

RIFORMA DELL'ASSISTENZA **PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI:** **CINQUE IMPEGNI PER PARTIRE CON IL PIEDE GIUSTO**

*Le richieste del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"
20 luglio 2021*

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) prevede la realizzazione della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Si tratta di un risultato storico, da una parte, dato che questa riforma è attesa dalla fine degli anni '90, ma è unicamente un punto di partenza, dall'altra, perché solo la sua elaborazione ne mostrerà l'effettiva capacità di rispondere alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie. In sintesi, *la previsione del Pnrr offre un'opportunità storica per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: la sfida è riuscire a coglierla.*

A tal fine, è cruciale cominciare bene il percorso riformatore, cioè creando solide fondamenta sulle quali poggiare i passi successivi. *Il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" chiede al Governo di assumere cinque impegni, tra loro coerenti, che costituiscono il pacchetto di condizioni di base necessarie per avviare il lavoro di elaborazione della riforma nel modo migliore.* Il primo impegno delinea l'impostazione, i successivi tre toccano gli assi strategici della riforma e l'ultimo riguarda gli interventi transitori.

Prima di illustrare gli impegni richiesti, li si vuole collocare in un contesto più ampio. La condizione di non autosufficienza attraversa ogni fascia di età mentre il Pnrr prevede due riforme separate, rivolte rispettivamente ai giovani e agli adulti, da una parte, e agli anziani, dall'altra. Seguendo tale suddivisione, il Patto si concentra su quella destinata ai secondi. Tuttavia, la natura trasversale della non autosufficienza deve sempre essere ricordata e richiede di rendere tra loro coerenti le due riforme da elaborare.

1. Fare la storia

La sua previsione all'interno del Pnrr sembra costituire una garanzia che la riforma verrà varata. Ma quale riforma sarà? *Esiste il rischio di una riforma solamente formale, cioè incapace di aggredire i problemi di fondo. E' necessaria, invece, una riforma sostanziale.*

Due sono le condizioni a tal fine. Una riguarda la profondità della riforma: modificare strutturalmente il settore, come avvenuto nei paesi vicini al nostro che già l'hanno introdotta (l'Austria nel 1993, la Francia nel 2002, la Germania nel 1995, la Spagna nel 2006). L'altra condizione concerne l'estensione della riforma: considerare congiuntamente l'insieme degli interventi compresi nell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Dunque, la filiera sanitaria e quella sociale, i contributi economici e i servizi alla persona, le risposte nel territorio e quelle nelle strutture, così come gli interventi dedicati alle assistenti familiari.

Impegno richiesto

Realizzare un ridisegno sostanziale dell'insieme degli interventi afferenti all'assistenza agli anziani non autosufficienti.

2. Superare la frammentazione

Veniamo al primo asse strategico della riforma. Consiste nel *superare la frammentazione che oggi contraddistingue il sistema* dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Si tratta di ricondurre a un quadro unitario la molteplicità di risposte previste (siano esse contributi economici o servizi), fornite da attori sovente non coordinati tra loro. Dal punto di vista dei cittadini, un simile cambiamento dovrebbe toccare *i percorsi per accedere agli interventi, la loro progettazione e la loro erogazione*.

Per ottenere risposte coordinate nei territori, *l'integrazione istituzionale non basta. Rappresenta, però, una condizione necessaria*, senza la quale la possibilità di raggiungere l'obiettivo viene meno sul nascere. I primi a dover superare la frammentazione, in altre parole, sono i soggetti titolari della materia a livello nazionale.

Impegno richiesto

Promuovere un approccio unitario, ad ogni livello: percorsi di accesso, progettazione ed erogazione degli interventi e rapporti tra le istituzioni. Farlo a partire dall'elaborazione congiunta della riforma tra i Ministeri della Salute e del Welfare.

3. Riconoscere le specificità della non autosufficienza

Oggi, non di rado, gli interventi destinati agli anziani non autosufficienti seguono modelli e logiche solo in parte confacenti alle peculiarità della loro condizione. Si sconta, dunque, un'eccessiva distanza tra i modelli d'intervento condivisi sulla base della ricerca scientifica, e di numerose esperienze locali positive, e quelli sovente utilizzati. Su questo problema dovrebbe agire la seconda linea strategica della riforma.

La questione ha un duplice risvolto. Da una parte, la necessità di seguire *il paradigma proprio dell'assistenza agli anziani. E' quello del care multidimensionale*, che prevede risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul contesto di vita e le relazioni. La natura stessa della non autosufficienza, uno stato che coinvolge l'intera esistenza della persona, rende necessario ricorrere all'approccio multidimensionale, che comporta spesso di progettare le risposte combinando molteplici interventi.

Dall'altra, l'esigenza di *diversificare opportunamente le risposte in base all'eterogeneità dei profili degli anziani non autosufficienti*, legata innanzitutto alle diverse condizioni di disabilità, fisica (motoria) e/o mentale (cognitiva). Emblematica, in proposito, è la diffusa difficoltà a predisporre interventi adatti alla realtà della demenza.

Impegno richiesto

Nel definire ogni aspetto della riforma, compiere sempre un'operazione iniziale: prendere in considerazione le specifiche condizioni degli anziani non autosufficienti, e la loro eterogeneità.

4. Investire per cambiare

Siamo così al terzo asse della riforma. E' necessario *incrementare le risorse pubbliche dedicate* al settore, in particolare ai servizi alla persona. *Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi risultano nettamente inadeguati* a rispondere alle esigenze degli anziani e delle loro famiglie. Lo mostrano gli studi così come i confronti internazionali. Tale carenza accomuna tutte le principali unità di offerta: domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

Attenzione, però. *Più fondi in sé non sono un valore, dipende da come vengono utilizzati.* Bisogna evitare che gli auspicabili nuovi finanziamenti siano impiegati per replicare su scala maggiore le criticità oggi esistenti.

Impegno richiesto

Incrementare i finanziamenti pubblici dedicati alla non autosufficienza, in particolare ai servizi (domiciliari, intermedi e residenziali). Seguendo una semplice regola: ogni Euro stanziato in più deve essere finalizzato a innovare le risposte.

5. Connettere interventi transitori e riforma

Bisogna *avviare il cantiere della riforma*. Per farlo, è necessario chiarirsi in merito al suo perimetro. *Il cantiere dovrebbe comprendere sia l'elaborazione della riforma sia la predisposizione delle azioni transitorie* (investimenti Pnrr + eventuali altri interventi decisi dal Governo) e considerarle sempre congiuntamente. La mancata coerenza tra preparazione della riforma e interventi, nel frattempo, messi in campo minerebbe alle radici il percorso di cambiamento.

In materia di interventi transitori, si parte dalla domiciliarità: è qui, infatti, che si concentrano gli investimenti previsti dal Pnrr (2,7 miliardi di Euro per il Ministero della Salute). *Gli interventi transitori per la domiciliarità, dunque, dovrebbero essere congegnati come il primo passo del percorso che si compirà con l'introduzione della riforma.*

Affinché ciò accada è necessario che: (i) *vengano disegnati congiuntamente dai due Ministeri*, così come la riforma, (ii) lo si faccia *seguendo il modello del care multidimensionale*, proprio dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e oggi poco diffuso; (ii) si prevedano *risorse di fonte sia sanitaria sia sociale*, così da rappresentare le basi per un approccio integrato. Si tratta, a ben vedere, di incorporare negli interventi transitori gli assi strategici della riforma: superare la frammentazione, riconoscere la specificità della non autosufficienza e investire nuovi fondi per cambiare la natura delle risposte.

Lo sforzo richiesto a entrambi i Dicasteri coinvolti è sostanziale. Al Ministero della Salute: decidere di utilizzare le proprie risorse già disponibili in questa prospettiva. Al Ministero del Welfare: prevedere, in Legge di Bilancio, un proprio stanziamento per la domiciliarità, così da affiancarlo a quello del Pnrr per il Ministero della Salute. Non sono atti di poco conto. D'altra parte, gli interventi transitori per domiciliarità rappresentano il banco di prova della credibilità dell'intero percorso di riforma.

Impegno richiesto

Avviare il cantiere della riforma: elaborazione del testo + predisposizione degli interventi transitori, da considerare sempre congiuntamente. Disegnare, quindi, gli interventi transitori sulla domiciliarità come il primo passo del complessivo percorso di cambiamento.

Gli interventi transitori sulla domiciliarità: il loro significato

Gli interventi transitori sulla domiciliarità rappresentano il banco di prova per la credibilità del complessivo percorso riformatore.

Per aprire la strada ad un cambiamento sostanziale, dovrebbero:

- essere disegnati congiuntamente dai due Ministeri
- essere disegnati seguendo il modello del care multidimensionale
- prevedere risorse di fonte sia sanitaria sia sociale

Hanno sottoscritto il documento

AIP - Associazione Italiana Psicogeriatria; A.L.I.Ce. Italia Onlus - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale; Alzheimer Uniti Italia Onlus; AMOR – Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione; ANAP Confartigianato Persone - Associazione Nazionale Anziani e Pensionati; A.N.N.A. – Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente; Associazione Apnoici Italiani – APS; Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0; Associazione Comitato Macula; Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus; Associazione Prima la comunità; Assoprevidenza - Associazione Italiana per la Previdenza Complementare; CARD ITALIA - Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti; Caritas Italiana; Cittadinanzattiva; CNA Pensionati; Confcooperative Federsolidarietà; Confcooperative Sanità; Confederazione Parkinson Italia; Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali; F.A.I.S. - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati; Federazione Alzheimer Italia; FNP CISL PENSIONATI; Forum Disuguaglianze Diversità; Forum nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'organo e di Volontariato; Forum nazionale del Terzo Settore; La Bottega del Possibile APS; Legacoopsociali; Network Non Autosufficienza (NNA); Percorsi di secondo welfare APS; Professione in famiglia; S.I.G.G. – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio; SOS Alzheimer; SPI-CGIL – Sindacato Pensionati Italiani; UNEBA – Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale.