pari di quelle introdotte – seppur decisamente prima – nei Paesi vicini (tab. 1.4). Il motivo di fondo che ha portato alla loro realizzazione è il medesimo: sino agli anni '80 la dimensione numerica della popolazione anziana era contenuta mentre, a partire da allora, ha conosciuto una forte crescita. Tutte le riforme, dunque, cercano di modificare strutturalmente i sistemi di welfare, ideati quando gli anziani non autosufficienti erano assai meno di oggi, per metterli in condizione di rispondere alla loro sempre più diffusa presenza nonché alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni (Rothgang et al., 2020) ⁽⁹⁾.

Tabella 1.4 - Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Paese	Anno di introduzione
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Portogallo	2006
Spagna	2006
Italia	2023

sulla riforma delle politiche per l'invecchiamento attivo, non prevista nel PNRR. Il volume non la prende in considerazione.

⁽⁹⁾ ROTHGANG H., FISCHER J., STERNNKPF M., DOTTER L.F. (2020), *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Università di Brema, Research Centre in Inequality and Social Policy.

Coerentemente con una simile impostazione, la Legge Delega 33/2023 affronta le principali aree tematiche di questa politica pubblica: la regolazione e la governance dei rapporti tra gli attori coinvolti (il “come”), il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari (il “cosa”) e l’ampiezza dell’offerta di interventi (il “quanto”). Per ognuna viene perseguito un obiettivo strategico, a cui è dedicata una parte del nostro testo. Vediamoli.

- i) La costruzione di un settore unitario. S’intende superare l’attuale frammentazione delle misure pubbliche, dislocate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire. Si punta, dunque, alla realizzazione di un sistema il più possibile organico e unitario a tutti i livelli: assetto istituzionale, organizzazione dei servizi, percorso di anziani e famiglie, interventi offerti.
- ii) La definizione di nuovi modelli d’intervento. Non di rado, quelli oggi esistenti sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate ad affrontare il futuro, che non prendono debitamente in considerazione le specificità dello stato di non autosufficienza e le differenze tra chi versa in questa condizione. Si pensi, ad esempio, all’ADI, agli interventi per le demenze, agli standard previsti per la residenzialità in alcuni contesti, all’Indennità di accompagnamento, e così via.
- iii) L’ampliamento dell’offerta. Tale estensione, da realizzare nei servizi alla persona, dipende dal reperimento di finanziamenti addizionali. Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi sono infatti insufficienti 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 nelle varie aree del Paese.

Anche in una realtà territorialmente eterogenea come la nostra, queste questioni riguardano tutta l’Italia, benché si manifestino con differenze (anche notevoli) di forma e intensità. Nel fronteggiarle, quindi, bisogna trovare un punto d’incontro tra la necessità di avere regole e diritti nazionali, da una parte, e il riconoscimento delle differenze geografiche e di quanto già realizzato a livello locale, dall’altra.

La tabella 1.5 sintetizza obiettivi e temi della riforma, collocandoli all’interno del volume. Come anticipato in premessa, mentre le prime tre parti del libro sono dedicate ai diversi obiettivi, l’ultima propone una visione d’insieme.

Tabella 1.5 - La riforma: obiettivi e argomenti

OBIETTIVO (Parte del volume)	ARGOMENTI
<p>La costruzione di un sistema unitario (Prima parte)</p> <p>Problema: la caotica frammentazione del settore Area tematica: il “come”, cioè la regolazione e la governance dei rapporti tra gli attori</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani • La valutazione unificata della non autosufficienza • Il monitoraggio
<p>La definizione di nuovi modelli d'intervento (Seconda parte)</p> <p>Problema: i modelli non adeguati alla non autosufficienza di oggi Area tematica: il “cosa”, cioè il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I servizi domiciliari • I servizi residenziali • L'Indennità di accompagnamento • Le assistenti familiari • I caregiver familiari
<p>L'ampliamento dell'offerta (Terza parte)</p> <p>Problema: l'inadeguatezza degli attuali stanziamenti pubblici dedicati Area tematica: il “quanto”, cioè l'estensione dell'offerta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il reperimento di nuove risorse

Bibliografia

- GORI C., TRABUCCHI M. (2021), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA) (a cura di), *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Settimo rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 11-32.
- KINGDON J.W. (1984), *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston, Little Brown.
- ORLANDO A. (2021), *La co-progettazione sarà il metodo del Ministero del Welfare*, in “Vita.it”, 12 novembre.
- RANCI C. (2024), *Cronaca di una strage nascosta. La pandemia nelle case di riposo*, Milano, Mimesis.
- 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*, Università di Brema, Research Centre in Inequality and Social Policy.

PARTE PRIMA
Un sistema integrato

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.

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.

4. Il monitoraggio

4.1. Impossibile governare ciò che non si conosce

Il Decreto 29/2024 non prevede l'introduzione del sistema nazionale di monitoraggio integrato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, quanto mai necessario. Ci si riferisce qui ad un'architettura statale, con articolazioni regionali, responsabile di monitorare congiuntamente le tre filiere del settore (politiche sociali, politiche socio-sanitarie, prestazioni INPS), considerando l'intero ventaglio delle risposte coinvolte (contributi monetari/servizi domiciliari/residenziali/diurni). Il Decreto, infatti, si limita a predisporre il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, che oggi non esiste, ferme restando le procedure – già previste – di monitoraggio dei Livelli essenziali sanitari (LEA). Secondo le indicazioni della Legge Delega 33/2023, il sistema di monitoraggio unitario avrebbe dovuto rappresentare il cuore pulsante dello SNAA: la decisione di non realizzarlo è coerente con quella di rinunciare a una governance di sistema (cap. 2). D'altra parte, il monitoraggio è irrinunciabile perché, in sua assenza, le politiche per la non autosufficienza sono condannate a risultare una scatola vuota: non è possibile governare ciò che non si conosce (Nutti et al. 2016, 2017; Barsanti, 2020) ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ NUTI S., VOLA F., BONINI A., VAINIERI M. (2016), *Making governance work in the healthcare sector: evidence from a "natural experiment" in Italy*, in "Health Economics, Policy and Law", 11(1):17-38.

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.

4.2. Il sistema nazionale di monitoraggio integrato

Il Patto ritiene vitale l'istituzione del sistema nazionale di monitoraggio integrato della non autosufficienza, strumento di rappresentazione oggettiva e continua dell'assistenza agli anziani grazie a specifici indicatori appositamente selezionati per rappresentarne le dimensioni chiave, da alimentare tramite gli attuali sistemi informativi.

A tal fine, si dovrebbe utilizzare un approccio ragionevole, che valorizzi l'esistente. In Italia, infatti, esistono già numerose fonti informative che riguardano, in tutto o in parte, l'assistenza agli anziani. Esse sono ben più di quanto abitualmente si ritenga ⁽²⁾ ma, mancando a livello istituzionale specifici rapporti periodici sulla LTC anziani, non esistono momenti di ricomposizione del quadro informativo finalizzati a fare sintesi e collegare le informazioni su ogni territorio.

Pertanto, non si tratta né di introdurre nuove fonti né di modificare quelle in essere, bensì di:

- selezionare le informazioni specifiche per la LTC, evitando approssimazioni grossolane nella misurazione dei volumi di interventi ⁽³⁾, che non consentono d'isolare quelli rivolti a questo target;
- collocarle in un quadro d'insieme predisponendo un sistema informativo organico, tramite un opportuno processo di raccordo tra fonti diverse, mirato anche a risolvere eventuali incoerenze tra i vari canali ⁽⁴⁾.

Così facendo, peraltro, si eviterebbe di creare potenziali conflitti con le funzioni dei sistemi previgenti: si pensi al monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 9 del decreto legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56 (NSG, nuovo sistema di garanzia) che, benché abbia lo scopo di verificare il rispetto dei LEA, non può certo qualificarsi quale strumento per fotografa-

⁽²⁾ Solo per citarne alcuni: flusso SIAD, rilevazione FLS21, flusso FAR, rilevazione STS 24, indagine ISTAT sui servizi sociali, indagine ISTAT su presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, SIUSS, flussi INPS su Indennità di accompagnamento, banche dati sulla spesa del SSN.

⁽³⁾ Ad esempio la misurazione dell'obiettivo ADI-PNRR che si limita al conteggio degli anziani assistiti, a prescindere dall'intensità e dalla durata del servizio erogato, non consentendo dunque di isolare la quota riconducibile alla LTC. Sul tema si veda Pelliccia, 2024.

⁽⁴⁾ Ci si riferisce ad esempio ai disallineamenti tra le diverse fonti sul numero di posti per anziani.

re l'assistenza agli anziani non autosufficienti ⁽⁵⁾. Tramite l'opportuna valorizzazione del patrimonio informativo già esistente per le filiere sanitarie e assistenziali sarebbe possibile implementare un set di indicatori SNAA, pur mantenendo il ruolo del NSG.

Tale sistema di monitoraggio permetterebbe di:

- i) conoscere per governare, assicurando gli strumenti conoscitivi necessari per verificare l'andamento complessivo del settore, evidenziando gli aspetti positivi e predisponendo i necessari correttivi per quelli negativi;
- ii) valorizzare la specificità della non autosufficienza. A tal fine è importante diffondere il concetto che le numerose politiche e i molteplici interventi esistenti vanno considerati non singolarmente ma come elementi di un sistema unitario, spingendo tutti i soggetti coinvolti a ragionare in questi termini;
- iii) sviluppare i confronti tra Regioni, oggi estremamente limitati ma con un grande potenziale di apprendimento reciproco;
- iv) evitare di richiedere spesa pubblica aggiuntiva, poiché non si tratta di mettere in piedi nulla di nuovo bensì di valorizzare l'esistente.

Ulteriori aspetti operativi

Passiamo ora ad altri aspetti di rilievo riguardanti la traduzione della novità proposta in pratica. Primo, l'oggetto. Come anticipato, il monitoraggio dovrebbe comprendere l'intera filiera degli interventi di diversa natura (contributi monetari/servizi) e setting (domiciliare/residenziale). Si dovrebbe tener conto anche delle varie caratteristiche dell'assistenza (non solo il numero di assistiti ma anche quante ore di assistenza ricevono, l'appropriatezza degli interventi rispetto ai bisogni, la loro qualità, frequenza e durata nel tempo, l'equità nell'accesso alle prestazioni) in base a quanto raccomandato da tempo a livello internazionale (OCSE, Commissione Europea, 2013) ⁽⁶⁾.

Secondo, l'unità territoriale di riferimento. Nell'erogazione dei servizi e degli interventi sono coinvolti più livelli di governo e molteplici soggetti giuridici pubblici e privati. In una prima fase si arriverà a prendere in considerazione, oltre al livello di governo centrale, quello delle Regioni. Successi-

⁽⁵⁾ Recentemente, con l'istituzione dal 2019 del Nuovo Sistema di Garanzia, alcuni indicatori come quello sull'ADI per gli anziani sono stati rimossi. È stato mantenuto un unico e generico indicatore sull'assistenza residenziale.

⁽⁶⁾ OCSE, Commissione Europea (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OCSE Health Policy Studies, OCSE Publishing, Parigi.

vamente si potrà valutare la possibilità di effettuare comparazioni anche tra le ASL e i Distretti-ATS; in ogni caso ci si aspetta che un siffatto monitoraggio possa promuovere a livello locale l'adozione di logiche simili tra i vari attori territoriali tenuti a fare sintesi degli interventi.

Terzo, il percorso di costruzione del sistema integrato. L'iter dovrebbe essere graduale e partecipato, con una fase iniziale dedicata alla messa a punto e alla verifica di un primo set d'indicatori. Inoltre, in ogni passaggio dovrebbero venire coinvolti gli enti locali e la comunità scientifica di riferimento.

Quarto, cosa dovrebbe offrire questo sistema di monitoraggio. Sono già identificabili alcuni dei prodotti che progressivamente, in parallelo all'evoluzione del predetto modello, saranno implementati: i) piattaforma online unica di pubblicazione del sistema di indicatori dell'assistenza agli anziani, con relativa rappresentazione e interpretazione per agevolare la lettura da parte di tutti gli stakeholder; ii) nell'ambito della predetta piattaforma, confronto tra i livelli di fabbisogno dei vari territori e le relative risposte assistenziali (griglia fabbisogni/risposte, si veda oltre); iii) a partire dai risultati del monitoraggio, realizzazione di un rapporto periodico per riferire lo stato dell'arte del settore.

Quinto, l'ente responsabile. È fondamentale individuare il soggetto istituzionale o l'ente a cui è attribuita la responsabilità del sistema di monitoraggio in tutte le sue fasi: raccolta d'informazioni, trasformazione in indicatori, analisi e comunicazione dei dati. A livello statale, oggi non esiste alcun soggetto, ministero o agenzia, che possieda tutte le competenze necessarie. Questo non sorprende, se si considera che sinora le istituzioni statali non si sono mai occupate, in forma strutturata e continuativa, di non autosufficienza. D'altra parte, se non si colma tale carenza, le probabilità di migliorare la capacità di governare quest'ambito del welfare sono scarse.

Sesto, la funzione del monitoraggio. In fase di primo avvio, il set ha valenza solo conoscitiva; successivamente, potrebbe assumere gradualmente anche un ruolo nella valutazione dell'adeguatezza degli interventi e nell'assegnazione di obiettivi specifici per le aree che presentano margini di miglioramento.

La tabella 4.1 ricostruisce i passi da compiere per dar vita al sistema di monitoraggio integrato, con la riconduzione dei diversi flussi esistenti al quadro unitario del sistema informativo dedicato e il suo uso per ricostruire le attività svolte e gli interventi forniti. Infine, i dati di monitoraggio sull'offerta di risposte possono essere incrociati con quelli riguardanti il profilo degli utenti (raccolti attraverso la nuova scheda di valutazione multidimensionale, VMU, cfr. cap. 3), in modo da dar vita alla griglia fabbisogni/risposte esaminata nel prossimo paragrafo.

Tabella 4.1 - Il nuovo quadro – Sintesi

Azione	Esito
Collocazione dei diversi flussi informativi esistenti in un quadro unitario	Sistema informativo dedicato alla non autosufficienza
Utilizzo del sistema informativo per la rappresentazione delle attività svolte e degli interventi forniti	Sistema nazionale di monitoraggio integrato
Letture congiunte dei bisogni dell'utenza (grazie ai dati Vamu) e dell'offerta di servizi e interventi (grazie ai dati del monitoraggio)	Griglia fabbisogni/risposte

4.3. La griglia fabbisogni/risposte

Lo stato dell'arte

Nel disegnare il sistema di monitoraggio dello SNAA, risulta utile definire strumenti di governance che misurino e promuovano l'erogazione di livelli di assistenza coerenti con i bisogni degli anziani di ogni territorio.

I sistemi di monitoraggio della non autosufficienza vigenti, tuttavia, oggi non riescono a indagare l'aspetto del confronto tra bisogni e risposte, per diversi motivi:

- allo stato dell'arte, la citata mancanza di uno strumento di valutazione nazionale condiviso rende impossibile paragonare la diffusione e l'intensità della non autosufficienza delle singole Regioni;
- le difficoltà che si incontrano nel comparare i livelli di offerta regionali sono legate, innanzitutto, alle differenti denominazioni dei servizi (si pensi, ad esempio, quanti diversi termini esistono per indicare la RSA);
- gli indicatori utilizzati per verificare i LEA e quelli utilizzati per il PNRR non sono "tarati" sugli anziani non autosufficienti: ad esempio, il puro conteggio degli anziani assistiti in ADI non è indicativo del numero di beneficiari di prestazioni domiciliari per cause legate alla non autosufficienza;
- a fronte di un unico bisogno (la non autosufficienza), i sistemi di rilevazione dell'offerta locale sono rigidamente suddivisi tra sanità e sociale, nella più totale assenza di azioni di raccordo che permettano di ottenere una fotografia integrata delle risposte locali.

L'occasione della riforma

La riforma in corso presenta alcune opportunità per la costruzione di processi di comparazione più affinati, innanzitutto grazie all'introduzione della Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) (cap. 3). Una volta a regime, la VMU si configurerà come uno strumento comune dei territori per raccogliere informazioni omogenee sui bisogni degli assistiti, superando i limiti dell'attuale disomogeneità valutativa dei sistemi di accesso.

Ciò consentirà di conoscere in maniera oggettiva (sulla base delle informazioni raccolte con strumenti omogenei della VMU) quanti sono i non autosufficienti di ciascuna Regione e qual è il loro grado di non autosufficienza. In altre parole, in analogia con la logica della stratificazione della popolazione ampiamente auspicata dalle recenti politiche sanitarie (si pensi alle piramidi della cronicità del Piano Nazionale Cronicità e allo stesso D.M. 77), si potrà costruire la piramide della non autosufficienza di ciascuna Regione e confrontarla con quella delle altre. Ogni livello della piramide rappresenterà il numero di anziani accomunati ("omogenei") dallo stesso grado di non autosufficienza e, pertanto, equiparabili anche sul piano del fabbisogno assistenziale richiesto dalle loro specifiche esigenze.

Questo tipo di lettura "affinata" della domanda espressa potrebbe essere accompagnata da un altrettanto affinato sistema di classificazione dell'offerta. Per superare le difficoltà legate alle diverse denominazioni locali dei servizi, infatti, la riforma potrebbe prevedere la definizione di un accordo semantico tra Regioni; ciò permetterebbe di ricondurre l'offerta a un sistema di classificazione comune degli interventi per la non autosufficienza.

La categorizzazione delle risposte poggerà su una logica di tipo funzionale. Ci si domanderà non tanto se un servizio è sanitario/sociale o residenziale/diurno ma, piuttosto, a quale profilo di non autosufficienza è in grado di rispondere: è rivolto ad anziani parzialmente non autosufficienti o può prendere in carico anche chi è totalmente non autosufficiente? Ogni Regione dovrà valutare qual è la finalità prevalente di ogni servizio e ricondurlo al comune nomenclatore nazionale degli interventi per la non autosufficienza.

Associando a ogni profilo di bisogno l'insieme delle prestazioni appropriate a rispondervi, si genera uno strumento di raccordo denominato "griglia fabbisogni/risposte". Essa contiene i criteri con cui un certo servizio locale è considerato rispondente a un certo profilo di bisogno, tra quelli utilizzati ai fini della stratificazione degli assistiti.

I livelli di bisogno sono indicativi dei livelli di risposte attese. Attraverso la Griglia si confrontano per ogni territorio le risposte attese con quelle effettive, predisponendo appositi indicatori per:

- vedere, per ogni profilo, che quota di anziani viene presa in carico dai relativi servizi;
- misurare se la composizione percentuale delle risposte per classe d'intensità è coerente con la distribuzione percentuale degli anziani per bisogno di intensità (si potrà ad esempio monitorare se un significativo numero di anziani molto compromessi viene inserito in strutture/servizi a bassa intensità assistenziale).

In fase di primo avvio la griglia – analogamente a tutto il sistema di monitoraggio – potrebbe avere solo una valenza conoscitiva, tesa a leggere in modo uniforme le distanze tra bisogni e risposte dei vari territori. In un secondo momento, una volta collaudata, potrebbe diventare un mezzo per promuovere la graduale riqualificazione delle risposte.

La comparazione tra risposte attese e risposte effettive delle Regioni verrebbe svolta a livello di “grandi numeri” e non sul singolo caso. La griglia serve infatti a rilevare gli scostamenti sistematici tra le due tipologie e non intende sostituirsi ai sistemi di valutazione regionale per l'accesso ai vari servizi (tab. 4.2).

Tabella 4.2 - Il processo della griglia fabbisogni/risposte

Dimensione	Strumento	Obiettivi
A. Bisogni	Valutazione Multidimensionale Unificata	Classificazione degli anziani secondo profili omogenei di bisogno
B. Risposte	Nomenclatore nazionale degli interventi per la n.a.	Classificazione degli interventi per la n.a. erogati secondo il profilo di bisogno a cui si rivolgono
Confronto A/B	Qual è il livello di risposte attese dato il livello di bisogno? risposte effettive (sociali+sociosanitarie) vs risposte attese	

Perché la griglia

Una volta a regime, questo meccanismo consentirà in primo luogo di migliorare le conoscenze sulla diffusione del bisogno di assistenza: si supereranno i limiti delle analisi che oggi tendono a confondere la condizione di cronicità con quella di non autosufficienza, ottenendo la fotografia della

popolazione anziana (nazionale e regionale) stratificata in base alle necessità di assistenza individuate da una valutazione multidimensionale (utilizzando non soltanto informazioni sulle patologie, ma anche sui livelli di autonomia).

In secondo luogo, le Regioni potranno ricomporre in una cornice complessiva gli interventi erogati: non più comparazioni frammentarie su singole tipologie di servizi ma un processo integrato di sintesi dei livelli assistenziali, tenendo conto di tutte le filiere istituzionali che intervengono su quel bisogno. Per ricostruirlo si adoterà una chiave funzionale, domandandosi a quale tipo di bisogno risponde un determinato intervento.

Infine sarà possibile comparare la capacità delle Regioni di soddisfare il relativo bisogno di assistenza per la non autosufficienza, verificando anche che le tipologie di risposte offerte siano tendenzialmente appropriate al livello d'intensità della non autosufficienza del territorio.

Una simile lettura potrebbe fortemente migliorare la capacità degli enti territoriali di fare governance e permettere ai processi di programmazione nazionale di disporre di informazioni significative.

Bibliografia

- 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.
- NUTI S., VOLA F., BONINI A., VAINIERI M. (2016), *Making governance work in the healthcare sector: evidence from a “natural experiment” in Italy*, in “Health Economics, Policy and Law”, 11(1):17-38.
- NUTI S. et al. (2017), *Il sistema di valutazione della performance delle Regioni del network*, Pisa, Edizioni ETS.
- OCSE, COMMISSIONE EUROPEA (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OCSE Health Policy Studies, OCSE Publishing, Parigi.
- PELLICCIA L. (2024), *Adi e non autosufficienti: le prospettive dopo il Pnrr e la delega anziani*, in “Il Sole 24 ore sanità”, 11/3/2024.

PARTE SECONDA
Nuovi modelli d'intervento

5. I servizi domiciliari

5.1. La risposta che non c'è

In materia di assistenza a casa, le aspettative nei confronti della riforma erano estremamente elevate. Il motivo è tanto semplice quanto dirompente: in Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono – per loro stesso disegno istituzionale – logiche differenti.

Cure domiciliari delle ASL: logica clinico-ospedaliera

Le ASL offrono in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, circoscritte nel tempo, erogate per rispondere a specifiche necessità sanitarie perlopiù in assenza di una presa in carico legata alla non autosufficienza dell'anziano. Sono, in altre parole, guidate dalla logica della cura clinico-ospedaliera, cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (care multidimensionale, si veda oltre), fondata su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ben più ampie e articolate.

L'utenza delle cure domiciliari, garantite al 6,9% degli anziani, è in costante crescita ma la durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e la sua intensità (le ore di assistenza settimanali) è spesso modesta. Attualmente, sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili. I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

Le cure domiciliari non tengono conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Inoltre, in genere, non sono presenti sistemi di supporto, consulenza e informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze percepite; se risolte, in questi casi si potrebbero evitare ricoveri inappropriati.

Il tema della continuità assistenziale, infine, è decisamente sottovalutato. Ogni anno in Italia vengono dimesse dall'ospedale oltre 7 milioni di persone (dato 2021) ma di queste solo l'1,8% (Ministero Salute, 2024b) lascia l'ospedale sapendo che riceverà immediatamente le necessarie cure domiciliari. A seguito dell'attivazione dei familiari, nelle settimane successive anche altri ex degenti ricevono l'assistenza domiciliare, senza tuttavia poter contare sull'efficacia garantita dalla tempestività e dalla continuità assistenziale.

SAD dei Comuni: logica del disagio socio-assistenziale

Spesso la non autosufficienza di per sé non basta per ricevere il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) dei Comuni. Quest'ultimo, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo dal suddetto stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche di natura socio-assistenziale (reti familiari carenti, ridotte risorse economiche). Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socio-assistenziale che, in parallelo alla non autosufficienza, nei fatti ritiene prioritarie per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e/o di risorse economiche.

Così disegnato, il SAD sconta una situazione di particolare difficoltà. Innanzitutto, l'offerta è estremamente contenuta, dato che il SAD è garantito solo all'1,4% degli anziani. Si segnala, inoltre, una costante contrazione nel tempo del servizio, sceso dal 2,1% di anziani assistiti del 2004, all'1,4% del 2020. Un altro aspetto critico consiste nella ridotta integrazione con la sanità: nel 2020 solo lo 0,5% degli anziani (e il 6,6% degli anziani beneficiari delle cure domiciliari) ha ricevuto il SAD integrato con le Cure domiciliari. La percentuale resta sostanzialmente invariata da 15 anni. Questi dati si spiegano anche con il fatto che il 61% dei comuni non eroga il SAD integrato con le cure domiciliari (ISTAT, 2023).

Un'eredità persistente

Cure domiciliari e SAD offrono servizi utili e senza dubbio necessari. Il punto non è questo. Il punto è che tali servizi non sono progettati per ri-

spondere alle specifiche condizioni degli anziani non autosufficienti. L'Italia, d'altra parte, non può continuare ad essere priva di un servizio domiciliare con una simile finalità.

È da notare, inoltre, che il primo modello (clinico/ospedaliero) riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo (disagio socio-assistenziale) quella assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali. Sembra, dunque, che la specificità della non autosufficienza non sia ancora riuscita a trovare un suo spazio nelle risposte pubbliche per gli anziani a domicilio. Si conferma qui un'esigenza che attraversa l'intero settore: quella di uno sforzo affinché il welfare italiano ne riconosca le peculiarità.

5.2. Una domiciliarità per la non autosufficienza

Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza ha proposto, sin dal 2021, l'introduzione di un modello di domiciliarità specificamente pensato per la non autosufficienza. Si tratta di superare le logiche clinico-ospedaliera e socio-assistenziale per puntare a quella del *care* multidimensionale, condivisa dalla comunità scientifica internazionale e maturata nell'ambito del settore – scientifico e di cura – specificamente dedicato agli anziani non autosufficienti, cioè la geriatria. Il *care* multidimensionale 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 non autosufficienza coinvolge l'intera esistenza della persona e, dunque, rende imprescindibile ricorrere all'approccio multidimensionale. L'approccio del *care* multidimensionale può essere tradotto in pratica qualora vengano rispettati i requisiti di: unitarietà della risposta, durata e intensità adeguate, appropriato mix di prestazioni e riconoscimento delle reti informali.

Unitarietà nella risposta

L'anziano non autosufficiente è un'unica persona e la sua condizione non può essere "spezzettata" tra diverse responsabilità istituzionali. Il primo passo da compiere per evitarlo consiste nel creare un servizio domiciliare unitario tra sociale e sanità. Introdurlo significa dar vita ad un'assistenza domiciliare che: i) viene prestata all'interno di un servizio strutturato nell'ambito dello SNAA; ii) unifica quanto svolto in precedenza dalle ASL (cure domiciliari) e dai Comuni (servizio SAD); iii) sostiene le attività dei caregiver e di tutti gli attori territoriali di cura ed assistenza; iv) è destinata allo specifico target delle persone anziane non autosufficienti.

Durate e intensità adeguate

Il secondo elemento chiave della nuova domiciliarità necessaria consiste nel prevedere che i servizi domiciliari abbiano durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano. Nel nuovo modello assistenziale, dunque, gli interventi domiciliari devono essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali d'intervento rapportate alle necessità assistenziali. Oggi, invece, come si è visto sopra, non è così.

Appropriato mix di prestazioni

La nuova domiciliarità deve partire da uno sguardo globale sulla situazione di non autosufficienza dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Un simile sguardo porta a riconoscere la multidimensionalità di questa condizione, che riguarda una molteplicità di aspetti dell'esistenza degli anziani. Per affrontarla, questi ultimi devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro specifica situazione richiede e che può comprendere:

- i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi;
- ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola;
- iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti;
- iv) assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza.

Questi, dunque, i tre criteri fondamentali per una nuova domiciliarità. Ricordando evidentemente che i caregiver familiari e le assistenti familiari sono, di gran lunga, la principale fonte di cura degli anziani in Italia: non riconoscerlo significherebbe realizzare una riforma perdente in partenza. Invece, i servizi domiciliari devono relazionarsi con tutte le risorse, pubbliche e private, e supportarle al meglio. Su questi temi si rimanda ai capitoli nove (assistenti familiari) e dieci (caregiver familiari).

La tabella 5.1 sintetizza le tre diverse logiche della domiciliarità in campo. In quelle oggi principali l'assistenza agli anziani esprime solo parzialmente le proprie specificità e, quindi, le sue potenzialità. Prevalgono, invece, culture legate ad altri interventi, quella dell'ospedale e quella dell'assistenza sociale, che sono storicamente dominanti nel nostro welfare. La logica del care multidimensionale, d'altra parte, è specificamente pensata per gli anziani non autosufficienti e si fonda sul riconoscimento delle peculiarità della loro condizione. In gran parte del Paese, però, sinora non è riuscita ad imporsi.

Tabella 5.1 - Diverse logiche della domiciliarità

Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatrica

5.3. Riforma sì, riforma no

Un passo in avanti: la Legge Delega 33/2023

Quella sull'assistenza a casa è una parte qualificante della Legge Delega. Viene infatti prevista l'introduzione nel nostro Paese di un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza e fondato sulla logica del *care* multidimensionale. Torniamo ai criteri indicati nel paragrafo precedente:

- la non autosufficienza richiede uno sguardo globale sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali: la Delega intende costruirlo a partire dall'unitarietà delle risposte tra sociale e sanità, da raggiungere attraverso l'integrazione tra ADI e SAD;
- questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la Legge ne prende atto prevedendo interventi di durata e intensità adeguate, determinate sulla base dei bisogni e delle capacità residue della persona anziana non autosufficiente;
- l'ultimo criterio, la previsione della multiprofessionalità, nella Legge Delega manca ma il testo crea le condizioni per recuperarlo nel successivo Decreto Attuativo.

Ritorno alla casella di partenza: il Decreto Attuativo 29/2024

Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo è stata cancellata la prevista introduzione della domiciliarità rivolta alla non autosufficienza. Si ritrova solo la conferma delle indicazioni sull'integrazione sociosanitaria, pur non presentandone contenuti ulteriori. Anche se si tratta di un Decreto Attuativo, infatti, si rinvia a successive linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi domiciliari sociali e sanitari.

Gli altri due criteri di riferimento – durata e intensità adeguate – scompaiono in maniera definitiva. Durata e intensità adeguate, in particolare, rappresentavano un principio esplicitato nella Delega. Non siamo, dunque, in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni chiave della Legge 33/2023. La durata, infatti, è il discrimine decisivo, basta ricordare che l'ADI dura perlopiù 2-3 mesi mentre la condizione di non autosufficienza diversi anni. Non a caso, la dizione assistenza agli anziani non autosufficienti, a livello internazionale, si traduce in “long-term care”, cioè assistenza di lungo termine. In sintesi, agire sulla durata non è sufficiente ma non farlo preclude a priori la possibilità di qualunque azione riformatrice nella domiciliarità.

Perché questa inversione di rotta? Difficile dirlo. L'impressione è che il personale dei due ministeri coinvolti, Welfare e Salute, impegnato nella scrittura del Decreto, non se la sia sentita di mettere in discussione il complessivo disegno della domiciliarità in Italia e/o abbia istintivamente tenuto le distanze dal possibile abbandono del percorso tradizionale. Ci si sente più al sicuro mantenendo l'esistente.

5.4. Azioni parallele ma non comunicanti

Durante il lungo periodo di gestazione della riforma, vi sono state altre due novità di rilievo concernenti le politiche nazionali per i servizi domiciliari.

L'assistenza domiciliare sociale come LEPS

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021) ha individuato l'assistenza domiciliare sociale come un Livello essenziale (LEPS) che deve garantire: i) l'assistenza domiciliare sociale; ii) l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; iii) soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni; iv) adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche (per esempio, telesoccorso e teleassistenza); v) rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane (Pesaresi, 2024).

In base alla Legge di Bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno

no tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il Servizio dovrà anche assicurare l'integrazione con l'ADI che oggi non viene garantito dalla maggioranza dei comuni. Il servizio rimane uno, ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

I LEPS dell'assistenza domiciliare sociale, così come gli altri LEPS dedicati alla non autosufficienza, sono finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNNA). Si rammenta a questo proposito che il Fondo è stato portato a 915,3 milioni di euro per il 2024 e a 965,3 milioni per il 2025. Il monitoraggio della spesa è stato affidato ad uno specifico flusso informativo del FNNA al fine di garantirne l'utilizzo tempestivo ed appropriato.

L'implementazione del nuovo modello organizzativo del SAD è stata appena avviata dalle Regioni italiane, per cui deve ancora coinvolgere la grande maggioranza dei Comuni italiani. Peraltro, il disegno dell'assistenza domiciliare come LEPS è stato realizzato in totale autonomia rispetto a quello della riforma così come agli investimenti PNRR nelle cure domiciliari.

L'investimento del PNRR nella domiciliarità

Il PNRR ha previsto un investimento di 2,7 miliardi per le cure domiciliari, da utilizzare nel periodo 2023-2026. L'obiettivo del PNRR è di incrementare di 842.000 unità il numero complessivo degli anziani assistiti per arrivare al 10% di tutti gli anziani, rispetto all'attuale 6,9%. L'investimento è finalizzato all'ulteriore diffusione delle cure domiciliari, senza cambiare l'attuale modello organizzativo. La logica clinico-ospedaliera rimane la stessa e non si modificano i livelli di durata e intensità dei trattamenti domiciliari così come descritti nel par. 5.1, che rimangono tarati innanzitutto su un paziente post-acuto che esce dall'ospedale e che ha bisogno di pochi mesi di assistenza. Lo stesso trattamento che viene, in genere, riservato ad un anziano affetto da una malattia progressiva di tipo neurodegenerativo che invece avrebbe bisogno di interventi duraturi e crescenti con il progredire della malattia. Non c'è la presa in carico dei pazienti anziani non autosufficienti che hanno bisogni prolungati nel tempo e di intensità variabile.

5.5. Guardare avanti

È stata, dunque, cancellata la riforma della domiciliarità. Il suo annullamento è tanto più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, opinione pubblica, media e politici abbiano insistito sulla

necessità d'intervenire nei servizi domiciliari. Dunque, il lungo e complesso percorso avviato nella primavera 2021 con l'inserimento della riforma della non autosufficienza nel PNRR e terminato in quella del 2024 con la presentazione del Decreto 29/2024 non ha portato alcuna modifica nell'attuale situazione dell'assistenza domiciliare sociale e sanitaria.

Manca un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?". Qualche passo in avanti potrebbe venire dalle linee guida per l'integrazione sociosanitaria previste, le quali hanno comunque una portata limitata.

Nel frattempo, vi è stato un notevole investimento sulle cure domiciliari con le risorse del PNRR, riproponendo però il modello organizzativo e le criticità attuali. Inoltre, dovrebbe partire la modifica del modello organizzativo del SAD, prevista dal Piano nazionale non autosufficienza (PNNA), ma senza il necessario rilancio quantitativo dell'assistenza domiciliare sociale. La progettazione di questi due interventi e l'elaborazione della riforma non hanno avuto nulla in comune. Abbiamo, dunque, tre pezzi di riorganizzazione separati e incompleti, destinati a non incontrarsi.

Nel prossimo futuro, dunque, sarà importante tenere viva l'attenzione sulla riforma mancata perché possa venire modificata in senso positivo.

Bibliografia

- ISTAT (2023), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati – Anno 2022*, Roma, ISTAT.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2024a), *Annuario statistico sanitario 2022*, Roma, Ministero della Salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2024b), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) - Anno 2021*, Roma, Ministero della Salute.
- PESARESI F. (2024), *LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, in www.welforum.it, 29 aprile.
- PESARESI F., GORI C. (2021), *SAD anziani: diventi livello essenziale*, in www.luoghicura.it, 28 settembre.

6. I servizi residenziali

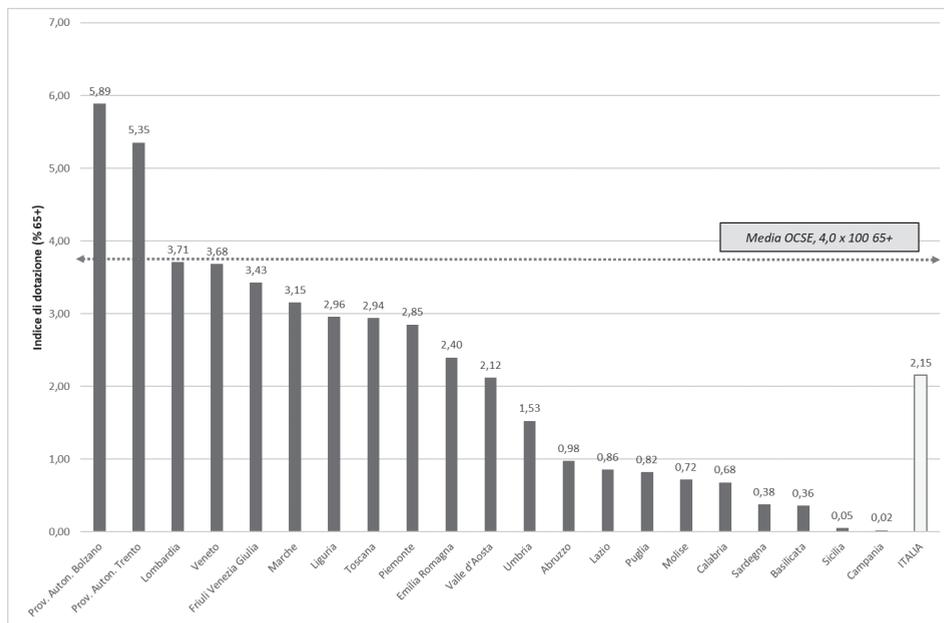
6.1. La situazione attuale

Secondo l'Annuario Statistico del SSN, i servizi residenziali sociosanitari italiani dispongono di 212.874 posti letto per anziani; nel 2022 hanno accolto 302.546 utenti (Ministero della Salute, 2023) ⁽¹⁾. I dati ISTAT riportano invece 267.000 posti letto che ospitano 215.449 anziani non autosufficienti; il 77% dei residenti ha più di 80 anni (ISTAT, 2023) ⁽²⁾. Solo poche Regioni prevedono infine chiari requisiti per le strutture sociali, che dovrebbero accogliere circa 11.000 anziani (Fosti, 2023). Nel complesso, queste e altre analisi sono condizionate dalla carenza di definizioni e di criteri omogenei per la classificazione delle strutture e dei bisogni dei residenti. La stima della dotazione di servizi, della loro tipologia e della diversificazione delle popolazioni presenta quindi elevati margini d'incertezza. Il dato più sicuro è l'estrema diversità della dotazione territoriale (fig. 6.1).

⁽¹⁾ MINISTERO DELLA SALUTE (2023), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022*. Ministero della Salute, Roma.

⁽²⁾ ISTAT (2023), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022*, ISTAT, Roma.

Figura 6.1 - Italia. Servizi residenziali sociosanitari per anziani (posti letto x 100 65+) (2022)



Fonte: elaborazione propria su dati Ministero della Salute, 2023.

Chi gestisce i servizi residenziali?

Come in altri Paesi europei (Spasova, 2018) la maggioranza dei servizi residenziali italiani è gestita da organizzazioni non-profit o religiose (57%), i restanti da enti privati for-profit (24%) o da enti pubblici (19%). Nel 10% dei casi la gestione è esternalizzata a un ente diverso da quello titolare della struttura; nelle regioni del Nord sono affidate a organizzazioni non profit tre strutture pubbliche su dieci, nel Centro-Sud quattro su dieci (ISTAT, 2023).

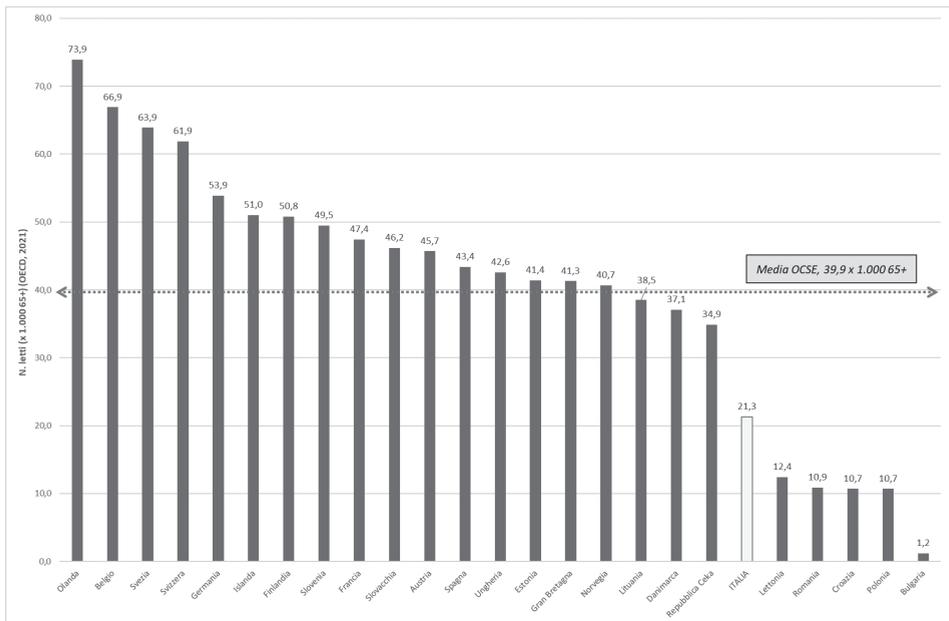
Cosa accade negli altri Paesi?

La dotazione italiana di servizi residenziali è meno di un terzo di quella dei Paesi europei con economia comparabile ⁽³⁾ (fig. 6.2), superiore solo a

⁽³⁾ Nei 26 Paesi dell'UE nel 2020 erano presenti 3,4 milioni di posti letto in strutture residenziali a diversa complessità. La maggior parte dei Paesi conta fra i 644 e i 1.373 pl x 100.000 residenti 65+. L'Italia apre invece il gruppo di quelli con una dotazione prossima o inferiore ai 400 pl x 100.000 (Cipro, Serbia, Lettonia, Croazia, Romania, Polonia, Macedonia del Nord, Grecia a Bulgaria) (Eurostat, 2023).

quella di alcuni Paesi dell'Europa orientale o meridionale (Eurostat, 2023) ⁽⁴⁾. La nostra dotazione è inferiore anche rispetto a Paesi con PIL più basso (OECD, 2023) ⁽⁵⁾, a causa della scarsa attenzione programmatica e della tendenza nazionale a garantire benefici economici più che servizi (fig. 6.3) ⁽⁶⁾.

Figura 6.2 - Area OCSE. N. posti letto in strutture residenziali (posti letto x 1.000 65+) (2022)



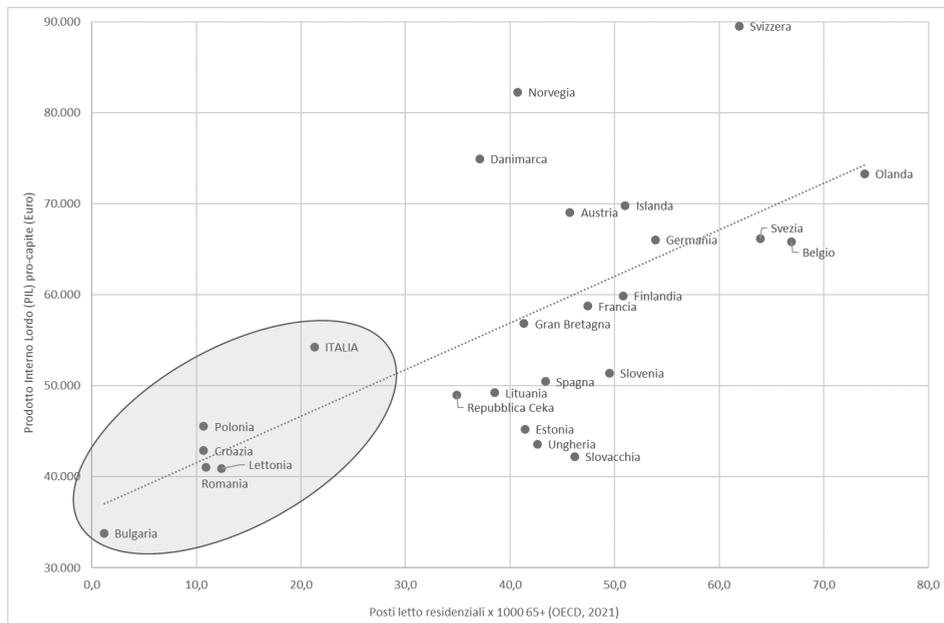
Fonte: OECD, 2023.

⁽⁴⁾ EUROSTAT (2023), *Statistics Explained. Healthcare resource statistics-beds*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Beds_in_nursing_and_other_residential_long-term_care_facilities.

⁽⁵⁾ OECD.STAT (2023), *Long Term Care Resources and Utilization*, in https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR (Dati al 2022, Estrazione 2023).

⁽⁶⁾ Lo scenario è comune ad altri settori del sistema sanitario; ANAAO Assomede definisce l'Italia come "il primo dei paesi poveri" (www.anaao.it/public/aaa_7973559_indicazioni_anaao_cimo_riunione_26_settembre_def.pdf).

Figura 6.3 - Area OCSE. Rapporto fra posti letto (x 1.000 65+) e PIL pro-capite (euro)

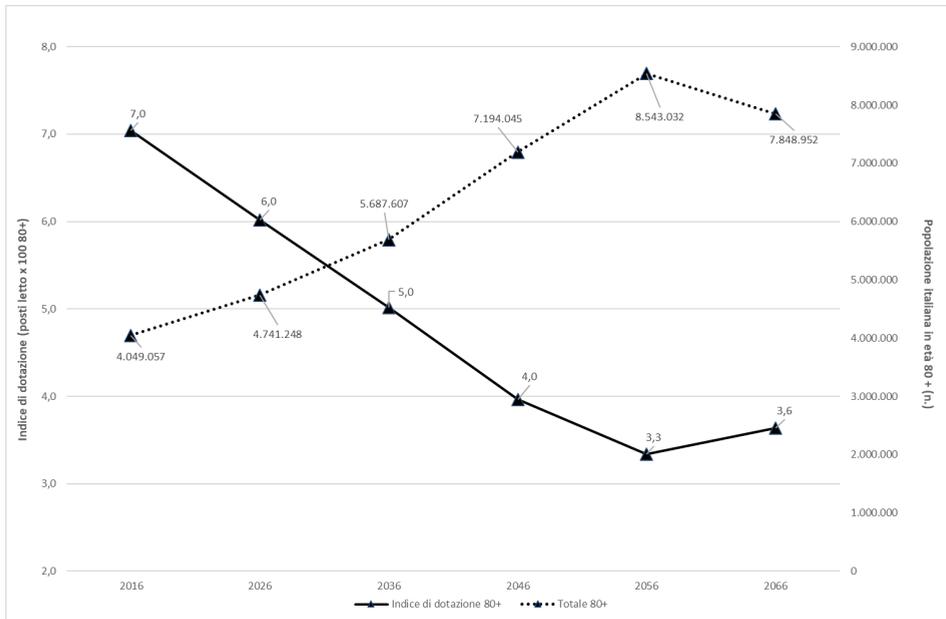


Fonte: elaborazione propria da Eurostat, 2023 e OECD, 2023.

Le incognite del futuro

La situazione nazionale è critica. Se l'Italia volesse allinearsi alla dotazione media europea (4,0%) dovrebbe pianificare la realizzazione di 200.000 nuovi posti letto. Entro i prossimi quarant'anni, però, le persone ultra65enni supereranno i 19 milioni, metà dei quali ultra80enni. In pratica, 125.000 nuovi posti letto servirebbero solo per mantenere costante la ridotta disponibilità attuale. Se non saranno realizzati, l'Italia si allontanerà ancora di più dall'Europa; rispetto agli ultra65enni la dotazione scenderà dall'attuale 2,1% all'1,5%; dal 7% a meno della metà se rapportata agli ultra80enni, popolazione tipica delle RSA italiane, destinata a crescere molto più rapidamente del totale degli ultra65enni (fig. 6.4).

Figura 6.4 - Italia. Evoluzione attesa della popolazione 80+ e dell'indice di dotazione dei servizi residenziali (posti letto x 100 80+). Anni 2016-2066



Fonte: elaborazione propria da demo.istat.it, scenario mediano. Posti letto da Fosti, 2023. L'evoluzione dell'indice di dotazione è calcolata ipotizzando che il numero di posti letto rimanga invariato rispetto a quello attuale.

6.2. Una visione distorta della realtà. Come perdere un'occasione

Da alcuni anni sono in atto campagne mediatiche e di pressione politica che sostengono – basandosi su stereotipi, luoghi comuni e visioni ideologiche lontane dalla realtà – l'ipotetica necessità di ridurre i servizi residenziali. Se per la singola persona – quando le condizioni lo permettono – è sempre preferibile restare al domicilio, le scelte programmatiche devono avere un orizzonte più ampio; la riduzione dei servizi è razionale solo quando e se esista un oggettivo eccesso di offerta. Solo alcuni Paesi nordici (Danimarca, Olanda, Svezia) hanno potuto procedere, nei primi anni '90, a un notevole ridimensionamento dei servizi residenziali; all'epoca, però, la loro dotazione era cinque volte superiore a quella del nostro Paese ed oggi, dopo le riforme, è ancora ai livelli massimi europei (Costanzi, 2024). Dati i cambiamenti demografici, invece, il numero di posti letto residenziali sta tendenzialmente aumentando

in tutta Europa. Tutti gli Stati guardano però con preoccupazione al futuro; saranno necessari ingenti investimenti economici per compensare l'inevitabile crescita della domanda (Spasova, op. cit.).

I servizi domiciliari. Alternativi e meno costosi delle RSA?

Il potenziamento dei servizi domiciliari è spesso proposto come alternativa ai servizi residenziali. In realtà, nei sistemi di Long Term Care (LTC) le due unità di offerta sono del tutto complementari ed entrambe necessarie; i Paesi che hanno investito di più nella domiciliarità sono anche quelli con più residenze e viceversa (Spasova, 2018; OECD, 2023). C'è anche chi sostiene che i servizi domiciliari siano più economici di quelli residenziali. Questo però non è vero, a meno che non ci si accontenti di prestazioni di bassa qualità. A parità d'intensità e di risorse professionali, infatti, un intervento domiciliare può costare fino a tre volte in più di un ricovero residenziale (Genwort, 2023) ⁽⁷⁾.

Il PNRR. Un'occasione persa

Queste visioni falsate hanno contribuito a un grave errore strategico nazionale. I fondi straordinari del PNRR avrebbero potuto sostenere gli investimenti necessari a potenziare l'offerta residenziale e riqualificare le strutture esistenti, in modo coerente con i bisogni delle persone e con le esperienze e le raccomandazioni internazionali. La Missione 6, invece, a fronte degli importanti stanziamenti stabiliti per i servizi domiciliari, per quelli residenziali prevede solo risorse limitate, del tutto inadeguate rispetto alla situazione attuale e alle necessità future.

6.3. Che cosa dice la Legge 33

La Legge 33/2024 indica i punti chiave, comuni ai servizi sociali e socio-sanitari, su cui è possibile agire in termini di politiche e di programmazione. Essi coincidono con le principali richieste del Patto e con le indicazioni internazionali. La Legge affida al Decreto Attuativo il compito di definire gli interventi necessari affinché i servizi residenziali garantiscano un'intensità assistenziale adeguata alle esigenze e alla numerosità degli anziani residenti, dispongano di personale con le competenze necessarie e offrano ambienti

⁽⁷⁾ GENWORT (2023), *Cost of care survey*. Genwort Financial, in www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html.

familiari e sicuri, strutturati per favorire qualità di vita, socialità e continuità delle relazioni. Non delinea, però, una chiara direzione di sviluppo per fronteggiare gli scenari futuri. Le indicazioni per i servizi semiresidenziali sono invece del tutto marginali; non si ritiene quindi utile commentarle.

6.4. Che cosa dice il Decreto 29/2024

Il Decreto dedica due articoli separati ai servizi sociali (art. 30) e socio-sanitari (art. 31), che sono invece affrontati in modo comune dalla Legge 33. Per entrambi vengono semplicemente richiamate le indicazioni generali della Legge 33: continuità di vita e delle relazioni, ambienti familiari e sicuri, tutela della riservatezza, socialità, intensità assistenziale. Per i servizi sociosanitari (art. 31, commi 4 e 5), viene enunciata la necessità di assicurare processi d'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con il comparto sociale, oltre che di tener conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali dei residenti.

La delega della delega

Decisioni più sostanziali sono rinviate a un ulteriore decreto del Ministero della Salute, da completarsi entro 120 giorni e limitato ai soli servizi sociosanitari. La nuova normativa ha il compito di individuare i requisiti minimi per la sicurezza, quelli ulteriori per l'autorizzazione e l'accreditamento, i criteri di congruità del personale rispetto al numero degli anziani residenti e le dotazioni tecnologiche per la sicurezza del lavoro e delle cure, incluse videovigilanza e teleassistenza. Per la qualità costruttiva è previsto un generico richiamo all'attitudine delle strutture a favorire la continuità di vita e delle relazioni dei residenti, oltre che a operare come potenziali Centri Residenziali Multiservizi (CRM). Non sono però fornite direttive specifiche. Alla data di pubblicazione di questo libro, il nuovo decreto potrebbe essere già stato emanato: è quindi corretto limitarsi a esprimere in questo contributo solo alcune preoccupazioni. Il nuovo atto potrebbe infatti operare solo minimi aggiustamenti degli attuali requisiti, senza cambiamenti sostanziali di obiettivi, visione e organizzazione per i quali non ha, peraltro, un chiaro mandato. Innovazioni più solide potrebbero riguardare le tecnologie assistenziali e di sicurezza, che richiedono però investimenti consistenti, oggi non contemplati; i sistemi di videovigilanza dovranno inoltre confrontarsi con barriere difficili da superare, come le norme sulla privacy o la tutela dei lavoratori.

Rispetto ai cambiamenti della qualità costruttiva, il termine “attitudine” non prefigura indicazioni stringenti o richiami a innovazioni già sperimentate in Italia e in altri Paesi. Il Patto e le associazioni di categoria avevano suggerito attenzioni più dettagliate rispetto all’organizzazione degli spazi e all’equilibrio fra quelli privati (intimità, tutela, privacy) e pubblici (vivere insieme).

I Centri Residenziali Multiservizi (CRM)

I CRM sono una delle poche innovazioni contenute nel Decreto, anch’essi coerenti con alcune proposte del Patto. Le strutture residenziali possono prevedere moduli distinti con diverso livello d’intensità assistenziale, oltre a servizi domiciliari, diurni e abitativi collegati con le Case della comunità. Le strutture possono così operare come Centri di servizio integrati, per la comunità e della comunità. Si tratta di una modalità già presente nei centri più organizzati di alcune Regioni, efficiente e efficace alla luce di molte esperienze nazionali e internazionali (Costanzi, op. cit.). Permette infatti di garantire risposte articolate, personalizzabili e diversificate per priorità e livelli d’intensità assistenziali, tutelando la continuità delle relazioni sociali e di cura e senza imporre alle persone ripetuti cambiamenti di setting.

Le cure palliative

L’art. 32 del Decreto definisce le Cure palliative (CP) come un diritto degli anziani non autosufficienti; specifica che sono erogabili anche in RSA e ne dà una definizione più ampia di quella dei LEA 2017⁽⁸⁾. Di per sé si tratta di un’innovazione importante; la popolazione prevalente nelle RSA è infatti prossima agli ultimi 12-24 mesi di vita, esprime bisogni di CP e risponde alla definizione adottata dal Decreto 29. Per questi motivi, in molte Regioni si stanno diffondendo programmi di formazione delle équipes di RSA, coerenti con le raccomandazioni nazionali e internazionali. Sono orientati a diffondere competenze aggiornate sull’identificazione tempestiva dei bisogni di CP, la prevenzione di interventi inutili o sproporzionati e l’attivazione, nei casi opportuni, dei necessari interventi specialistici. In coerenza con la Legge 15 marzo 2010, n. 38, l’art. 32 specifica che le CP sono di competenza delle reti

⁽⁸⁾ “Tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita” (D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29, art. 32).

locali di CP strutturate a livello regionale, che operano con équipe formate che possono intervenire a supporto di tutti i setting della rete, fra cui le stesse RSA. Le RSA, quindi, non diventano hospice né sono equiparate ad essi. La novità è che i due sistemi – RSA e CP – sono chiamati a ricomporsi intorno ai bisogni delle persone, operando in modo integrato. Le équipe di CP possono garantire interventi di consulenza, supporto e assistenza nei casi appropriati, con interventi diretti sui residenti di RSA oppure in forma di televisita e di teleconsulto (⁹).

E i disabili?

Il comma 2 dell'art. 31 affronta il tema delle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali, ricordando come il SSN garantisca loro trattamenti riabilitativi e di mantenimento, previa VMD e stesura del Progetto riabilitativo individuale (PRI). Il comma 3 cita sia il PAI che il PRI come strumenti guida degli interventi assistenziali. A rigore si dovrebbe parlare di soggetti già disabili prima del compimento delle età individuate come soglia dalle normative vigenti, dalle autonomie regionali e dallo stesso decreto 29. L'art. 34 dei LEA definisce però queste risposte – incluse quelle sulle disabilità fisiche – come diritti delle persone disabili non autosufficienti “di ogni età”.

6.5. I servizi residenziali fra diritti esigibili e silos amministrativi

Gli articoli sulle CP e sulle disabilità psichiche e sensoriali richiamano diritti concreti delle persone. Possono però determinare applicazioni difformi, perché il sistema attuale tende a parcellizzare questi diritti in casistiche amministrative separate, mal definite e difficili da ricomporre. Senza entrare in dettagli tecnici, la tabella 6.1 descrive i principali articoli sui servizi residenziali del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA), inclusi l'art. 31 sulle cure palliative e l'art. 34 sull'assistenza residenziale alle persone disabili non autosufficienti. Cita anche il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, che dovrebbe chiarire

(⁹) L'applicazione di questo articolo non sarà semplice in molte Regioni. Al contrario di quanto previsto dalla Legge 38/2010 molte hanno una ridotta dotazione di servizi di CP o prevedono una limitazione del loro utilizzo per le sole malattie oncologiche. Altre non hanno ancora attivato le Reti locali e definito la possibilità per i servizi specialistici di CP di operare in integrazione con gli altri setting della rete territoriale.

le differenze fra interventi a prevalenza sanitaria o sociale. Altri atti normativi ⁽¹⁰⁾ prevedono definizioni ulteriori sulle condizioni di disabilità gravissima o di dipendenza vitale ⁽¹¹⁾, entrambe molto rappresentate nelle RSA. Le definizioni dei DD.P.C.M. del 2001 e del 2017 non sono però basate su indicatori oggettivi e alimentano da tempo infinite divergenze interpretative. Gli altri atti richiamati prevedono definizioni, metriche e strumenti di valutazione più oggettivi, ma parzialmente indipendenti dalle definizioni dei LEA; individuano quindi sottogruppi simili sotto il piano clinico e sociale ma diversi sotto quello amministrativo.

Tabella 6.1 - I servizi residenziali nei LEA e nell'integrazione sociosanitaria

Norma	Articolo	Obiettivi	Quota SSN
D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA)	29, comma 1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, a elevato impegno sanitario	100%
	30, comma 1, lettera a)	Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti [che] richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore	100%
	30, comma 1, lettera b)	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo	50%
	31, comma 1	Persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta	100%

segue

⁽¹⁰⁾ Ad esempio, la Legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento), il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 (ISEE), il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro (Riparto Fondo nazionale per la non autosufficienza), la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (LEPS), il D.P.C.M. 3 ottobre 2022 che definisce il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

⁽¹¹⁾ "Ogni persona che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche".

Norma	Articolo	Obiettivi	Quota SSN
	34, comma 1	Il SSN garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa VMD e progetto riabilitativo individuale (PRI). I trattamenti residenziali a favore di persone non autosufficienti si articolano in interventi intensivi, estensivi e di recupero e mantenimento funzionale	Variabile (100%, 70%, 40%)
D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Integrazione socio-sanitaria)	2, comma 2	Le prestazioni socio-sanitarie sono definite tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e intensità dell'intervento assistenziale e della sua durata	100% SSN l'assistenza nella fase intensiva e le prestazioni a elevata integrazione sanitaria nella fase estensiva 50% SSN nelle strutture di lungoassistenza residenziali e semiresidenziali
	2, comma 4	L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato: intensiva, estensiva e di lungoassistenza	
	2, comma 5	La complessità dell'intervento è determinata dalla composizione dei fattori produttivi impiegati e dalla loro articolazione nel progetto personalizzato	
	3, comma 1	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Di competenza delle ASL e inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga	
	3, comma 2	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Di competenza dei Comuni, prevedono che i cittadini partecipino alla spesa secondo criteri stabiliti dai Comuni stessi. Sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata ed erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza	
	3, comma 3	Prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Di competenza delle ASL, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria	

Quanto devono pagare i cittadini? Il caos delle compartecipazioni

L'insieme di queste regole dovrebbe stabilire in modo univoco la ripartizione dei costi fra SSN, Comuni e cittadini. In pratica, però, si traduce in un ginepraio di interpretazioni che alimentano la diversificazione delle applica-

zioni regionali, dei sistemi di remunerazione e delle modalità di compartecipazione alla spesa delle persone (AGENAS, 2024). Questo scenario è fonte di disegualianze; la stessa persona può ricevere servizi non omogenei nei diversi contesti locali o pagare tariffe diverse per servizi simili. È anche causa di insicurezza gestionale per le strutture e le ASL, destinatarie di crescenti azioni legali, che potrebbero essere ulteriormente alimentate proprio dagli articoli del Decreto su CP e disabilità. Analizzando definizioni, valutazioni e atti, si rileva in effetti che molti anziani residenti in RSA potrebbero rientrare nelle categorie che i LEA prevedono a totale copertura SSN (cure palliative, fine vita, elevata integrazione sanitaria, dipendenza vitale), oppure in quelle che prevedono una ripartizione dei costi diversa dal 50/50 spesso praticato (disabili non autosufficienti) ⁽¹²⁾. La confusione normativa determina pronunciamenti discordanti fra i diversi Tribunali di merito e fra questi e la Corte di Cassazione. La Corte richiama però un principio: l'applicazione dei LEA è conseguente alla valutazione dei bisogni clinico-funzionali delle persone e agli obiettivi e struttura dei progetti personalizzati. In altre parole, il sistema di remunerazione e la ripartizione dei costi fra SSN e cittadino non dovrebbero essere rigidamente definiti dal tipo di accreditamento di una struttura, ma differenziati per gravità e intensità dei bisogni dei suoi residenti, prevedendo quando necessario anche la totale copertura dei costi da parte del SSN.

⁽¹²⁾ Nella maggior parte delle Regioni italiane è in uso la ripartizione 50/50 fra costi a carico del SSN o di Comuni e cittadini; si tratta della ripartizione prevista per le unità d'offerta residenziali di lungoassistenza e mantenimento (D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4). Analizzando le sentenze dei Tribunali di merito e della Corte di Cassazione emergono interpretazioni diverse. I Tribunali, però, analizzano la situazione clinico-assistenziale specifica della persona. Possono interpretare le prestazioni necessarie per la sua cura come coerenti con altre definizioni o articoli dei D.P.C.M. e dei LEA, ad esempio ad elevata integrazione sanitaria o sanitarie a rilevanza sociale (100% SSR). Il Decreto 29 apre inoltre a due ulteriori popolazioni; quelle con bisogni di cure palliative (100% SSN) e con disabilità psichiche o cognitive (secondo i LEA 2017, 100% SSN oppure 70/30 o 40/60 a seconda della fase e dell'intensità assistenziale).

Riforma politica o giudiziaria?

Queste variabili potrebbero avere conseguenze dirompenti per la solidità economico-finanziaria del sistema nazionale e di quelli regionali. Se le Regioni mantenessero i modelli tariffari attuali, è altamente probabile che le cause civili aumenteranno e che i contenuti del Decreto potrebbero essere utilizzati come ulteriore fonte normativa per rivendicare diritti. L'esperienza insegna che la magistratura può favorire o imporre riforme, ma le vie giudiziarie sono sempre pericolose in confronto con quelle della politica e della programmazione. Se le sentenze della Corte di Cassazione del 2023 e 2024 dovessero essere confermate a Sezioni riunite, Governo e Regioni rischierebbero di trovarsi di fronte a spese imprevedute sul Fondo sanitario superiori a 100 miliardi all'anno, oppure di dover definire in corsa affannosi cambiamenti legislativi. In realtà, la soluzione sarebbe già pronta; basterebbe che i servizi dello SNAA fossero guidati dalla stratificazione dei bisogni clinico-assistenziali fondata sulla nuova VMU prevista dall'art. 27 del Decreto. Ciò consentirebbe di individuare metriche oggettive per il governo degli accessi, la regolazione dei servizi, l'intensità assistenziale e la ripartizione tariffaria. Alla luce di questo orientamento, il Patto aveva proposto un modello basato sulla stima multidimensionale dell'intensità assistenziale (bassa, media, alta e elevata) dei residenti nelle RSA, da cui far discendere una quota economica variabile a carico del SSN (40, 50, 70 e 100%).

6.6. Conclusioni

Il Decreto 29 non delinea né una strategia nazionale né differenze evolutive rispetto alla situazione attuale. Come la Legge 33, deve confrontarsi con l'estrema complessità tecnica del settore, che richiederebbe di mettere mano ad assetti legislativi molteplici, mal collegati e suddivisi fra competenze statali e regionali. Il Decreto definisce gli elementi chiave riconosciuti a livello internazionale come utili per la programmazione (intensità assistenziale, dotazione di personale, competenze, qualità costruttiva, tecnologie). Non esprime però una visione rispetto alla carente dotazione di servizi o alla confusione delle definizioni e delle norme di riferimento. Sembra anche confondere ulteriormente il tema già incerto della compartecipazione alla spesa dei cittadini, prevedendo nuove competenze (cure palliative, disabili non autosufficienti) senza indicare come ricomporre norme e risorse. Conferma inoltre una delle tante anomalie nazionali; l'Italia è l'unico Paese che prevede due

sistemi residenziali separati con riferimenti istituzionali diversi ⁽¹³⁾. Andando oltre le indicazioni della Legge 33, l'offerta sociale resta distinta da quella socio-sanitaria senza che ne siano chiari i motivi, se non quelli di confermare le rispettive titolarità di due Ministeri e le difficoltà di trovare una via comune. Fra l'altro, per le residenze sociali non è previsto nessun ulteriore decreto, nonostante il settore sia oggi privo di una regolazione omogenea; questa dimensione favorisce in molte Regioni un'offerta confusa, di ridotta qualità e con pericolose aree di abusivismo. Il Decreto 29, pur avendo ricevuto una delega, ha a sua volta delegato decisioni più sostanziali. Il nuovo atto non ha necessariamente limiti di delega; potrebbe quindi operare con un respiro maggiore se emergesse la volontà politica di dare consistenza a una riforma per ora solo annunciata. Per far questo, dovrà confrontarsi con i noti limiti economico-finanziari del Paese ma dovrà anche scongiurare le incognite di pericolose derive giudiziarie. Nel caso, potrebbe essere favorita l'implementazione di soluzioni già concretizzabili, come l'utilizzo della nuova VMU per la programmazione e regolazione dei servizi.

Bibliografia

- AGENAS (2024), *Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale*, AGENAS, Roma.
- COSTANZI C. (a cura di) (2024), *Progettare, ristrutturare e riqualificare le RSA. Verso moderni centri di servizio nella filiera della cura territoriale per l'invecchiamento*, Rimini, Maggioli.
- ISTAT (2023), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022*, ISTAT, Roma.
- SPASOVA S. (2018), *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Brussels.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E., PEROBELLI E. (2023), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care. 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, SDA Bocconi, Essity, EGEA, Milano.

⁽¹³⁾ Si tratta di una suddivisione assente nei sistemi di LTC degli altri Paesi che assegnano sempre il loro governo e la loro regolazione al sistema sociale. La Legge 328/2000 e la Legge 833/1978 definiscono invece due sistemi paralleli di residenzialità, ma in modo incompleto e mai completamente risolto; peraltro, i servizi residenziali sono presenti nei LEA ma non sono richiamati nei LEPS ex Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

7. L'Indennità di accompagnamento e la Prestazione universale

7.1. Una misura immutata dal 1980

L'Indennità di accompagnamento (IDA) è un contributo monetario erogato dall'INPS a persone riconosciute da una commissione sanitaria – definita a livello di Azienda Sanitaria Locale (ASL) – come portatrici di invalidità totale (al 100%) e permanente e con esigenza di assistenza continua, essendo impossibilitate a deambulare e/o a svolgere autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana. Si tratta di una prestazione universalistica non sottoposta a test dei mezzi; chiunque si trovi in questa condizione la riceve indipendentemente dall'età o dalle sue disponibilità economiche. Il suo scopo è quello di sostenere i beneficiari nell'affrontare le spese legate alle loro necessità di assistenza. Il trasferimento è in somma fissa: tutti i percettori riscuotono il medesimo importo ⁽¹⁾ (531 euro al mese nel 2024). L'indennità, notoriamente, non è soggetta a condizioni o a vincoli d'uso; i destinatari, di conseguenza, possono impiegarla come meglio credono senza particolari limitazioni, verifiche o controlli. Non hanno diritto all'assegno solo coloro i quali si trovano in strutture residenziali a totale carico dello Stato.

Il disegno dell'IDA non è mai stato modificato nella sostanza dal 1980, anno in cui fu introdotta per giovani e adulti con disabilità. Nel 1988 ebbe luogo l'estensione agli anziani, che rappresentano la maggior parte dei beneficiari: nel 2018 il 70% degli utenti totali, infatti, aveva almeno 65 anni (Audino et al., 2024) ⁽²⁾. Guardando la popolazione anziana complessiva, d'altra parte, si nota che nel 2023 l'11,3% delle persone 65+, pari a 1,412 milioni di individui, in Italia percepiva l'IDA. Infine, prendendo in considerazione la composizione per fasce d'età dell'utenza anziana, emerge che circa tre per-

⁽¹⁾ Tranne che per i ciechi civili assoluti, ai quali viene erogato un contributo di 978 euro mensili (cifre riferite al 2024).

⁽²⁾ Non autosufficienza: il nodo dell'Indennità di accompagnamento - Lavoce.info.

tori su quattro hanno almeno 80 anni. A fruirne, dunque, è un numero elevato di persone 65+: si tratta perlopiù grandi anziani in condizioni estremamente compromesse, che richiedono interventi mirati e i cui caregiver hanno bisogno di essere opportunamente affiancati.

La suddivisione della spesa pubblica per l'assistenza anziani – complessivamente 24,9 miliardi di euro – evidenzia nitidamente la centralità dell'IDA, a cui è dedicato ben il 43% delle risorse (per approfondimenti si rimanda al cap. 8). Non stupisce, dunque, che nel confronto con gli altri Paesi europei l'Italia si caratterizzi per la peculiare composizione della spesa pubblica destinata alla non autosufficienza, con una percentuale particolarmente elevata dedicata ai trasferimenti monetari rispetto ai servizi alla persona (European Commission, 2018). Inoltre, aspetto di particolare rilievo per una riforma nazionale, l'IDA è l'unico intervento di diretta responsabilità dello Stato mentre gli altri competono a Comuni e Regioni. Pertanto, dal punto di vista dell'architettura istituzionale, rappresenta la leva che il livello statale può impiegare con maggior facilità per promuovere il cambiamento.

Per comporre il quadro di sintesi sull'indennità manca un ultimo tassello, quello della variabilità geografica. La quota di anziani che riceve la misura cambia notevolmente tra una Regione e l'altra. La percepiscono, ad esempio, il 9,9% degli anziani lombardi rispetto al 17,6% di quelli calabresi; l'8,8% dei piemontesi rispetto al 15,5% dei campani. La tendenza generale indica una progressiva crescita della percentuale di utenza man mano che ci si sposta dal settentrione al meridione del Paese.

7.2. Un giudizio condiviso

Il confronto scientifico, nazionale e internazionale, mostra da tempo un'ampia concordanza di vedute nel ritenere l'IDA una misura assai mal disegnata. Tre sono le maggiori aree di criticità.

La valutazione delle condizioni dell'anziano

L'IDA dev'essere fornita alle persone con invalidità totale (100%) che manifestino anche l'"incapacità a deambulare" o la "necessità di assistenza continua". Tuttavia, lo Stato non mette a disposizione delle Commissioni ASL – responsabili della disamina delle domande – criteri puntuali e strumenti standardizzati per valutare la presenza di queste due specifiche condizioni. La loro assenza da una parte impedisce di esaminare in maniera multidimen-

sionale e oggettiva le condizioni degli anziani e, dall'altra, lascia un amplissimo spazio di soggettività e discrezionalità alle Commissioni.

Vale la pena di ricordare che la pratica e la letteratura geriatrica mettono a disposizione una varietà di strumenti valutativi impiegabili a tal fine; ciononostante finora con l'IDA ci si è comportati come se decenni di sviluppo delle tecniche di analisi delle condizioni delle persone fragili fossero trascorsi invano.

La definizione dell'importo

Nei Paesi dell'Europa occidentale dotati di misure comparabili all'IDA ⁽³⁾, i valori medi mensili si collocano tra 311 e 618 euro. L'ammontare della prestazione italiana, 531 euro mensili, è tra i più alti, superato esclusivamente da quello francese (per l'appunto di 618 euro). Solo in Italia, però, la media coincide con l'importo erogato a ogni utente: negli altri Paesi, infatti, viene graduato in diversi livelli – 7 in Austria, 5 in Germania, 4 in Francia e così via – in base al fabbisogno assistenziale, correlato alla gravità della perdita di autosufficienza (sempre) e alle condizioni economiche del beneficiario (a volte) ⁽⁴⁾. Si fornisce così la medesima prestazione tanto a chi ha una limitazione contenuta dell'autonomia quanto a chi versa in condizioni estremamente gravi e necessita di assistenza continuativa su 24 ore. Eppure, la prima forma di equità consiste nel riconoscere le differenze poiché – per riprendere la nota espressione di Don Milani – fare “parti uguali tra disuguali” è profondamente ingiusto.

Il sostegno professionale

L'IDA si configura come una misura nazionale a sé stante, non collegata/oordinata in alcun modo con i servizi territoriali. Per il beneficiario e/o i suoi caregiver non è previsto alcun affiancamento da parte dei servizi sociali o sociosanitari in abbinamento all'indennità; il percepimento non comporta di per sé la possibilità di usufruire di attività d'informazione, orientamento, consulenze sul percorso assistenziale né di una presa in carico con un progetto personalizzato. Se non riescono a gestire personalmente l'accudimento, i

⁽³⁾ Ci si riferisce all'Europa a 15, nella quale le nazioni dotate di una simile misura sono Austria, Francia, Germania, Inghilterra, Italia e Spagna.

⁽⁴⁾ Infatti in alcuni Paesi, come in Francia, l'importo viene anche graduato in base al reddito, fermo restando il diritto di tutti a ricevere l'indennità indipendentemente dalle condizioni economiche.

beneficiari e/o le loro famiglie (quando sono presenti) devono faticosamente ingegnarsi a progettare da sole forme e modalità dell'assistenza. Non di rado l'assegno finisce per essere utilizzato per assumere personale poco qualificato e/o per alimentare un mercato non regolato della cura (badanti in posizione di irregolarità). Inoltre, non vengono tutelate la qualità e l'appropriatezza del *care* fornito grazie all'assegno, conseguenza inevitabile alla scelta dell'attore pubblico di uscire completamente di scena dopo averlo erogato. D'altra parte, tra gli utenti dell'IDA esiste una quota significativa di grandi anziani con profili di fragilità assai complessi, per i quali quest'assenza produce conseguenze particolarmente negative (Arlotti et al., 2020; Gori, Gubert, 2021) ⁽⁵⁾.

La concordanza di vedute si rintraccia anche in merito al possibile cambiamento. È infatti opinione condivisa tra gli esperti, nazionali e stranieri, che le principali direttrici da seguire siano: i) mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno (ed eventualmente anche secondo le condizioni economiche), iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (assistenti familiari o organizzazioni del terzo settore) ricevendo un importo maggiore per coprire i costi supplementari connessi al ricorso a prestazioni qualificate e regolarmente contrattualizzate. Queste indicazioni sono al centro della proposta di Prestazione universale per la non autosufficienza avanzata dal Patto e accolta nella Legge Delega 33/2023 (cfr. più avanti).

7.3. Le resistenze al cambiamento

Muovendo dal contesto tecnico-scientifico a quello politico-istituzionale, il quadro cambia radicalmente. La riforma dell'IDA, infatti, è da lungo tempo contrastata da più parti, con motivazioni tra loro opposte.

L'attacco ai diritti

Alcuni paventano che la riforma dell'IDA possa essere utilizzata per cancellare il diritto all'assistenza. Ciò potrebbe accadere se si condizionasse la

⁽⁵⁾ ARLOTTI C., PARMA A., RANCI C. (2020), *Politiche di Ltc e diseguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in "Politiche Sociali", 1, pp. 125-148; NNA_2020_7°_Rapporto.pdf (luoghicura.it).

possibilità di ricevere l'assegno non solo – come accade oggi – al fabbisogno assistenziale, ma anche alle risorse economiche del richiedente (personali o del suo nucleo familiare), che dovrebbero rientrare al di sotto di una determinata soglia. Una simile ipotesi riemerge ciclicamente – com'è successo, ad esempio, nel Governo Berlusconi 2008-2011 e nella Spending review di Cottarelli (Governo Letta) del 2014 – senza mai venire realizzata.

L'esplosione della spesa

Altri, invece, temono che la riforma allargherebbe ulteriormente l'utenza e/o aumenterebbe gli importi dell'IDA. L'accoppiata tra questo fenomeno e il costante invecchiamento della popolazione causerebbe l'esplosione della spesa pubblica. Questa posizione si basa su fasi del passato che hanno visto una crescita della spesa dedicata particolarmente sostenuta, come il primo decennio del secolo. In quello successivo, però, lo Stato è stato in grado di mettere sotto controllo la spesa per l'indennità.

Il processo decisionale fuori controllo

Gli schieramenti menzionati hanno preoccupazioni opposte nei contenuti ma simili quanto al processo decisionale. Entrambi temono che, una volta che si avviasse l'iter della riforma dell'IDA, sarebbe poi difficilissimo controllarlo a causa dell'ampiezza dei fondi, della popolazione e degli interessi coinvolti. Ciò significa che, anche se si iniziasse a realizzare la riforma auspicata, vi sarebbero forti probabilità di vederla deragliare in una direzione indesiderata senza poter intervenire.

A legare le motivazioni illustrate vi è uno stesso robusto filo, quello dell'istinto di conservazione. L'indennità, infatti, ne rappresenta l'archetipo: per la sola ragione di essere immutata dal 1980, la possibilità di metterci mano viene avversata, in un tipico esempio di "si fa così perché si è sempre fatto così". Colpisce come, nel mondo politico-istituzionale statale, la riforma dell'indennità venga abitualmente osteggiata con foga utilizzando argomenti di segno opposto.

Tabella 7.1 - Posizioni in merito alla riforma dell'IDA

Dibattito tecnico-scientifico	Dibattito politico-istituzionale
Concordanza di vedute sulla necessità della riforma	Concordanza di vedute sulla non opportunità della riforma
Diretrici di cambiamento condivise: <ul style="list-style-type: none"> • <i>accesso solo in base al bisogno assistenziale</i> • <i>graduazione dell'importo</i> • <i>possibilità di utilizzo in servizi (incentivata)</i> 	Timori di: <ul style="list-style-type: none"> • <i>attacco ai diritti</i> • <i>esplosione della spesa</i> • <i>processo decisionale fuori controllo</i>

7.4. L'introduzione della riforma dell'IDA

Nonostante le opposizioni menzionate, la Legge Delega 33/2023 prevede la riforma: si introduce la Prestazione universale per la non autosufficienza, proposta dal Patto. Queste le principali caratteristiche:

- la possibilità di ricevere la Prestazione discende esclusivamente dal bisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente, com'è oggi per l'IDA;
- il fabbisogno assistenziale viene misurato con il nuovo strumento valutativo, standardizzato e multidimensionale, usato per la Valutazione Multidimensionale Unificata (vedi capitolo 3);
- l'ammontare della Prestazione è graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, in modo che chi ha maggiori necessità possa ricevere cifre più elevate. L'importo minimo garantito ai futuri percettori è quello attuale dell'IDA;
- i beneficiari della Prestazione possono scegliere tra due opzioni: a) un contributo economico senza vincoli d'uso, come adesso; b) la fruizione di servizi alla persona, svolti in forma organizzata (ad es. da soggetti del Terzo Settore) o individuale, da assistenti familiari regolarmente assunte. L'alternativa b) comporta una maggiorazione dell'importo;
- gli aventi diritto possono scegliere tra la Prestazione universale e l'IDA, che – per chi lo desidera – rimane.

La riforma, dunque, conferma la Prestazione come diritto legato al solo bisogno assistenziale e affronta le criticità illustrate al par 7.2. La facoltà di mantenere l'IDA indica che non vi possono essere passi indietro rispetto alla situazione odierna.

7.5. La cancellazione della riforma dell'IDA

Nella Legge 33 prevale lo spirito riformatore: infatti la Prestazione universale costituisce la riforma stessa dell'IDA e si basa sulle sopraccitate linee condivise nel dibattito tecnico-scientifico. Nel Decreto 29, invece, prevalgono le opposizioni al cambiamento di natura politica e istituzionale: la riforma dell'IDA viene abolita e la Prestazione diventa una misura aggiuntiva di carattere sperimentale, che alcuni percettori potranno ricevere nel 2025 e 2026. Questo cambiamento è motivato dalla volontà di cancellare la riforma dell'IDA e di lasciare immutata la misura.

La nuova Prestazione è composta di due parti: l'Indennità di accompagnamento (531 euro mensili), che rimane invariata, a cui si aggiunge l'assegno di assistenza (850 euro mensili), da utilizzare esclusivamente per retribuire assistenti familiari regolari o fruire di servizi di terzo settore accreditati, per un totale complessivo di euro 1.381 mensili. I requisiti per accedervi sono: elevato bisogno assistenziale (comprovato dal fatto di essere titolari di IDA e in condizioni di disabilità definite "gravissime"), età minima di 80 anni, disponibilità economiche ridotte (Isee non superiore a 6.000 euro l'anno). Gli anziani ricoverati in RSA non sono ammessi a usufruirne. Lo stanziamento è 200 milioni di euro nel 2025 e 300 nel 2026 (risorse temporanee), che consentiranno di raggiungere non più di 30mila ultra80enni, su un totale di un milione che percepisce l'IDA (Ranci, 2024) ⁽⁶⁾.

La nuova Prestazione, dunque, non persegue la maggior parte degli obiettivi sanciti nella Delega: i) no all'universalismo: per riceverla non basta lo stato di non autosufficienza ma occorre avere anche un ISEE sotto 6.000 euro; ii) no alla maggior equità: l'importo è lo stesso per tutti; iii) no alla libertà di scelta tra diverse risposte, poiché a tutti viene fornito il medesimo "pacchetto". Nella direzione della Delega, invece, è la promozione dei servizi alla persona (come anticipato, le risorse aggiuntive possono essere utilizzate solo per acquistare questi ultimi) (tab. 7.2).

⁽⁶⁾ La riforma tradita: la nuova prestazione universale - Lavoce.info.

Tabella 7.2 - Le due Prestazioni universali a confronto

	Prestazione (Legge 33/2023)	Nuova Prestazione (Decreto 29/2024)
Riforma Indennità	Sì	No, all'IDA si aggiunge un bonus
Criteri di accesso	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza Condizioni di non autosufficienza gravissima Età di 80 e più anni Ridotte disponibilità economiche
Definizione dell'importo	Graduato in base al bisogno	Somma fissa
Libertà di scelta	Sì	No
Promozione servizi	Sì	Sì

Nel disegno della nuova Prestazione, inoltre, manca del tutto la riflessione sulla residenzialità come possibile forma di sostegno, alla pari con la domiciliarità, per i non autosufficienti gravi: di conseguenza, non la si può utilizzare per affrontare gli alti costi delle rette, nonostante sia noto che la loro onerosità può portare le famiglie all'impovertimento (Tidoli, 2019) (7).

7.6. Guardando avanti

Prendendo in considerazione lo specifico disegno della nuova Prestazione, due aspetti meritano particolare attenzione. Uno, positivo, è il superamento della tradizionale tendenza italiana a privilegiare l'erogazione di contributi monetari anziché quella di servizi, dato il vincolo d'uso per la misura (acquisto di servizi di cura regolari e qualificati). L'altro, negativo, consiste nell'abbandono dell'universalismo che oggi caratterizza l'IDA, introdotto con il principio che si può godere dell'assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a versare in questo stato, si è poveri: ciò lede il diritto universalistico a una cura adeguata indipendentemente dai mezzi economici, escludendo di fatto dalla prestazione una gran parte di anziani che, pur essendo gravissimi, non versano in condizione di forte povertà. Da misura per tutti, dunque, la nuova Prestazione si trasforma in una misura per indigenti.

Si può pensare a un'estensione della misura nel tempo? Sembra diffi-

(7) <https://lombardiasociale.it/2019/06/20/rette-rsa-cosa-si-nasconde-dietro-ai-numeri/>.

cile per due ragioni. Da una parte, per fornire la nuova Prestazione a tutti gli utenti anziani dell'indennità servirebbero 14,3 miliardi annui aggiuntivi a quelli già spesi per l'IDA (10,2 miliardi limitandosi ai soli ultra 80enni). È arduo ipotizzare un percorso in questa direzione. Inoltre, le debolezze del suo disegno – evidenziate nei paragrafi precedenti – sono tali da rendere veramente impegnativo puntarci con decisione.

In ogni modo, il punto chiave è uno: la prestazione universale nasce come la tanto attesa riforma migliorativa dell'IDA ma, nel suo cammino verso l'attuazione, finisce per aderire all'antica tradizione italiana di non riformare bensì di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio.

Bibliografia

- ARLOTTI C., PARMA A., RANCI C. (2020), *Politiche di Ltc e diseguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in "Politiche Sociali", 1, pp. 125-148.
- AUDINO F., MAZZAFERRO C., MORCIANO M. (2024), *Il nodo dell'Indennità di accompagnamento*, in www.lavoceinfo, 21/2/2024.
- GORI C., GUBERT E. (2021), *L'Indennità di accompagnamento*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021*, Rimini, Maggioli.
- RANCI C. (2024), *La riforma tradita: la nuova Prestazione universale*, in www.lavoceinfo, 1/2/2024.
- TIDOLI R. (2019), *Rette RSA: cosa si nasconde dietro ai numeri?*, in www.lombardiasociale.it, 20/6/2019.

8. Le assistenti familiari

8.1. Introduzione

I numeri parlano chiaro. La cura delle persone anziane non autosufficienti nel nostro Paese rimane in maniera preponderante a carico delle loro famiglie. Poche beneficiano dei servizi domiciliari pubblici (Sad, Adi), mentre ai servizi residenziali si arriva sempre più tardi. Continua, in questo contesto, il ricorso diffuso alle assistenti familiari, le badanti.

Secondo l'INPS le persone regolarmente occupate come badanti in Italia alla fine del 2023 erano oltre 413.000. Stimiamo tuttavia che queste rappresentino la minoranza del totale e che l'irregolarità riguardi circa il 60% del settore. Si tratta di una stima cauta, che si rifà a fonti diverse e a una lunga attività di ricerca sul campo (Pasquinelli e Pozzoli, 2021) ⁽¹⁾. Peraltro, anche la Commissione europea ipotizza un'irregolarità superiore al 50% nel settore del lavoro domestico italiano, secondo quanto riportato da Effe (2024, pp. 12-13) ⁽²⁾. In base a questi elementi il totale delle assistenti familiari, regolari e non, è stimabile poco sopra il milione.

A partire da questo quadro, entriamo ora nel merito di quanto stabilito dalla Legge Delega sulla non autosufficienza (33/2023) e dal successivo Decreto Attuativo (29/2024), per poi delineare le proposte di lavoro mirate a rendere questo settore meno sommerso, più qualificato e maggiormente collegato alla rete dei servizi pubblici.

8.2. La Legge Delega e il Decreto Attuativo

Per promuovere il lavoro privato di cura, regolare e di qualità, la Legge Delega tocca, congiuntamente, due ambiti:

⁽¹⁾ Badanti dopo la pandemia. Vent'anni di lavoro privato di cura in Italia.

⁽²⁾ Secondo Rapporto 2024.

- a) incentivi all'emersione, che a loro volta prevedono due dispositivi: i) il riordino e il rafforzamento delle agevolazioni fiscali per le famiglie, ii) la possibilità di utilizzare l'Indennità di accompagnamento riformata nella nuova *Prestazione Universale* per fruire di servizi alla persona, ricevendo in questo caso un importo maggiorato.

Il Decreto Attuativo lascia completamente cadere il riordino e il rafforzamento dei benefici fiscali e stravolge la nuova *Prestazione Universale* limitandola a una sperimentazione mal disegnata e molto circoscritta (si veda il capitolo 7);

- b) azioni su competenze e formazione. Su questo tema l'art. 38 del Decreto Attuativo rinvia a linee guida da emanarsi entro 90 giorni, alle quali le Regioni "possono" fare riferimento. Un'indicazione piuttosto aleatoria su uno strumento, le linee guida, che per essere efficace richiede uno stretto coinvolgimento delle Regioni, che hanno già ampiamente regolamentato la materia. Il Decreto stabilisce infine che, allo scopo di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro delle assistenti familiari, verranno istituiti dalle Regioni appositi "Registri regionali di assistenti familiari" e sottoscritti "accordi di collaborazione interistituzionale tra Centri per l'impiego (CPI) e ATS".

8.3. Una politica a favore del lavoro privato di cura

La Delega e il Decreto Attuativo affrontano solo alcuni degli aspetti cruciali per una politica complessiva del settore. Sostenere il lavoro di cura regolare e qualificato, ridurre la dimensione tutta privata che la caratterizza nel nostro Paese, socializzarne i costi e collegarlo alla rete pubblica dei servizi. Questi diversi fini richiedono un insieme di sforzi da perseguire congiuntamente.

Sono quattro i temi cardine posti dalla presenza e dal lavoro delle assistenti familiari. Li evidenziamo in termini di obiettivi da raggiungere per rendere questo mercato meno isolato e più qualificato, alleggerendo il carico di cura che grava sulle famiglie e superando le attuali criticità. Le quattro aree d'intervento sono tra loro in relazione circolare e ognuna può generare effetti positivi sulle altre, secondo una dinamica di *spillover*. Al contrario, senza la debita connessione ogni sforzo rischia di produrre esiti limitati.

Questo è il nostro "frame", il quadro di riferimento che proponiamo per una politica di sostegno del lavoro privato di cura, e che usiamo per valutare la riforma. Regolazione degli ingressi, emersione del lavoro irregolare, sostegni al costo della cura, all'incontro tra domanda e offerta e alla qualità dell'assistenza: questi sono tutti temi che si legano, e che "si aiutano" se con-

siderati come parti di un unico progetto. Li tratteremo nell'ordine riportato nella figura 8.1.

Figura 8.1 - Sostenere il lavoro privato di cura: il "frame" logico



8.4. Adeguare l'offerta alla domanda

In un Paese in cui gli ultra 65enni stanno aumentando al ritmo di quasi 200.000 l'anno, perché le assistenti familiari (in regola) non crescono e ultimamente addirittura diminuiscono?

Crediamo che uno dei motivi principali sia un'offerta di lavoro che fatica a esprimersi, a rinnovarsi, anche perché le possibilità di accedere in modo regolare al nostro Paese sono irrisorie. Nel 2023 è stato emanato un Decreto flussi che prevede per assistenti familiari e operatori sociosanitari la possibilità d'ingresso per sole 9.500 quote l'anno fino al 2025 (D.P.C.M. 27/9/2023). Nel click day del marzo 2024 si sono contate 106mila domande d'ingresso: oltre 10 volte quelle ammissibili.

Manca drammaticamente la cognizione delle dimensioni di manodopera di cui abbiamo bisogno nel lavoro di cura, che pone il tema della sostenibilità del welfare familiare dentro il più ampio sistema di *long term care* italiano (Fosti, Notarnicola, Perobelli, 2024) ⁽³⁾. Le stime del Rapporto 2023 di Family

⁽³⁾ La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. Sesto Rapporto Osservatorio Long Term Care.

(Net)Work, osservatorio che fa capo ad Assindatcolf, indicano un fabbisogno annuo di 23.000 unità nell'ambito dell'assistenza familiare domestica. E si tratta di una stima cauta.

Per i lavoratori stranieri è dunque presente una barriera all'ingresso nel mercato, che ha almeno due ricadute. Primo, l'invecchiamento delle lavoratrici (Pasquinelli, Pozzoli, op. cit.), meno disposte alla convivenza e sempre più orientate al lavoro a ore, perché le assistenti familiari in Italia da più tempo tendono a rendersi più autonome. Secondo, se rimangono via via scoperte quote di domanda di assistenza, alle famiglie s'impone progressivamente una scelta obbligata: assumere in proprio gli oneri della cura. Un'opzione sempre meno disponibile nei prossimi anni, stante il calo delle risorse di cura familiari.

8.5. Incentivare l'emersione dal mercato irregolare

L'Indennità di accompagnamento riformata nella Prestazione Universale, quando utilizzata per fruire di servizi diretti, è l'intervento principe attraverso cui far emergere il lavoro privato di cura dal mercato irregolare. Per chi invece impiega un assistente familiare ma non riceve la Prestazione Universale, lo strumento per incentivare la regolarizzazione dei rapporti di lavoro resta la leva fiscale. Prestazione Universale e benefici fiscali devono dunque agire in modo complementare, evitando un'incongrua sovrapposizione di benefici. Da un lato quindi chi può optare per importi maggiorati grazie a questa nuova misura, dall'altro benefici fiscali per chi non vi accede ma impiega comunque un assistente familiare per ragioni assistenziali.

Come già sottolineato, il Decreto 29/2024 altera però il senso della Prestazione Universale, depotenziandola in relazione all'obiettivo dell'emersione, e lascia cadere completamente il tema degli incentivi fiscali. Come la Prestazione Universale possa favorire l'emersione del mercato irregolare è descritto nel capitolo 7. La strada complementare degli incentivi fiscali dovrebbe prevedere un rafforzamento dei benefici oggi disponibili per datori di lavoro di cura. Una via percorribile è quella di raddoppiare da 1.549 a 3.000 euro la soglia dei contributi deducibili dal reddito. Una misura che aiuta le famiglie datrici di lavoro a far fronte anche agli aumenti contrattuali del 2023, che hanno incrementato i minimi del 9,2% per effetto dell'adeguamento al costo della vita secondo l'indice ISTAT ⁽⁴⁾. A beneficiare del raddoppio degli

(4) All'80% per i salari e al 100% per le indennità di vitto e alloggio.

sgravi sono soprattutto i datori con rapporti di lavoro superiori alle 34 ore settimanali (che rientrano nella fascia unica prevista per i contratti che superano le 25 ore settimanali), circa il 25% di quelli censiti dall'INPS.

Al netto dei potenziali beneficiari della Prestazione Universale riformata (capitolo 7), la platea relativamente ridotta di questo ampliamento di agevolazioni ne rende sostenibile economicamente il peso. Secondo le nostre stime, si tratta di meno di 100.000 casi.

8.6. Formare e qualificare il lavoro

In Italia non esistono standard formativi univoci per la figura di “assistente familiare”; così come un profilo professionale unico sancito a livello nazionale o un iter formativo di base per ottenere la qualificazione di assistente familiare. Mancano inoltre criteri uniformi di valutazione delle competenze già acquisite. Esistono, al contrario, numerose e diverse normative regionali riguardanti sia la definizione di profili professionali territoriali, sia quella di standard e percorsi formativi per gli assistenti familiari, anche se gli iter stabiliti in sede regionale hanno finora formato una quota marginale di lavoratori.

L’emanazione di linee guida nazionali – previste dal Decreto 29/2024 – che stabiliscano percorsi formativi univoci va quindi a colmare una lacuna. A questo scopo è indispensabile avviare un approfondito confronto con le Regioni, come contemplato nello stesso Decreto, mirato al riconoscimento delle iniziative già messe in campo in tema di qualificazione del lavoro privato di cura a livello regionale e alla valorizzazione delle esperienze più efficaci.

Le direttrici individuate non dovranno costituire un requisito di accesso all’esercizio della professione: la formazione è ancora troppo ‘onerosa’ per lavoratori e famiglie. Si rischierebbe di porre un vincolo poco funzionale alla riduzione del lavoro irregolare.

È auspicabile, inoltre, un’articolazione su due livelli: a) la definizione di standard formativi *minimi* e competenze *minime* per gli assistenti familiari impegnati a supportare e assistere persone anziane a domicilio; b) l’eventuale integrazione con standard formativi *avanzati*, e rispettive competenze, secondo la logica di un percorso formativo costruito per moduli e aperto, con la facoltà di aggiungere competenze nel tempo. L’approccio è quello europeo dei “*learning outcomes*”, ovvero della definizione di “risultati di apprendimento” raggiungibili progressivamente nel tempo e mediante diversi tipi

di standard di verifica. È fondamentale differenziare gli iter sia in base alle abilità già possedute, sia in base a specializzazioni diverse, ad esempio in merito a specifiche problematiche assistenziali complesse quali le demenze e le malattie neurodegenerative. Tale doppio livello dovrà a sua volta prestare un'attenzione particolare ai seguenti elementi:

- a) la durata (numero di ore) del percorso base non dev'essere percepita come un onere eccessivo rispetto al risultato da conseguire, sia per gli assistenti familiari che per le famiglie. Lo scarso grado di "attrazione" della formazione è uno dei problemi che fino a oggi ha afflitto l'offerta formativa in questo settore;
- b) le diverse modalità possibili della formazione, che possono integrarsi: in aula, con lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche/laboratoriali; a distanza, eventualmente anche – in parte – in modalità asincrona;
- c) i requisiti di accesso ai corsi di formazione dovranno essere inclusivi. Richiedere la pregressa residenza in una determinata Regione, la certificazione equivalente di titoli esteri o certificazioni specifiche per il riconoscimento della lingua italiana rischia di risultare discriminatorio e limitare l'accesso alla formazione;
- d) la possibilità di riconoscere le competenze pregresse, acquisite sul campo, anche al di fuori dei percorsi formativi riconosciuti o comunque attraverso iter "rimodulati": molte assistenti familiari fanno questo lavoro da molti anni e va preso in considerazione il fatto di validare le capacità e la preparazione conseguite nel tempo.

Infine, lo sviluppo di un'adeguata offerta formativa e, ancor più, quello di una "cultura della formazione", comporta un approccio graduale. Per questo riteniamo necessario che, nella fase di messa a terra degli interventi, vengano anche definiti coerenti obiettivi di servizio e interventi di monitoraggio e verifica dell'attuazione dei percorsi formativi e della loro efficacia, oltre che opportuni incentivi, in stretto raccordo con le Regioni.

8.7. Accompagnare l'incontro domanda/offerta

Già la Legge di Bilancio 2022 ha portato questo tema a livello nazionale, stabilendo che ogni Ambito territoriale sociale (ATS) sia dotato di "servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in

collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti" (Legge 234/2021, comma 162, lettera c). Il Decreto 29/2024 rilancia questo tema menzionando esplicitamente, quale strumento di incontro domanda-offerta, i registri regionali e gli accordi tra Regioni, ATS e CPI.

È cruciale che vi sia una collaborazione tra Regioni, con i rispettivi registri delle assistenti familiari, e gli Ambiti territoriali sociali (ATS) che concretamente possono gestire i registri territoriali e facilitare l'incontro tra domanda e offerta di assistenza. In caso contrario i registri rimangono strumenti formali di scarsa funzionalità. I Centri per l'impiego, invece, raramente esercitano funzioni nel settore del lavoro privato di cura, nel quale non risultano avere competenze significative tranne poche eccezioni (è il caso, per esempio, di alcuni territori della Toscana e del Friuli-Venezia Giulia). Crediamo che il loro coinvolgimento debba continuare a essere una possibilità senza diventare un obbligo, pena il rischio di realizzare interventi disfunzionali rispetto al *matching* tra domanda e offerta.

Gli sportelli per l'assistenza familiare da tempo vengono promossi da Regioni, Enti locali e vari soggetti privati per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro (per un quadro aggiornato: Fidaldo, 2023). Possono svolgere funzioni assai diverse, spaziando dall'essere luoghi di semplice informazione (modello informativo) fino a servizi che offrono orientamento, accompagnamento e sostegno continuativo (modello integrato). Il loro valore aggiunto più prezioso risiede proprio nella capacità d'integrare attività diverse, nel poter collegare i sostegni alla domanda (informazione, orientamento, assistenza contrattuale) ai sostegni all'offerta (informazione, formazione, riconoscimento delle competenze acquisite, iscrizione ai registri). Diventando luoghi in cui diversi interventi convergono, permettono alle famiglie di superare la grande solitudine del welfare "fai-da-te".

La capacità di attrazione del sistema di incrocio domanda/offerta di lavoro tramite sportelli e registri si lega quindi fortemente alla messa in campo di ulteriori azioni: sostegni economici (assegni di cura e sostegni similari), orientamento, gestione delle pratiche burocratiche, supporto e accompagnamento alla relazione, copertura dei periodi di sostituzione, e così via. Anche per questo sarebbero grandemente utili spazi di confronto tra Regioni che valorizzino le esperienze più virtuose, per esempio in collegamento con le Case della Comunità, nel quadro di una reale connessione con la rete pubblica dei servizi.

8.8. Conclusioni

Le quattro aree di intervento descritte in questo capitolo disegnano una politica compiuta di sostegno e qualificazione del lavoro privato di cura nel nostro Paese. Il Decreto Attuativo della Legge 33/2023 ne tratta solo una, quella della formazione e qualificazione delle assistenti familiari, rinviando peraltro a linee guida ancora tutte da definire al momento di scrivere, e su cui rimane incerto quanto vincolanti per le Regioni. Accenna poi al tema dell'incontro tra domanda e offerta, delegandolo alle Regioni con appositi registri delle assistenti familiari, registri che diverse di loro hanno istituito da tempo. Infine, l'introduzione di una nuova Prestazione Universale, ridotta a una sperimentazione molto circoscritta che non potrà mai essere estesa con le stesse caratteristiche, poco influirà sulle dimensioni del mercato irregolare, mentre il rafforzamento delle agevolazioni fiscali viene del tutto eluso.

Il settore attende quindi – e ancora – interventi di respiro per uscire dalla nicchia separata in cui è rimasto per troppi anni.

Bibliografia

- EFFE, a cura di (2024), *Secondo Rapporto 2024. Integrazione dei migranti, professionalizzazione e attrattività nel settore domestico*, Roma.
- FIDALDO (2023), *Il lavoro domestico: prospettive per i territori ai tempi della Legge Delega sulla non autosufficienza. Terzo Report di ricerca*, Roma.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E., PEROBELLI E. (2024), *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. Sesto Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.
- ISTAT (2021), *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*, Roma.
- PASQUINELLI S., POZZOLI F. (2021), *Badanti dopo la pandemia. Vent'anni di lavoro privato di cura in Italia*, Quaderno WP3 del progetto "Time to care" sostenuto da Fondazione Cariplo.

9. I caregiver familiari

9.1. Di chi parliamo

Per caregiver familiare in letteratura e nella ricerca sociale si intende chi, per ragioni affettive, si prende cura di una persona cara che, in quanto non autosufficiente o con gravi problemi di salute o disabilità, ha necessità di un'assistenza continuativa e di lungo periodo a sostegno delle funzioni della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare, camminare...). Il caregiver, per lo più un familiare, assolve di norma a una molteplicità di funzioni e di compiti a favore della persona assistita: dal supporto psicologico ed emotivo, al rapporto con i servizi sociali e sanitari, all'organizzazione delle visite e delle terapie, al disbrigo delle pratiche burocratiche, all'attività di cura quotidiana della persona e degli ambienti di vita, alle attività di relazione e inclusione sociale.

La sua è una figura nettamente distinta da quella dell'assistente familiare (o badante) che, come da specifico CCNL, in qualità di lavoratore/trice dipendente svolge funzioni di accudimento – anche continuativo – di una persona non autosufficiente dietro verifica, diretta o indiretta, del datore di lavoro (lo stesso interessato, un congiunto di riferimento, l'amministratore di sostegno, ecc.).

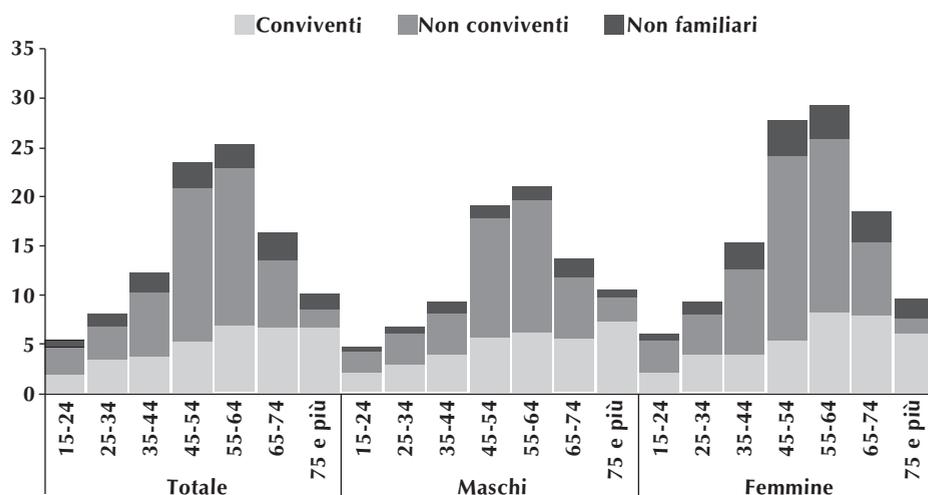
Quanti sono i caregiver familiari in Italia? La ricerca EHIS stima ⁽¹⁾ che nel nostro Paese adempiano a compiti di cura verso parenti con problemi di salute dovuti all'invecchiamento o a patologie croniche ben 7.014.000 di persone (il 13,5% della popolazione ultra 15enne), delle quali 2.367.000 con un impegno assistenziale superiore alle 20 ore settimanali (fig. 9.1). La ricerca evidenzia anche come l'età dei caregiver familiari spazi dai giovani a persone molto oltre i 65 anni ⁽²⁾. Le fasce di età maggiormente impegnate sono, nell'ordine, quelle 55-64 anni, 45-54 anni e 65-74 anni.

⁽¹⁾ Fonte: ISTAT, secondo rapporto 2019, Indagine europea sulla salute EHIS.

⁽²⁾ I giovani caregiver sono bambini o ragazzi di età inferiore ai 18 anni, che forniscono assistenza e supporto emotivo abituali e continuativi ad un altro membro della fa-

Le donne costituiscono la maggioranza dei caregiver familiari (60%), confermando il carattere fortemente femminile del lavoro di cura in Italia. Nel lungo periodo, la condizione di caregiver ha rilevanti impatti sul percorso di vita, di studio, di lavoro, sulle relazioni familiari, amicali e sociali nonché sulla salute fisica e mentale.

Figura 9.1 - Persone di 15 anni e più che prestano assistenza almeno una volta a settimana a persone con problemi di salute dovuti all'invecchiamento o a patologie croniche, per sesso e classe di età. Anno 2019 (per 100 persone)



Fonte: ISTAT, Indagine europea sulla salute.

9.2. I bisogni dei caregiver familiari

Quali sono i principali bisogni e le necessità di chi assume il ruolo di caregiver? In primo luogo il riconoscimento e la valorizzazione sociale del proprio lavoro di cura, funzione insostituibile sia per la persona assistita che per la sostenibilità del welfare pubblico. Un riconoscimento che, previo esplicito consenso della persona assistita, gli permetta di essere identificato come

miglia che necessita di cura, assumendosi responsabilità significative e svolgendo attività e compiti di assistenza normalmente svolti da un adulto.

interlocutore dei Servizi sociali e sanitari nell'individuare i bisogni e gli interventi di cura e sostegno di cui l'interessato necessita. Essere identificato come caregiver deve consentirgli di godere di opportunità di ascolto, di incontro tra pari, di scambio di esperienze, d'inclusione sociale e di rappresentanza, nonché di dare voce alle proprie esigenze.

Tabella 9.1 - Le necessità dei caregiver familiari

Mancanza di riconoscimento e rischio di esclusione sociale	Conciliare assistenza con lavoro e vita personale	Reddito adeguato e sicurezza sociale	Accesso ai servizi (distrettuali)	Accesso alle informazioni e alla formazione	Salute e benessere
Basso riconoscimento sociale	Assenza di tempo	Problemi finanziari, costi dell'assistenza	Mancanza di accesso e supporto	Mancanza di conoscenza	Stress ed esaurimento mentale ed emotivo
Isolamento sociale	Difficoltà a bilanciare assistenza con vita professionale e/o vita personale	Mancanza di sostegno al reddito	Mancanza di servizi flessibili e temporanei	Mancanza di competenze	Onere fisico gravoso
Assenza di voce e rappresentanza politica	Isolamento sociale e solitudine	Mancanza di una assicurazione sociale	Mancanza di servizi a prezzi accessibili e di alta qualità	Ostacoli burocratici	Impatto negativo nelle relazioni sociali

Fonte: elaborazione di Birtha e Hol, 2017.

Al carico assistenziale sostenuto dal caregiver familiare è indispensabile far fronte con forme strutturali e non episodiche di sollievo, che gli concedano di recuperare le energie psicofisiche e prevenzano gli effetti nefasti dello stress cronico e del burn out. Vanno inoltre previste misure per la conciliazione della cura con il lavoro o con lo studio, in risposta a bisogni di prossimità, di flessibilità, d'integrazione tra attività in presenza e da remoto, di validazione delle competenze derivanti dall'impegno di cura, di politiche attive per l'inserimento o il reinserimento lavorativo, di sostegno allo status di lavoratore o studente che si prende cura. In sintesi: è necessario che il caregiver abbia la possibilità di dare assistenza a una persona cara senza dover mettere da parte le proprie necessità professionali e/o di vita, nel difficile equilibrio tra il dare cura all'altro e il mantenere la dovuta attenzione a sé, al proprio benessere, ai propri bisogni.

Una delle esigenze ripetutamente espresse dai caregiver concerne la dimensione economica del dare cura. Oltre alla perdita di reddito derivante

dalla riduzione o dalla cessazione dell'attività lavorativa, bisogna infatti fare i conti con le rilevanti spese per visite mediche, esami diagnostici, farmaci, attività riabilitativa, ausili e supporti assistenziali (ad esempio i costi per le assistenti familiari).

È inoltre evidente l'importanza di forme di riconoscimento previdenziale degli anni di cura per non rischiare, nella carenza di contributi versati, di affrontare la vecchiaia senza un'adeguata copertura pensionistica.

Il caregiver patisce la carenza di servizi domiciliari in grado di rispondere a bisogni assistenziali che, sempre più, richiedono flessibilità, personalizzazione e continuità. Sente sulle sue spalle il peso, spesso totale e senza pause, del dare cura (nel caso di patologie cronico-degenerative, non è raro arrivare a periodi di assistenza di 12-15 anni).

Un simile peso richiede in primo luogo di essere alleviato, oltre che dagli interventi di sollievo, da un supporto informativo e formativo mirato a valutare sia i reali bisogni di cura della persona assistita e le risorse accessibili/attivabili negli ambiti professionali, che le funzioni e le competenze necessarie per il loro assolvimento.

Il caregiver ha la grande necessità di non sentirsi solo, di percepirsi come punto di una rete di servizi e di relazioni di supporto. Un ruolo di particolare rilevanza in tal senso è rivestito da un lato dagli sportelli dedicati, dall'altro dai servizi di supporto psicologico e dai gruppi di Auto Mutuo Aiuto fra pari. In questi contesti il caregiver può essere aiutato a comprendere che la sua condizione di solitudine, stanchezza e stress è connessa alla complessa gestione del ruolo e al carico emotivo che il dare cura comporta. Tale consapevolezza è un passo necessario per accettare, senza sensi di colpa, aiuto e sollievo dalla funzione assistenziale, nella convinzione che prendersi cura di sé sia la pre-condizione per poterlo fare anche nei confronti della persona cara (per un quadro d'insieme si veda la tabella 9.1) (Ligabue, 2021, 2022) ⁽³⁾.

⁽³⁾ <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2021/12/i-caregivers-familiari-in-italia-intervista-a-loredana-ligabue/?pdf> Spunti di riflessione dal Rapporto OECD "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind" - I Luoghi della Cura Rivista Online (luoghicura.it).

9.3. I caregiver familiari nella riforma

Il ruolo anticipatorio delle Regioni

In Italia il riconoscimento della figura del caregiver come soggetto di diritto prende il via a partire dalla L.R. 2/14 della Regione Emilia-Romagna. A seguire, numerose altre Regioni ⁽⁴⁾ hanno approvato leggi a riconoscimento e sostegno di tale funzione. La normativa regionale, nei limiti degli ambiti di propria competenza legislativa, oltre a mettere in campo interventi diretti di supporto ha favorito l'apertura di un confronto in materia di caregiving familiare, creando le premesse per declinarla nell'ambito delle politiche nazionali. Il primo passo in tal senso sono stati i commi 254 e 255 dell'art. 1 della Legge 205/2017 ⁽⁵⁾: il comma 254 ha istituito il Fondo nazionale per il sostegno ai caregiver, il comma 255 ⁽⁶⁾ ha formalizzato i requisiti che identificano il caregiver familiare (Pesaresi, 2021) ⁽⁷⁾. Tra questi non rientra la convivenza che, se è scontata nella funzione genitoriale e coniugale, non può invece essere vincolante nella relazione di cura (ad esempio dei figli verso i genitori)

Una trattazione organica del tema caregiver familiari

Mentre la Legge Delega 33/2023 ha tenuto i caregiver familiari ai margini, il Decreto Attuativo 29/2024 rappresenta un'importante novità nel panorama

⁽⁴⁾ Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Calabria, Lazio, Sicilia, Provincia di Trento, Toscana (testo approvato dalla Giunta in discussione nella Assemblea legislativa).

⁽⁵⁾ Comma 254. È istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Il Fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare, come definito al comma 255.

⁽⁶⁾ Comma 255. Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di Indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/1980.

⁽⁷⁾ PESARESI F. (2021), *Il manuale dei caregiver familiari - Aiutare chi aiuta*, Rimini, Maggioli.

legislativo nazionale poiché affronta in modo organico il ruolo del caregiver, il suo rapporto con i servizi territoriali, la sua partecipazione all'identificazione dei bisogni e alla definizione del Piano Assistenziale della persona assistita (art. 39). Nella trattazione, l'articolo 39 recepisce molte delle proposte presentate dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza.

L'articolo 39 del Decreto fa sua la definizione di caregiver familiare di cui al comma 255 della Legge 205/2017. Tale definizione (in contrasto con molte legislazioni regionali) ha il limite di riconoscere il caregiver solo a fronte dell'avvenuta certificazione dell'assistito quale portatore di disabilità grave (ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104) o di beneficiario d'Indennità di accompagnamento (ai sensi della legge 18/1980); questo implica che, dal momento in cui insorge e viene definito il bisogno di cura (l'evento traumatico occorso al familiare, la relativa diagnosi, ecc.), possa trascorrere anche molto tempo. È palese che la decisione di riconoscere il caregiver come beneficiario di qualsivoglia misura di sostegno solo dopo le certificazioni sopra menzionate rischia di lasciarlo solo e privo di ogni punto di riferimento per anni; la fase più critica coincide infatti con la diagnosi ricevuta dal familiare e con la decisione di dedicarsi alla sua cura, con tutti i conseguenti impatti (psicofisici, di stress, sul lavoro, ecc.). Per puntare a ridurre il pericolo di burn out, è invece essenziale garantire da subito al caregiver informazioni, orientamento, formazione, supporto psicologico e sollievo.

Inoltre, sempre in contrasto con quanto espresso in diverse e anche recenti normative regionali (vedi ad esempio Legge 8/2023 della Regione Friuli-Venezia Giulia), la definizione di caregiver non si estende alle persone con comprovata relazione affettiva o amicale con l'assistito; se si pensa al crescente numero di anziani soli, privi di rete parentale e bisognosi di cura, questo ampliamento è invece particolarmente importante.

Il caregiver, in relazione alle necessità dell'interessato, se ne prende cura e lo assiste nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali. Si rapporta inoltre con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato; quest'ultimo aspetto è molto rilevante in quanto rimarca la funzione sociale, e non solo privata, della cura.

Nell'ambito del piano assistenziale vengono individuate le attività di cura effettivamente svolte dal caregiver, viene valutato il suo stato di stress e, in una specifica sezione, si evidenziano i bisogni e gli interventi di sostegno che gli sono necessari ai fini della qualità di cura verso l'assistito e del proprio benessere e spazio di vita.

Viene definita la possibile partecipazione del caregiver familiare alla valutazione multidimensionale unificata, all'individuazione dei bisogni assistenziali, sanitari e di benessere (piano integrato) della persona cara e all'elaborazione del piano assistenziale. Prevedendo tale partecipazione, si riconosce l'importante contributo che il caregiver è in grado di offrire grazie alla conoscenza di abitudini, stili di vita e aspettative dell'assistito; si favorisce inoltre, pur nella distinzione dei ruoli, la condivisione tra il caregiver e i servizi territoriali delle decisioni riguardanti gli interventi da attivare a favore dell'assistito.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni programmano e definiscono le modalità, le attività e i compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionali unificate per l'individuazione delle misure di sostegno e di sollievo ai caregiver familiari.

In tema di informazioni, si prevede che – nel rispetto delle norme inerenti la privacy e previo consenso dell'assistito o del suo rappresentante legale – i servizi sociali, sociosanitari e sanitari forniscano al caregiver familiare informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse territoriali che possano offrire sostegno. L'accesso a tali informazioni è determinante per un appropriato e responsabile svolgimento delle funzioni di cura.

Si prevede la valorizzazione dell'esperienza e delle competenze maturate dal caregiver nell'attività di cura. Ciò è particolarmente importante per favorire il suo accesso o il suo reinserimento lavorativo una volta terminato l'accudimento al familiare.

Il Decreto presta attenzione anche ai giovani caregiver (ragazzi di età inferiore ai 18 anni, che forniscono assistenza e supporto emotivo, abituali e continuativi, a un altro membro della famiglia che necessita di cura) stabilendo che le istituzioni scolastiche del ciclo secondario possono promuovere specifiche iniziative formative rivolte a studenti caregiver familiari, con il relativo riconoscimento di crediti formativi.

Per quanto riguarda la rappresentanza, si contempla la partecipazione delle organizzazioni più rappresentative alla programmazione nazionale, regionale e territoriale in materia di identificazione dei bisogni, delle modalità d'intervento e dell'allocazione delle risorse.

L'ultimo aspetto, di evidente rilievo, riguarda le risorse. Per l'attuazione di quanto indicato sin qui non sono previsti finanziamenti addizionali.

9.4. Da una norma all'altra

Il Decreto 29 contiene gli elementi necessari a costruire una strategia organica a sostegno dei caregiver. È privo, però, sia delle risorse che servirebbero sia degli ulteriori atti necessari a tradurla in pratica, Decreti, Linee Guida o altro.

D'altra parte, il compito di dare fiato a un'azione specifica non spetterebbe alla riforma della non autosufficienza bensì alla normativa organica rivolta ai caregiver familiari, sia di anziani che di persone con disabilità, che il Governo si è impegnato a realizzare. Al momento di scrivere questo capitolo, infatti, è in corso il relativo iter di elaborazione ad opera di un Tavolo tecnico nazionale (coordinato dagli Uffici Legislativi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e da quello del Ministro per le Disabilità). L'interrogativo, dunque, è se, e in che modo, i criteri espressi dal Decreto Legislativo 29 verranno ripresi e tradotti in pratica attraverso la futura Legge quadro sui caregiver familiari.

Bibliografia

- LIGABUE L. (2021), *I caregiver familiari in Italia: intervista a Loredana Ligabue*, in "I Luoghi della cura" online, n. 5.
- LIGABUE L. (2022), *Spunti di riflessione dal Rapporto OECD "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind"*, in "I luoghi della cura" online, n. 3.
- PESARESI F. (2021), *Il manuale dei caregiver familiari - Aiutare chi aiuta*, Rimini, Maggioli.
- UFFICIO STUDI - CAMERA DEI DEPUTATI (2024), *Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del caregiver familiare*, link: <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.

PARTE TERZA
L'ampliamento dell'offerta

10. Il finanziamento e la spesa

10.1. La spesa pubblica

La spesa pubblica per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti (Long-Term Care, LTC) nel nostro Paese nel 2022 assorbe annualmente 1,28% del Pil (RGS, 2023) ⁽¹⁾. In valore assoluto si tratta di 25 miliardi di euro, così suddivisi tra le filiere istituzionali coinvolte: 9,2 per servizi sanitari; 11 per l'Indennità di accompagnamento; 4,9 per altre prestazioni erogate da enti locali (principalmente spesa comunale). Oltre il 50% di queste risorse sono destinate a prestazioni in denaro, mentre la restante quota servizi si divide tra circa il 20% per interventi al domicilio e il 30% per assistenza in strutture (dati 2022, cfr. tab. 10.1).

Tabella 10.1 - La spesa pubblica per LTC anziani in Italia, anno 2022

Filiera	Pil (composizione)	Intervento	Pil (composizione)
Componente sanitaria	0,47 (37%)	Domiciliare	0,25 (19%)
Indennità di accompagnamento	0,56 (44%)	Residenziale	0,38 (30%)
Altre prestazioni LTC (Comuni)	0,25 (19%)	Cash	0,65 (51%)
Totale	1,28 (100%)	Totale	1,28 (100%)

Fonte: RGS, 2023.

A livello internazionale, la nostra spesa pubblica per servizi alla persona si rivela particolarmente limitata; le comparazioni europee – fattibili prevalentemente per la componente sanitaria – segnalano un ritardo del nostro

⁽¹⁾ RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (RGS) (2023), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, RGS.

Paese sotto diversi profili: in termini pro-capite ⁽²⁾, in termini d'incidenza sul Pil e in termini di quota di spesa sanitaria dedicata alla LTC (tab. 10.2).

Tabella 10.2 - Spesa sanitaria per LTC pubblica, 2021

	UE	Italia
Pro capite	457,69	210,15
% sul Pil	1,40	0,68
Incidenza sulla spesa sanitaria	15,9%	9,8%

Fonte: Eurostat, SHA.

Il gap italiano rispetto alla media europea non sembra giustificato dalla struttura per età della popolazione, che indurrebbe ad aspettarsi un investimento per la LTC più consistente nel nostro Paese che altrove. Eurostat (2024) evidenzia, infatti, che nel 2023 in Italia l'incidenza della fascia di età 65+ risulta pari al 24% rispetto alla media UE del 21,3%, mentre quella dei grandi anziani (over 80) è il 7,6% contro il 6%.

Nella recente fase storica, peraltro, si assiste una progressiva riduzione del ruolo dell'intervento pubblico, inevitabilmente compensata dalla spesa delle famiglie. Secondo i dati ISTAT (2023), infatti, nell'ultimo decennio la spesa sanitaria per LTC sostenuta con risorse pubbliche è aumentata del 12,2%, mentre quella dei nuclei di oltre il 22%. Tra i vari tipi di spesa sanitaria (cura e riabilitazione/farmaci/prevenzione/LTC) la LTC è la voce che ha conosciuto il maggior incremento a carico dei privati cittadini.

La crescita dei livelli delle compartecipazioni richieste agli assistiti per i servizi formali di LTC comporta una sempre maggior difficoltà nell'accedere ai servizi da parte dei ceti economici medio-bassi, con rischio d'impoverimento e perdita della capacità del welfare di essere universalistico. Si tratta di una criticità più presente nel nostro Paese rispetto agli altri: l'OCSE segnala che in Italia la quota di anziani con bisogni di LTC che non trova adeguata assistenza (*unmet LTC needs*) è pari al 56% di coloro che hanno almeno una limitazione e al 51% di coloro che ne hanno almeno 3 nelle attività ADL/IADL ⁽³⁾; nella tabella 10.3 sono indicati gli analoghi indicatori di altri Stati.

⁽²⁾ S'intende pro capite rispetto all'intera popolazione residente.

⁽³⁾ Le ADL sono le attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, appunto ADL) e riguardano igiene personale, gestione della continenza, vestirsi, alimentazione e deambulazione. Le IADL, a loro volta, permettono alle persone di vivere in maniera indi-

Tabella 10.3 - Percentuali di anziani a domicilio con bisogni non soddisfatti, 2019-2020

	ADL/IADL	
	almeno una limitazione	almeno 3 limitazioni
Italia	56%	51%
Francia	42%	13%
Spagna	42%	34%
Germania	41%	26%
Austria	44%	27%
Paesi OCSE	50%	37%

Fonte: OCSE, 2023.

La questione del finanziamento della LTC in Italia è peraltro complicata dal coinvolgimento di diversi livelli istituzionali: in assenza di una cornice nazionale, la separazione dei canali di finanziamento secondo le differenti competenze istituzionali (INPS/Regioni per la sanità/Comuni per il sociale) genera squilibri territoriali e non favorisce la ricomposizione delle risorse di diversa origine. Il livello delle risorse pubbliche di cui beneficiano gli assistiti localmente è infatti il risultato della stratificazione casuale del diverso ricorso all'Indennità di accompagnamento da parte delle Regioni, delle loro scelte di allocazione della spesa sanitaria e degli sforzi finanziari dei Comuni singoli e associati in relazione a questo bisogno (per una panoramica delle differenze si rimanda a Casavecchia, Tondini e Pelliccia, 2023) ⁽⁴⁾.

In merito, è utile ricordare che in ambito sanitario, benché siano stati definiti i LEA, mancano standard nazionali sulle dotazioni di questi servizi e, pertanto, la percentuale di spesa regionale per la LTC anziani consegue al livello di priorità che le singole Regioni attribuiscono al settore nella gestione delle proprie quote del Fondo Sanitario Nazionale (non ci sono vincoli di destinazione all'area sociosanitaria).

In ambito sociale, inoltre, sono di fatto assenti LEP per gli interventi per la non autosufficienza degli anziani. È bene segnalare che, nonostante esista-

pendente all'interno di una comunità. Si tratta di compagnia e supporto sociale, trasporti e spesa, preparazione dei pasti, fare le pulizie e mantenere in ordine la casa, gestione dei farmaci, comunicare con gli altri, gestione delle finanze.

⁽⁴⁾ CASAVECCHIA M., TONDINI. M., PELLICCIA L. (2023), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale, Rapporto 2023*, Venezia, Rubbettino, pp 137-182.

no alcune politiche nazionali di finanziamento, ad esempio l'incremento del Fondo Nazionale non Autosufficienza, non sono stati finora definiti meccanismi operativi per garantire che una quota adeguata di risorse vada a favore degli anziani e, soprattutto, per i servizi alla persona (l'area, come evidenziato, nella quale registriamo il maggior ritardo).

10.2. Programmazione e governance

In questo quadro una riforma avrebbe dovuto innanzitutto promuovere meccanismi per l'integrazione della spesa a livello territoriale: pur rispettando le diverse competenze istituzionali si sarebbero dovute creare occasioni di "cerniera" per fare sistema delle risorse di diversa origine. La governance delle risorse per la LTC anziani, infatti, non andrebbe lasciata al caso ma dovrebbe essere oggetto di una specifica programmazione d'insieme per valutarne l'adeguatezza rispetto all'evoluzione dei bisogni e promuoverne l'appropriatezza d'uso.

In questa direzione va la proposta dello SNAA (Sistema Nazionale Assistenza Anziani), avanzata dal Patto e fatta propria dalla Legge Delega 33/2023 (cap. 3). Infatti, pur mantenendo la competenza istituzionale delle filiere di provenienza, si prevede la ricomposizione dei vari canali di finanziamento attraverso i meccanismi di programmazione integrata e governance unitaria di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza – sociali, sanitari e indennità di accompagnamento – a ogni livello di governo. In pratica, tutti gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente l'insieme delle risorse pubbliche dedicate, in ambito statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore. L'obiettivo di ricomporre la frammentazione viene perseguito cercando la massima organicità raggiungibile dati i vincoli del contesto italiano, senza operare modifiche nelle distinte competenze istituzionali di sociale e sanità (si vedano i principi di ambizione e realismo presentati nel capitolo 3). Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo, tuttavia, il nuovo sistema è stato sostanzialmente cancellato, pur essendo mantenuto in vita nominalmente.

10.3. Una contraddizione apparente

Quanto affermato sin qui sulla necessità di maggiori risorse, pare – a prima vista – in stridente contraddizione con l'assenza di stanziamenti nella Legge Delega 33/2023. Vediamo la ragione di questa mancanza. Come antici-

pato, la riforma è stata inserita nel PNRR grazie alla pressione delle organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. Quando i suoi componenti decisero di impegnarsi a tal fine, era ben chiaro che la riforma inizialmente sarebbe partita senza fondi aggiuntivi. Infatti, il PNRR non può prevedere incrementi strutturali di spesa corrente; in altre parole, si trattava di collocare una riforma che richiede robusti incrementi di spesa corrente in un involucro istituzionale che li vieta. Ciononostante, si è puntato a perseguire quest'obiettivo perché gli impegni vincolanti del PNRR e i tempi per la sua realizzazione, prestabiliti a livello europeo, parevano rappresentare una possibilità unica per riformare – dopo un'attesa di almeno 25 anni – un settore molto debole politicamente. Il ragionamento è stato: miriamo a includere la riforma nel PNRR in modo da avere la certezza che si farà, poi lavoriamo perché questa diventi l'occasione per incrementare l'attenzione verso il tema e, di conseguenza, anche i relativi fondi. Il prossimo futuro dirà se questa è stata la strategia giusta. La prima risposta, quella fornita dal Decreto Attuativo 29/2024, in verità non è stata positiva ma è necessario più tempo per comprenderne gli sviluppi ⁽⁵⁾.

10.4. Primo e secondo pilastro

Per cercare di ridurre il divario tra le risorse pubbliche che l'Italia dedica ai servizi di LTC e i livelli medi europei servirebbero investimenti aggiuntivi e politiche mirate. Costruire un pacchetto di azioni di riforma che rappresenti un incisivo miglioramento dell'intervento pubblico richiederebbe stanziamenti che gli esperti stimano dell'ordine di 0,3/0,4 punti di PIL (tra i 6 e gli 8 miliardi) (Patto, 2022) ⁽⁶⁾. Si tratta di una cifra significativa ma raggiungibile a condizione che il tema diventi una priorità politica, dato l'inscindibile legame tra risorse economiche e scelte politiche. L'interrogativo cruciale, pertanto, è se e in quale misura la politica deciderà di dare rilievo alla non autosufficienza, tra i tanti settori in competizione per ottenere maggiori finanziamenti pubblici. In ogni modo, l'ammontare del budget necessario suggerisce che

⁽⁵⁾ Il Decreto Attuativo è privo di nuove risorse strutturali. Contiene esclusivamente un finanziamento temporaneo di 500 milioni di euro per il biennio 2025-2026, finalizzato alla sperimentazione della prestazione universale (cap. 7).

⁽⁶⁾ Patto-Proposte-introduzione-SNA-testo-definitivo-COMPLETO-01.03.2022.pdf (pattononautosufficienza.it).

l'unica strada praticabile consista in un incremento dei finanziamenti graduale nel tempo, spalmato su più anni.

Secondo il Patto, il Sistema Nazionale Assistenza Anziani dovrebbe configurarsi come un sistema a due livelli. Il primo pilastro, finanziato dal pubblico attraverso la fiscalità generale, punta alla razionalizzazione di una normativa oggi frammentata e incompleta e definisce le risorse necessarie per sostenere prestazioni universali descritte nella nostra proposta. Qui, come spiegato nei capitoli precedenti, la tutela della non autosufficienza viene riconosciuta come una responsabilità pubblica imperniata sulla garanzia di un insieme di diritti. Lo SNAA, dunque, si basa sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti, definiti ed erogati in forma congiunta.

Attenzione, però. La definizione dei livelli essenziali non può limitarsi a essere puramente nominale ma dev'essere sostanziale, vale a dire conforme alle esigenze di anziani e famiglie. Questo significa rispondere ai criteri di adeguatezza, appropriatezza e continuità degli interventi a cui si ispirano le finalità dello SNAA. L'approccio delineato è in linea con i risultati del vivace dibattito internazionale – stimolato negli ultimi tre decenni dall'invecchiamento della popolazione – su come finanziare l'assistenza ai non autosufficienti. Tutti gli esperti, infatti, condividono la necessità di un primario e incisivo impegno pubblico, al quale occorre che si affianchi un secondo pilastro integrativo: l'argomento viene approfondito di seguito.

Il secondo pilastro

Alla luce del futuro incremento di spesa pubblica e privata per prestazioni legate alla non autosufficienza, dovuto all'invecchiamento della popolazione, si deve prevedere un secondo pilastro da integrare al sistema pubblico, anche se nella Legge Delega 33/2023 e nel successivo Decreto 29/2024 quest'ipotesi non viene presa in considerazione.

Con il secondo pilastro si prevede di accantonare fondi, da usare per la copertura dei bisogni che scaturiscono dallo stato di non autosufficienza, con una logica solidaristica e senza fini di lucro che lo differenzia dal terzo pilastro, basato su una logica assicurativa legata al rischio. Il Patto non propone una copertura assicurativa di natura individuale ⁽⁷⁾ bensì collettiva, grazie

(7) Una copertura assicurativa individuale è un contratto stipulato tra un singolo individuo e una compagnia di assicurazioni, in cui l'assicuratore si impegna a fornire una protezione finanziaria contro specifici rischi o eventi in cambio del pagamento di un premio.

alla costituzione di fondi integrativi alimentati dai contributi versati da una platea il più possibile vasta, da restituire sotto forma di rendita e/o servizi dal momento in cui sarà accertato lo stato di non autosufficienza. A questo scopo si prevede l'attivazione della copertura collettiva attraverso la contrattazione tra le parti sociali e il versamento, in maniera continuativa, di contributi in età lavorativa, così da trarre il massimo vantaggio da una solidarietà ampia, condivisa e generalizzata tra le diverse categorie lavorative e le generazioni.

Il secondo pilastro condivide la definizione di non autosufficienza utilizzata nella nuova valutazione nazionale unitaria (cfr. cap. 3). Finanzia prestazioni complementari, non rientranti nei LEA e nei LEP, e integrative, come ad esempio le quote residuali dei costi dei servizi (ticket) o prestazioni aggiuntive a quelle già erogate da LEA e LEP (ad esempio ampliando il numero delle ore di ADI), volte al miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti dal punto di vista sanitario, sociosanitario e sociale.

Il sistema sociosanitario attuale si caratterizza per la separazione tra i pochi servizi finanziati tramite risorse pubbliche (erogati da strutture del settore pubblico o da gestori privati di servizi accreditati) e quelli del mercato privato in senso stretto, pagati per intero dagli interessati e/o dai loro parenti. Una simile situazione, oltre ad alimentare una crescente disegualianza sociale e territoriale, ha vari esiti negativi: l'impossibilità di ottenere risposte complete e integrate a bisogni complessi e multidimensionali come la non autosufficienza, con il conseguente peggioramento della qualità di vita di anziani e famiglie; l'erosione dei risparmi familiari; un sistema privato di assistenza sociosanitaria fruibile soltanto dai pochi in grado di sostenerne i costi, talvolta estremamente elevati.

L'ampliamento e l'integrazione di risorse e prestazioni (queste ultime in una prospettiva che sia coerente con il Progetto assistenziale personalizzato, PAI, responsabilità dall'ente pubblico) grazie al secondo pilastro mirano a superare queste criticità e potrebbero generare ricadute positive in tre direzioni. In primo luogo, la costruzione di un simile pilastro rappresenta un'occasione per creare e consolidare nuova occupazione in servizi altamente professionalizzati nel settore sanitario, sociosanitario e socioassistenziale. In quest'ottica, le risorse accantonate nei fondi integrativi verranno trasferite prevalentemente sotto forma di servizi anziché di contributi monetari, migliorando la qualità dell'offerta complessiva degli interventi professionali e producendo risvolti positivi sull'occupazione qualificata.

In secondo luogo, senza un approccio integrativo e solidaristico – basato su una logica mutualistica ampia, tra categorie e generazioni, e condivisa

(esito della contrattazione tra le parti) – esiste il pericolo che i soggetti più deboli sul mercato del lavoro (come i lavoratori con salari più bassi o con carriere professionali discontinue e, quindi, scarse tutele) rimangano esclusi da forme d'intervento complementari e integrative. In assenza di un secondo pilastro, infatti, questi soggetti hanno soltanto due opzioni: decidere, nell'indisponibilità di risorse proprie o risparmi, di non accantonare nulla per la non autosufficienza o di rivolgersi individualmente agli intermediari assicurativi (terzo pilastro). In entrambi i casi, le persone economicamente vulnerabili corrono il rischio di restare prive di copertura per la non autosufficienza, con un aumento delle diseguaglianze sociali.

In terzo luogo, spingere le persone – fin dal loro ingresso nel mercato del lavoro – a destinare una parte delle risorse alla copertura del rischio di non autosufficienza consente di attirare l'attenzione su una fase cruciale del ciclo di vita, la vecchiaia, spesso sottostimata poiché percepita come "distante", promuovendo anche la consapevolezza del fatto che la progressiva perdita dell'autonomia psicofisica, al crescere dell'età, è pressoché certa. In questo modo la scelta di destinare contributi al secondo pilastro contribuisce a rendere i cittadini consapevoli delle sfide e dei costi derivanti dall'invecchiamento della popolazione e a tenere alta l'attenzione sulle risorse pubbliche necessarie, favorendo anche processi di responsabilizzazione rispetto ai temi della prevenzione e delle determinanti di salute.

Bibliografia

- CASAVECCHIA M., TONDINI. M., PELLICCIA L. (2023), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale, Rapporto 2023*, Venezia, Rubbettino, pp. 137-182.
- EUROSTAT (2024), *Data base Systems of health Accounts e Demographic Indicators*.
- ISTAT (2023), *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute*, Memoria per il Senato della Repubblica, 5 maggio.
- OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Parigi, OECD Publishing.
- PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA (2022), *Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani*, Roma, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (RGS) (2023), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Roma, RGS.

PARTE QUARTA
Uno sguardo d'insieme

11. Un bilancio

11.1. Tirare le fila

La Legge Delega 33/2023 persegue l'ambizioso obiettivo di riordinare il complesso dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Ora che il Decreto Attuativo 29/2024 è stato approvato, questo capitolo si propone di formularne una prima valutazione riprendendo i punti chiave emersi nei precedenti (vedi tab. 11.1). Il testo è organizzato seguendo i tre obiettivi della riforma (sistema integrato, nuovi modelli d'intervento e ampliamento dell'offerta), enunciati all'inizio del libro e utilizzati poi per definirne le diverse parti.

Tabella 11.1 - La riforma dopo il Decreto Attuativo – Sintesi

Legge Delega 33/2023	Decreto Attuativo 29/2024
UN SISTEMA INTEGRATO	
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	Mantenuto nella forma, cancellato nella sostanza
Sistema nazionale di monitoraggio integrato	Assente
Riforma delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani	Ben impostata, partenza attesa entro fine 2025
NUOVI MODELLI D'INTERVENTO	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda a un successivo Decreto
Riforma Indennità di accompagnamento	Cancellata
Sostegno e qualificazione assistenti familiari	Successive linee guida su standard formativi
AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA	
Reperimento nuove risorse	Mancano percorsi di sviluppo per i quali chiedere maggiori fondi

11.2. Un sistema integrato

Uno degli obiettivi della riforma, come spiegato, è la costruzione di un settore integrato. Per raggiungerlo si opera parallelamente sul piano del sistema, innanzitutto istituendo lo SNAA, e su quello individuale, riformando le valutazioni della condizione di non autosufficienza.

Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)

La Legge 33 introduce lo SNAA (Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente). Lo SNAA prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, suddivisi tra sanità, sociale e prestazioni monetarie INPS. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse dedicate, restando invariate le rispettive competenze.

Nel Decreto Attuativo, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo lo SNAA viene mantenuto nella forma ma cancellato nella sostanza. Ricomporre la frammentazione è un obiettivo chiave, se non il principale, della Legge Delega: proprio per questo era stato introdotto lo SNAA. Il Decreto, al contrario, di fatto elimina dai propri obiettivi la collaborazione tra i soggetti istituzionali e sancisce – per legge – la frammentazione del sistema.

Sistema nazionale di monitoraggio integrato

Una volta abbandonato l'obiettivo di governare congiuntamente il complesso dei servizi e delle prestazioni forniti alle persone anziane non autosufficienti, cade anche la motivazione a costruire un quadro unitario di conoscenze in merito. In altre parole, la rinuncia ad applicare lo SNAA porta con sé quella a realizzare un sistema nazionale di monitoraggio integrato. Nel Decreto 29/2024, dunque, mancano entrambi.

Se si fosse puntato sull'obiettivo di ricomporre la frammentazione degli interventi, invece, un simile monitoraggio sarebbe stato imprescindibile. Le tre filiere del settore (politiche sociali, politiche sociosanitarie, prestazioni monetarie INPS) sarebbero così state considerate congiuntamente e le numerose fonti informative già in essere sarebbero state collocate in un quadro d'insieme.

Valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano

Se lo SNAA riguarda il livello sistemico, la modifica dei percorsi di anziani e famiglie tocca quello dei singoli individui. Viene, infatti, rivista la pleora di valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (5-6) e non collegate tra loro, che moltiplicano gli sforzi degli operatori e rendono assai complicato il percorso delle persone coinvolte.

Con la riforma, le valutazioni si riducono e non saranno più di due (una di responsabilità statale e una di competenza delle Regioni). Inoltre, i momenti valutativi previsti nel nuovo impianto sono strettamente collegati, a garanzia della continuità del percorso di anziani e famiglie. Anche se il Decreto rimanda il disegno della sua concreta realizzazione ad atti successivi, il lavoro per razionalizzare procedure e passaggi è ben impostato. Entro la fine del 2025 questa novità sarà in vigore.

11.3. Nuovi modelli d'intervento

Un altro obiettivo della riforma consiste nella definizione di nuovi modelli d'intervento. Guardiamo, allora, alle risposte che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche dedicate: servizi residenziali, servizi domiciliari e Indennità di accompagnamento.

Servizi domiciliari

Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo viene cancellata la prevista riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, oggi assente nel nostro Paese. Rimane, invece, solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, mentre sono assenti aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere. A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?". L'annullamento di questa parte della riforma è ancor più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, l'opinione pubblica, i media e i politici hanno insistito sulla necessità di rivedere l'assistenza domiciliare.

Oggi tra gli interventi a casa, erogati per lo più dall'Assistenza domiciliare integrata (ADI) delle ASL, prevalgono quelli che durano al massimo tre

mesi, benché la non autosufficienza si protragga spesso per anni. Il Servizio fornisce in maggioranza singole prestazioni infermieristiche (ad es. medicazioni, cambio catetere), certamente utili ma non pensate per affrontare le plurime conseguenze della non autosufficienza, tra le quali l'indispensabile sostegno nelle attività di base della vita quotidiana, la necessità dei familiari di poter contare su momenti di informazione/consulenza e sostegno psicologico, e così via.

Servizi residenziali

La Legge Delega reca alcune indicazioni riguardanti l'opportuna dotazione di personale nelle strutture, la garanzia delle sue competenze e la qualità degli ambienti di vita, ovvero gli aspetti principali da affrontare in una prospettiva riformatrice. La situazione, tuttavia, resta interlocutoria: il Decreto Attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostantive e rimanda a un successivo ulteriore Decreto.

Indennità di accompagnamento

La Legge 33, infine, comprende la riforma dell'indennità, la prestazione monetaria più diffusa (51% della spesa pubblica del settore). L'IDA è un contributo economico in somma fissa (531 euro mensili) senza vincoli d'uso, divenuto un simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche. Era stato previsto di trasformarla in una nuova misura, denominata "prestazione universale", attraverso una serie di azioni concatenate ispirate alle direttrici condivise dal dibattito tecnico, in particolare:

- i) mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo),
- ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno,
- iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore.

Nel passaggio al Decreto, tuttavia, anche la revisione dell'indennità è scomparsa.

La prestazione universale 2025-2026

Tutt'altra cosa, infatti, è la prestazione ("bonus anziani") prevista nel Decreto, su cui si è concentrata l'attenzione pubblica: l'assunto su cui si regge è che l'indennità non debba essere riformata. L'intervento predisposto è temporaneo, – per il biennio 2025-2026 – lascia immutata l'indennità e vi associa un ulteriore importo (850 euro mensili per utente). Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio. Inoltre, per ricevere la prestazione temporanea sono richiesti non solo un elevato bisogno assistenziale ma anche ridotte disponibilità economiche. Viene così introdotto il principio che si può fruire dell'assistenza per la non autosufficienza a patto che, oltre a trovarsi in questo stato, si sia anche poveri, mentre attraverso il welfare è necessario sostenere anche le classi medie. In ogni modo, la nuova prestazione sarà fruita da una platea molto ridotta, 30mila persone over 80enni che ricevono l'indennità su un totale di un milione. L'estensione di questa prestazione avrebbe un costo esorbitante: 10,2 miliardi annui per fornirla a tutti i percettori 80+ dell'Indennità di accompagnamento, 14,3 miliardi a tutti quelli 65+.

Assistenti familiari

In tema di sostegno e qualificazione delle assistenti familiari, la Legge 33 puntava su due mosse principali: l'introduzione della prestazione universale, con un importo maggiorato nel caso di utilizzo per remunerare badanti regolarmente assunte, e la definizione di standard formativi per promuoverne la qualificazione professionale mediante apposite linee guida nazionali.

Come si è visto, la prestazione familiare è diventata tutt'altra cosa ed è venuta meno la possibilità di prevedere su larga scala un incentivo all'impiego dell'assistenti familiari in forma regolare. Rispetto alla formazione e alla qualificazione di queste figure, poi, si rinvia a successive linee guida, non si sa in quale misura vincolanti per le Regioni.

Caregiver familiari

Mentre nella Legge Delega la parte dedicata ai caregiver familiari è assai scarna e vaga, nel Decreto 29 viene notevolmente ampliata e articolata. Il Decreto definisce il ruolo dei caregiver, ne individua le modalità di relazione con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari nei diversi momenti e interventi che riguardano il congiunto non autosufficiente, stabilisce i compiti delle Regioni e prevede il coinvolgimento delle associazioni di caregiver nella programmazione regionale e nazionale. Complessivamente, emerge un insieme di indicazioni generali piuttosto solido. Il Decreto 29 non prevede ulteriori atti chiamati a tradurle in pratica – Decreti, Linee guida o altro – perché i passaggi successivi in materia rientreranno nell'iter della Legge quadro sui caregiver familiari, attualmente in discussione.

Le differenze territoriali

È indubbio che nell'assistenza agli anziani vi sia bisogno di un maggior ruolo dello Stato (sinora assai ridotto), tanto per promuovere lo sviluppo del settore quanto per ridurre le differenze territoriali. L'assunzione di maggiori responsabilità statali – non a caso – rappresenta un tratto condiviso dalle riforme già introdotte negli altri Paesi europei. D'altra parte, gli attori decisivi nell'attuare la riforma e, quindi, nel determinare l'esito finale, saranno le Regioni e i Comuni. Bisogna valorizzare le loro competenze e riconoscere l'esistenza dei sistemi locali di welfare per la non autosufficienza, radicati nei diversi contesti, e la loro eterogeneità. L'operazione da compiere, dunque, è cruciale e delicata: trovare il punto di equilibrio tra il maggior ruolo dello Stato e il rafforzamento delle autonomie locali. Tuttavia, né la Legge Delega né il Decreto Attuativo forniscono alcuna indicazione su come tener conto delle differenze territoriali nella realizzazione della riforma nazionale. In altre parole, il tema è stato sinora ignorato.

11.4. L'ampliamento dell'offerta

L'ultimo obiettivo consiste nell'espansione dell'offerta, in particolare di servizi alla persona, nel nostro Paese piuttosto scarsa. A tal fine è necessario aumentare i finanziamenti pubblici dedicati. Il Decreto 29/2024 per il biennio 2025-2026 stanziava 500 milioni, destinati alla prestazione universale. Non vi sono nuove risorse di natura strutturale mentre la riforma necessiterebbe di 6-8 miliardi annui aggiuntivi a regime (cfr. cap. 10).

Sarebbe miope, tuttavia, concentrarsi esclusivamente sui fondi poiché era noto da tempo che, nel periodo di presentazione del Decreto, non sarebbero state disponibili somme aggiuntive. Ma, soprattutto, non bisogna dimenticare che lo snodo decisivo consiste nella capacità di ridisegnare il welfare per metterlo in grado di rispondere efficacemente alla crescente presenza di anziani non autosufficienti, in condizioni sempre più complesse. Il punto di partenza non può che essere la progettazione del sistema: discutere di finanziamenti ha senso solo se questa è solida. E qui sta il problema. Per nessuna delle tre misure principali (domiciliare, residenziale, indennità) è previsto, al momento, un piano di cambiamento. Ciò significa che non vi è nessun percorso di sviluppo del settore per il quale richiedere nuovi fondi strutturali. Prima ancora delle risorse, dunque, manca il progetto degli interventi da finanziare.

11.5. Un giudizio d'insieme

L'approvazione del Decreto Attuativo 29/2024 ha portato a compimento il percorso cominciato con l'inserimento della riforma nel PNNR, nel 2021, e continuato con l'approvazione della Legge Delega 33/2023. L'esito è stato inatteso. Mentre la Delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile, infatti, il Decreto ne ha seguito in modo parziale le indicazioni, ridimensionando nettamente l'orientamento al cambiamento.

La portata dell'arretramento risulta evidente se si considerano le principali novità emerse nel passaggio tra Legge Delega e Decreto Attuativo: mancata applicazione dello SNAA (con rinuncia a costruire un sistema unitario della non autosufficienza); cancellazione della riforma dell'Indennità di accompagnamento (lasciando così inalterate – come accade dal 1980 – le notevoli criticità della più diffusa misura del settore); decisione di non progettare una domiciliarità pensata per la non autosufficienza (cioè di non mettere in discussione i modelli d'intervento oggi prevalenti ma inadeguati).

Quanto qui affermato non deve indurre a sottovalutare l'importanza della revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano prevista dal Decreto. Se ben attuato, infatti, questo passaggio potrà migliorare in modo significativo la capacità di comprendere la situazione delle persone coinvolte e semplificare notevolmente passaggi e procedure. D'altra parte, si tratta dell'unico cambiamento di fondo introdotto.

Alla fine, collegando i diversi elementi raccolti il quadro si delinea chiaramente. A livello internazionale, le riforme hanno l'obiettivo di modificare strutturalmente i sistemi di welfare per renderli in grado di rispondere alla sempre più diffusa presenza di anziani non autosufficienti, nonché alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni (si veda il primo capitolo). Nel nostro Paese, invece, la revisione strutturale di questo ambito del welfare è ancora di là da venire. Ecco qui il paradosso: la riforma è stata allo stesso tempo definitivamente approvata sul piano formale, ma rinviata a tempi migliori, su quello sostanziale. In sintesi: nel 2023 la Legge Delega ha introdotto la riforma e nel 2024 il Decreto Attuativo l'ha rinviata (tab. 11.2).

Tabella 11.2 - Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Paese	Anno di introduzione
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Portogallo	2006
Spagna	2006
Italia - Introduzione riforma	2023
Italia – Rinvio riforma	2024

12. Una questione di prospettive

12.1. Sguardo corto e sguardo lungo

“Quale giudizio esprimere sul percorso riformatore esaminato nel libro?”: giunti all’ultimo capitolo, porsi una simile domanda è naturale. La risposta non è univoca perché dipende dalla prospettiva scelta in merito all’oggetto dell’analisi e al periodo di riferimento. Due sono le angolazioni possibili: quella del PNRR o quella della riforma strutturale dell’assistenza agli anziani necessaria al nostro Paese.

Nella prima opzione (che chiameremo lo “sguardo corto”), quella privilegiata nel volume, l’attenzione è rivolta alle vicende della recente normativa: il periodo esaminato, dunque, va dall’introduzione della riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza all’emanazione del Decreto Attuativo 29/2024 (periodo 2021-2024). Nella seconda opzione (lo “sguardo lungo”), invece, ci si concentra sulla riforma strutturale che serve all’Italia: in questo caso il periodo da analizzare è ben più esteso perché comincia nel 1997 (anno di presentazione della prima proposta) e non è ancora terminato, dato che una simile riforma continua a mancare.

Le due prospettive sono complementari (Bobbio et al., 2017) ⁽¹⁾. Il fenomeno osservato è il medesimo, cioè il percorso per arrivare alla tanto agognata riforma strutturale dell’assistenza agli anziani: da una parte, però, lo si considera nella sua interezza mentre dall’altra ci si focalizza solo sugli anni del PNRR (cfr. tab. 12.1). Come si vedrà, la scelta a favore dell’una o dell’altra visuale influenza notevolmente la valutazione dei fatti analizzati nei capitoli precedenti.

⁽¹⁾ BOBBIO L., POMATTO G., RAVAZZI S. (2017), *Le politiche pubbliche. Problemi, soluzioni, incertezze, conflitti*, Milano, Mondadori.

Tabella 12.1 - La riforma dell'assistenza agli anziani: prospettive a confronto

	Sguardo corto	Sguardo lungo
Oggetto di attenzione	Vicenda PNRR	Riforma strutturale necessaria
Arco temporale	2021-2024	1997- in corso
Collocazione	È parte del più ampio percorso per la riforma	La vicenda del PNRR ne rappresenta un tassello

12.2. Lo sguardo corto (vicenda PNRR)

La valutazione espressa alla luce di quest'ottica è stata illustrata nel capitolo precedente (al quale si rimanda per i contenuti in merito). L'analisi è circoscritta a quanto avvenuto nel periodo compreso tra l'inizio del 2021 e la primavera del 2024, triennio in cui hanno avuto luogo le vicende specificamente attinenti alla riforma prevista dal PNRR. È possibile suddividerlo in tre fasi, in base ai rispettivi esiti.

La spinta della società civile (Inserimento della riforma nel PNRR, aprile 2021)

La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti non era prevista nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Vi è stata introdotta, all'ultimo, grazie allo sforzo di pressione e di elaborazione sostenuto dalle organizzazioni della società civile, che hanno poi dato vita al Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza.

Un impianto riformatore solido (approvazione della Legge Delega 33/2023, marzo 2023)

Seppur scritta in modo piuttosto confuso e con varie carenze, la Delega esprime un impianto riformatore robusto, mutuato perlopiù dalle proposte del Patto. Queste ultime e – di riflesso – la Delega non inventano niente di nuovo, nel senso migliore dell'espressione. I loro contenuti, infatti, valorizzano gli insegnamenti dell'esperienza italiana in materia di non autosufficienza, nei suoi elementi positivi e nelle sue criticità, così come i messaggi provenienti dalle riforme già realizzate all'estero. Questo è il motivo del diffuso sostegno assicurato alla Delega da parte degli addetti ai lavori, siano essi operatori, studiosi o altro.

La retromarcia (emanazione del Decreto Attuativo 29/2024, marzo 2024)

Il Decreto avrebbe dovuto tradurre il disegno generale della Delega in indicazioni puntuali mentre ne rappresenta di fatto una riscrittura, che mo-

difica aspetti importanti. Pur mantenendo la revisione degli strumenti di valutazione delle condizioni dell'anziano, vengono cancellate le altre parti più innovative (innanzitutto l'applicazione dello SNAA, la nuova domiciliarità e la riforma dell'indennità di accompagnamento). Nel complesso, il Decreto riduce notevolmente la portata del cambiamento e conferma, in ampia misura, il sistema esistente. Tutto ciò ci induce a ritenere – come anticipato nel precedente capitolo – che la riforma sia stata approvata nella forma ma rinviata nella sostanza.

In sintesi, all'inserimento della riforma nel PNRR e alla presentazione di un disegno riformatore piuttosto completo nella Legge Delega, hanno fatto seguito significativi passi all'indietro con il Decreto Attuativo. Pertanto, il giudizio su questi anni non può che essere negativo. Inevitabile, inoltre, il diffondersi di un sentimento di frustrazione tra le organizzazioni del Patto e tra molti addetti ai lavori per la stridente contraddizione tra quanto avvenuto nella fase conclusiva e le speranze maturate in quelle precedenti.

12.3. Lo sguardo lungo (riforma necessaria)

In questa seconda prospettiva l'attenzione si estende alla peculiare situazione del nostro Paese, che dalla fine degli anni '90 continua ad attendere invano una riforma dell'assistenza agli anziani capace di modificare strutturalmente il sistema di welfare secondo le direttrici individuate nel cap. 1 (innanzitutto la costruzione di un sistema unitario, la definizione di nuovi modelli d'intervento e l'ampliamento dell'offerta). Anche qui è possibile individuare alcune fasi principali.

La lunga attesa (Prima proposta, 1997-Legge Delega, 2023)

È il periodo intercorso tra la prima proposta presentata (Commissione Onofri, Governo Prodi I) e l'approvazione della Legge Delega 33/2023. Si tratta di un'epoca caratterizzata da un interesse altalenante verso il tema e dall'elaborazione di varie proposte (cfr. cap. 1).

La riforma ambivalente (Inserimento nel PNRR, 2021- Decreto Attuativo, 2024)

È il ciclo del PNRR, specifico tema del volume, con le diverse fasi sopra ricordate. Il suo esito può essere definito ambivalente: infatti, mentre il confronto tra Legge Delega e Decreto Attuativo è negativo, gli eventi di questa fase potranno costituire – come si vedrà – la base feconda del cammino successivo.

Il futuro da scrivere (Decreto Attuativo, 2024-in avanti)

Ci si riferisce qui al periodo compreso tra la presentazione del Decreto Attuativo 29/2024 e l'auspicata realizzazione della riforma strutturale di cui il Paese ha più che mai bisogno. Non è possibile avanzare ipotesi sulla sua durata.

Se si assume tale prospettiva come focus per l'analisi, tra gli stakeholder non prevale più la frustrazione per i mancati risultati di un percorso ormai concluso, bensì prevalgono la consapevolezza del fatto che – per la prima volta – il sistema di assistenza sia stato messo in discussione e quella tanto delle difficoltà quanto delle opportunità di un processo lungo e in divenire (Bonoli, 2007). Di conseguenza, il giudizio complessivo non è più negativo ma interlocutorio. La tabella seguente arricchisce la precedente con gli ulteriori elementi emersi sulle due prospettive.

Tabella 12.2 - La riforma dell'assistenza agli anziani: prospettive a confronto (ampliata)

	Sguardo corto	Sguardo lungo
Oggetto (periodo)	Riforma PNRR (2021-2024)	Riforma necessaria (1997- in corso)
Tappe	Inserimento riforma nel PNNR (2021) Legge Delega (2023) Decreto Attuativo (2024)	26 anni di attesa (1997-2023) Riforma PNRR (2021-2024) Prosieguo del percorso (2024-in avanti)
Percorso	Terminato	In divenire
Giudizio	Negativo	Interlocutorio
Stato d'animo	Frustrazione	Consapevolezza

12.4. I passi in avanti

Fare proprio lo sguardo lungo significa ritenere, concordemente a molta letteratura scientifica, che sia sbagliato tracciare una linea precisa tra stabilità e cambiamento, cercando “il momento quando tutto muta”, e che, invece, ci si debba concentrare sui mutamenti incrementali e sul loro impatto trasformativo sulle politiche (Streeck, Thelen, 2004) ⁽²⁾, ben sapendo che questo può verificarsi anche in un arco temporale assai esteso. Lo sguardo lungo, infatti,

(2) STREECK W., THELEN K. (2004), *Introduction: institutional change in advanced politi-*

considera il mutamento delle politiche pubbliche come un processo incrementale, caratterizzato dall'alternanza di passi in avanti e passi indietro; un iter segnato altresì dalla non linearità degli eventi che si susseguono e dalla loro lunga durata (Bonoli, 2007) ⁽³⁾. In quest'ottica la riforma nel PNRR diventa parte di un cammino molto più articolato: le sue specificità consistono nell'aver messo in discussione la logica di lungo periodo del sistema e nell'aver costruito un fondamento per il cambiamento su cui lavorare. Vediamone gli aspetti principali, sintetizzati in tabella 12.3.

Riconoscimento

Sino al 2021, per la politica e per le istituzioni l'assistenza agli anziani non autosufficienti "non esisteva" come settore specifico del welfare, mentre era ben visibile un frammentato universo di interventi diversi e di varia provenienza. Nel corso dei decenni si sono resi evidenti i limiti di un simile modo di procedere: sul piano dei contenuti, l'assenza di una spinta adeguata alla progettazione e alla realizzazione unitaria delle risposte; sul piano politico, la difficoltà nel promuovere sviluppo e riforme di un settore non chiaramente identificabile. Non a caso, il principale criterio impiegato per individuare le riforme dell'assistenza agli anziani a livello internazionale consiste nel verificare che venga raffigurato come ambito del welfare il più possibile autonomo e integrato (Rothgang et al., 2020) ⁽⁴⁾.

Il percorso di elaborazione compiuto in questi ultimi anni, dunque, si è basato sulla visione della 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.). Le scelte definitive sono poi andate in altre direzioni – in particolare con la mancata applicazione dello SNAI (cfr. cap. 2) – ma, intanto, sono state gettate le fondamenta per riprendere il tema in seguito.

cal economies, in STREECK W., THELEN K. (a cura di), *Beyond Continuity. Institutional change in advanced political economies*, Oxford, Oxford University Press, pp 1-35.

⁽³⁾ BONOLI G. (2007), *Time matters: Postindustrialization, new social risks, and welfare state adaptation in advanced industrial democracies*, in "Comparative political studies", 40 (5), 495-520.

⁽⁴⁾ ROTHGANG H., FISCHER J., STERNKPF M., DOTTER L.F. (2020), *The classification of distinct longterm care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

Cambiamenti

Ci si riferisce qui alle novità effettivamente previste nel Decreto 29/2024, discusse in precedenza, che devono ora essere tradotte in pratica. La principale riguarda la revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano, con la semplificazione di strumenti e di processi e la previsione di una Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) a livello nazionale. Si tratta di una novità di notevole rilievo, da verificare, come sempre, alla prova dell'attuazione.

Basi per ulteriori cambiamenti

Nel triennio 2021-2024 è stata aperta la strada per l'innovazione futura di aspetti cruciali, caratterizzati sinora da uno strenuo immobilismo. Il riferimento è, innanzitutto, alle principali novità della Delega poi cancellate dal Decreto Attuativo: la riforma della domiciliarità, quella dell'Indennità di accompagnamento e l'introduzione dello SNAA. Esse poggiavano, rispettivamente, sui seguenti assunti: in Italia non esistono servizi domiciliari progettati per la non autosufficienza (cfr. cap. 6), l'Indennità di accompagnamento non può essere un totem immodificabile (cfr. cap. 8), per costruire il nuovo sistema di assistenza bisogna andare oltre la mera integrazione socio-sanitaria (cfr. cap. 2).

Nonostante questi orientamenti siano sostenuti dall'evidenza empirica e dall'esperienza, italiana e internazionale (NNA, anni vari)⁽⁵⁾, è la prima volta che nel nostro Paese sono stati presi in considerazione a livello istituzionale. Trattandosi di cambiamenti profondi, che vanno in direzione opposta alle posizioni tradizionalmente prevalenti nell'amministrazione, non stupisce che abbiano incontrato una forte opposizione. Intanto, però, hanno ottenuto un'inedita attenzione e sono stati ampiamente discussi, ponendo le basi per il cambiamento futuro.

Tabella 12.3 - La riforma nel PNNR: i passi in avanti compiuti

Riconoscimento	L'assistenza agli anziani non autosufficienti come specifico ambito del welfare
Cambiamenti	Le novità effettivamente introdotte nella normativa, ora da mettere in pratica (in particolare la riforma delle valutazioni delle condizioni dell'anziano)
Basi per ulteriori cambiamenti	La messa in discussione a livello istituzionale, per la prima volta, di aspetti finora ritenuti intoccabili (in particolare su indennità di accompagnamento, domiciliarità e sistema di governance)

⁽⁵⁾ NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA), anni vari, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti – Rapporti*, Rimini, Maggioli.

12.5. Un'eredità da far fruttare

Il fatto stesso che l'attesa della prima legge quadro del settore si sia protratta in Italia molto più a lungo che negli Stati comparabili è una spia delle forti resistenze al cambiamento presenti nel nostro Paese. E, se così è, i passi indietro verificatisi con il Decreto Attuativo rispetto alla Legge Delega non rappresentano un'anomalia bensì un'espressione del normale istinto di conservazione che le istituzioni pubbliche evidenziano quando all'orizzonte si profila il cambiamento. Infatti, la tenace difesa dello status quo ha bisogno di tempo e di energie per essere scalfita perché, in frangenti simili, si manifesta il noto fenomeno della path-dependence (traducibile come "dipendenza dal sentiero già tracciato"): si tratta dei meccanismi attraverso i quali le politiche pubbliche esistenti condizionano in maniera rilevante le possibilità di cambiamento, spingendo chi decide a privilegiare l'impianto già in essere (Pierson, 2000) ⁽⁶⁾.

In altre parole, questa complessa materia è stata segnata da una lunga inerzia delle istituzioni pubbliche, simboleggiata dai 26 anni di attesa della riforma. Nel periodo del PNRR l'immobilismo è stato messo, per la prima volta, in discussione. La fase ricordata ha lasciato così un'articolata eredità da capitalizzare per proseguire il percorso verso il cambiamento. Infatti quelli che, focalizzandosi sullo sguardo corto, sembrano i mancati risultati di una vicenda ormai terminata, se li si esamina nella prospettiva dello sguardo lungo diventano opportunità su cui costruire un avvenire ancora da disegnare.

In conclusione, la domanda per il prossimo futuro è solo una: gli anni del PNRR saranno ricordati come l'avvio di un percorso riformista verso la riforma strutturale o come un semplice intermezzo in un immobilismo di lungo periodo impossibile da sconfiggere?

Bibliografia

- BOBBIO L., POMATTO G., RAVAZZI S. (2017), *Le politiche pubbliche. Problemi, soluzioni, incertezze, conflitti*, Milano, Mondadori.
- NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA (NNA), anni vari, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporti*, Rimini, Maggioli.
- PIERSON P. (2000), *Increasing returns, path dependence and the study of politics*, in "American Political Science Review", 94, 2, pp. 251-267.

⁽⁶⁾ PIERSON P. (2000), *Increasing returns, path dependence and the study of politics*, in "American Political Science Review", 94, 2, pp. 251-267.

- 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.
- STRECK W., THELEN K. (2004), *Introduction: institutional change in advanced political economies*, in STRECK W., THELEN K. (a cura di), *Beyond Continuity. Institutional change in advanced political economies*, Oxford, Oxford University Press, pp. 1-35.

Gli Autori

Fabrizio Giunco, geriatra, ha una consolidata esperienza nel campo dei servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari e abitativi per anziani. Insegna in diverse università e collabora con gruppi di ricerca e riflessione culturale sulle politiche sociali e socio-sanitarie. Ha pubblicato libri, articoli e ricerche sulla vecchiaia e sui sistemi di cura.

Cristiano Gori è professore ordinario di politiche sociali presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento, dove presiede il Corso di Laurea Specialistica in "Metodologia, Organizzazione e Valutazione dei Servizi Sociali" (Movass). Ha ideato e coordina il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza".

Loredana Ligabue, laureata in Scienze Politiche. Già fondatrice e presidente delle cooperative sociali Sofia ed Anziani e non solo, promotrice e segretaria di CARER ETS (Associazione Caregiver Familiari). Ispiratrice della Legge dei caregiver familiari della Regione Emilia-Romagna, si occupa di formazione, politiche e interventi di sostegno ai caregiver familiari.

Franca Maino è professoressa associata presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano e dirige il Laboratorio "Percorsi di secondo welfare". Nel 2023 ha scritto (con S. Sacchi, A. Ciarini, G. Gallo, R. Lodigiani e M. Raitano) *Sostegno ai poveri: quale riforma? Dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di Inclusione* (Egea) e ha curato *Agire insieme. Coprogettazione e co-programmazione per cambiare il welfare* (Percorsi di secondo welfare).

Sergio Pasquinelli è direttore di ricerca all'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano e presidente dell'Associazione per la Ricerca Sociale (ETS). È condirettore di Welforum.it, Osservatorio nazionale sulle politiche sociali, direttore della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie" e responsabile scientifico dell'Atlante Fidaldo sul lavoro domestico e di cura.

Laura Pelliccia è funzionario di Regione Lombardia e analista delle politiche di welfare, con particolare riguardo all'assistenza agli anziani. Ha partecipato a diversi progetti di ricerca su questo tema occupandosi prevalentemente degli aspetti economici e dei sistemi di comparazione degli interventi erogati dalle diverse regioni.

Franco Pesaresi è direttore dell'ASP Ambito 9 di Jesi (An). È componente di NNA e della Cabina di regia del "Patto per la non autosufficienza". Ha pubblicato numerosi libri fra cui *Il manuale del caregiver familiare* (Maggioli, 2021), *Il Manuale del centro diurno* (Maggioli, 2018), *Quanto costa l'Rsa* (Maggioli, 2016). Blog: <https://francopesaresi.blogspot.com/>.

Francesca Pozzoli, ricercatrice per l'area Politiche e Servizi Sociali e Sanitari dell'Istituto per la Ricerca Sociale e co-coordinatrice di redazione oltre che autrice di *Lombardia Sociale*. È esperta, in particolare, di non autosufficienza, lavoro di cura, disabilità e tematiche afferenti alla personalizzazione dei servizi.

Rosemarie Tidoli, a lungo assistente sociale nel Nord Milano, si è occupata di coordinamento di servizi, formazione di personale e Piani di zona (responsabile del tavolo anziani). Da anni è autrice e coordinatrice dell'area anziani di www.lombardiasociale.it ed è consulente in materia di servizi per la terza età. Ha al suo attivo ricerche e pubblicazioni su non autosufficienza, politiche sociali e welfare privato.

LE COLLANE DELL'AREA SOCIALE E SANITÀ

- > Lavoro di cura e di comunità
- > I libri di Edizioni Vega
- > L'infermiere e la sua professione
- > Esplorazioni
- > Economia Sociale
- > Diritto e Management in Sanità

La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata introdotta nel nostro Paese con la Legge Delega 33/2023 e il successivo Decreto Attuativo 29/2024.

Questo volume nasce dall'intenzione del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza di promuovere la conoscenza della riforma e il confronto pubblico in merito. Il testo si propone come una guida – chiara e accessibile – che ne illustra gli elementi principali e ne analizza punti di forza e punti di debolezza.

Il libro è organizzato in quattro parti, di cui le prime tre corrispondono agli obiettivi della riforma:

1. la costruzione di un settore unitario, il superamento dell'attuale frammentazione delle misure;
2. la definizione di nuovi modelli d'intervento, adatti alle specificità della non autosufficienza di oggi;
3. l'ampliamento dell'offerta di risposte, per colmare l'attuale carenza di servizi.

La quarta, e ultima, parte propone, invece, una visione d'insieme sulla riforma e sulle sue prospettive.

Per assicurarne la massima accessibilità, il libro è pubblicato su supporto cartaceo ma è anche disponibile gratuitamente sul sito del Patto (www.pattoononautosufficienza.it); possono essere scaricati sia il testo nel suo insieme sia i singoli capitoli.

Il **Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza** è un'ampia coalizione sociale che raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresenta gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della **comunità italiana della non autosufficienza**, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.