



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

IL PIANO NAZIONALE DI DOMICILIARITA' INTEGRATA

La proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"
per la Legge di Bilancio 2022

Settembre 2021

Gli allegati tecnici alla Proposta sono disponibili sul sito www.pattononautosufficienza.it

IL PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza è un'ampia coalizione sociale nata al fine di valorizzare al meglio l'occasione storica offerta dalla riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Patto, dunque, elabora proposte operative per il disegno della riforma e le promuove presso il Governo, il Parlamento e la società civile. Il Patto formula anche proposte – come quella qui presentata – per le azioni transitorie, compiute prima dell'approvazione della riforma. Infatti, la coerenza tra la sua preparazione e gli interventi, nel frattempo, messi in campo rappresenta un elemento decisivo per il successo del percorso di cambiamento.

Il Patto è stato costituito dalle realtà sociali che hanno proposto l'introduzione della riforma nel PNRR e che si sono intensamente battute per il raggiungimento di questo obiettivo, trovando ascolto da parte delle Istituzioni. Lo compongono attualmente 43 organizzazioni, che rappresentano gli anziani non autosufficienti, i loro familiari, i pensionati, gli operatori del welfare e i gestori dei servizi, affiancate dal Network Non Autosufficienza per il coordinamento scientifico. Il Patto è nato il 20 luglio 2021 e si scioglierà al momento dell'approvazione della riforma.

Soggetti appartenenti al Patto

Acli - Associazioni cristiane lavoratori italiani
AIP - Associazione Italiana Psicogeriatría
AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
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
Associazione Respiriamo Insieme
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
FIMMG – Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale
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
Movimento per l'invecchiamento attivo, diritti sociali e sanitari
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
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
SOS Alzheimer
SPI-CGIL – Sindacato Pensionati Italiani
UIL Pensionati
UNEBA – Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale

SINTESI

Il Patto propone di avviare – nel 2022 – il Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata per gli anziani non autosufficienti. Il Piano inizia la costruzione dei servizi domiciliari di cui l'Italia ha bisogno, utilizzando i nuovi fondi già previsti e aggiungendo gli altri necessari. Le azioni da compiere consistono nel cambiare il modello d'intervento dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata, delle Asl), nello stanziare maggiori risorse per il Sad (Servizio di assistenza domiciliare, dei Comuni) e nel realizzare risposte integrate.

Il Patto ritiene *necessario rafforzare l'intera filiera dei servizi: domiciliari, semi-residenziali e residenziali*. Gli investimenti del PNRR e le recenti normative concentrano i nuovi stanziamenti per la non autosufficienza sugli interventi a domicilio: il loro utilizzo è in via di definizione. Adesso è, quindi, il momento di presentare una proposta per la domiciliarità.

Perché avviare il Piano Domiciliarità

Primo, per *cominciare a fornire migliori risposte ad anziani e famiglie*. Non si può aspettare l'introduzione – tra il 2023 e il 2024 – della complessiva riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista dal PNRR.

Secondo, per *sfruttare il periodo precedente alla riforma iniziando a modificare gli interventi nella sua direzione*, dato che l'attuazione dei cambiamenti nei territori è sempre lunga e complessa.

Terzo, per *evitare contraddizioni tra le misure attivate adesso e gli scopi della successiva riforma*, che creerebbero le condizioni per il suo fallimento. Il rischio riguarda l'attuale configurazione dell'Adi, la mancanza di un collegamento con il Sad e l'assenza di risorse addizionali a esso destinate.

Iniziare a costruire la domiciliarità del futuro

Gli obiettivi della visione di medio-lungo periodo verso cui tendere sono:

- *Una sola risposta integrata*. Superare l'attuale separatezza tra il Sad e l'Adi, i due servizi domiciliari pubblici esistenti in Italia.
- *La possibilità di ricevere il giusto mix di prestazioni che la non autosufficienza richiede*. Sono: i) servizi medico-infermieristico-riabilitativi, ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti. Attualmente la presenza di ii) e iii) è estremamente contenuta.
- *La possibilità di ricevere assistenza per il tempo necessario*. In genere la non autosufficienza si protrae a lungo e richiede interventi frequenti. L'intensità degli interventi (numero di visite per utente) e la durata del periodo di assistenza devono, dunque, essere adeguate. Oggi, in prevalenza, intensità e durata sono troppo limitate.

Il Piano Domiciliarità comincia il percorso nella direzione di tali obiettivi, ampiamente condivisi a livello internazionale e assegnati dal PNRR alla riforma del settore. Per affrontare le normali difficoltà attuative di ogni processo di cambiamento ambizioso, come questo, è essenziale un approccio graduale: il Piano Domiciliarità prevede un primo pacchetto di azioni nel 2022 e il loro progressivo ampliamento nel tempo. Occorre, parimenti, avere una visione chiara della direzione di medio-lungo periodo: è quella indicata sopra, che accomuna il Piano Domiciliarità e la successiva riforma. Dopo averla varata, dunque, il Piano vi confluirà.

Azione I - Superare le separazioni tra i Ministeri e tra i servizi

Il Piano intende *connettere le attività degli attori responsabili della domiciliarità, a livello locale (Comuni e Asl) così come nazionale (i Ministeri competenti per la non autosufficienza, Welfare e Salute)*. Solo agendo su entrambi i livelli è possibile costruire risposte integrate.

Si prevede che i Ministeri del Welfare e della Salute costituiscano *una Cabina di Regia nazionale unitaria, responsabile delle leve cruciali di governo del Piano: (i) i fondi* (programmazione congiunta dell'impiego dei nuovi finanziamenti a disposizione dei due Ministeri); *(ii) il loro utilizzo* (definizione delle indicazioni per l'uso congiunto, da parte di Comuni e Asl, del complessivo pacchetto di risorse addizionali); *(iii) la relativa verifica* (responsabilità del sistema di monitoraggio dedicato).

Nei territori, il Piano Domiciliarità stabilisce che – nel 2022 – *tutti gli Ambiti sociali (Comuni) e i Distretti sanitari (Asl) stipulino un accordo per realizzare insieme* i requisiti organizzativi di base per un approccio integrato: *(i) l'unità di valutazione multidimensionale*, dove esaminare le condizioni dell'anziano e individuare gli interventi più adeguati, *(ii) il progetto personalizzato integrato*, che comprenda il complesso delle prestazioni pubbliche fruite e le raccordi con l'attività dei familiari e delle badanti, *(iii) il responsabile del caso*, punto di riferimento nel tempo per ogni soggetto coinvolto. Gli ulteriori passi necessari per costruire risposte integrate – ad esempio lo sviluppo dei punti unici di accesso – seguiranno negli anni successivi, in coerenza con l'approccio graduale del Piano.

Tali indicazioni per i territori sono già contenute in numerosi atti, ma risultano inapplicate in molte parti del Paese. È nell'attuazione, infatti, che si giocano i percorsi di cambiamento. Pertanto, il Piano Domiciliarità dedica uno sforzo particolare a *costruire le condizioni per l'effettiva traduzione in pratica, a livello locale*, di queste e delle altre azioni previste.

Azione II – Cambiare il modello d'intervento dell'Adi

L'Adi è il servizio domiciliare più diffuso. Lo ricevono il 6,2% degli anziani e la spesa annuale è di 1,3 miliardi. Nei prossimi anni, i fondi cresceranno notevolmente (+ 578 milioni nel 2022 a salire sino a + 1,6 miliardi nel 2026). Per utilizzarli al meglio, però, bisogna cambiare l'Adi.

Infatti, *in Italia prevale un modello di Adi prestazionale: l'erogazione di singole prestazioni di natura medico-infermieristico-riabilitativa per far fronte a specifiche – e circoscritte – esigenze sanitarie, in assenza di una risposta che prenda in considerazione le molteplici dimensioni della*

vita legate alla non autosufficienza e la loro complessità. Tale modello si riflette in livelli d'intensità e durata molto bassi. Il valore medio di ore erogate annualmente per utente è pari a 18 e il periodo della presa in carico, perlopiù, non supera i 2-3 mesi (ad es. quelli successivi ad una dimissione ospedaliera). La realtà degli anziani però, richiede interventi più ampi e articolati, e quindi, un sostegno più frequente assicurato per periodi ben più lunghi. Non a caso, la definizione di assistenza agli anziani non autosufficienti della Commissione Europea esclude l'Adi prestazionale da questo settore del welfare.

Si deve evitare di utilizzare le nuove risorse per riprodurre – su scala maggiore – le criticità attuali. Il Piano Domiciliarità, dunque, prevede nel 2022 un atto nazionale che: (i) *ri-disegni l'Adi a partire dalle effettive condizioni degli anziani e, dunque, puntando agli obiettivi strategici illustrati all'inizio*, e – di conseguenza – (ii) *incrementi l'intensità degli interventi, cioè il numero di visite domiciliari per utente e la loro durata nel tempo* (differenziandole in base alle specifiche situazioni).

Azione III - Incrementare i fondi del Sad

Il Sad, invece, copre solo l'1,3% degli anziani, la spesa annuale ammonta a 347 milioni e non è previsto alcun incremento significativo di risorse. *Il servizio pare così destinato a rimanere residuale e l'auspicato sviluppo di risposte integrate a diventare irrealistico, a causa dell'ampliamento del divario quantitativo con l'Adi* (nel 2026, ogni 100 Euro per l'Adi se ne spenderanno 12 per il Sad).

Il Piano prevede, *nella Legge di Bilancio 2022, un nuovo finanziamento dedicato al Sad: +302 milioni di Euro nel 2022, +373 nel 2023 e +468 nel 2024*. L'utenza, il prossimo anno, raddoppierebbe rispetto a oggi, per poi continuare a crescere progressivamente: 2,6% degli anziani nel 2022, 2,9% nel 2023 e 3,3% nel 2024. *Il finanziamento sarebbe legato al riconoscimento del Sad come livello essenziale delle prestazioni*, in modo da strutturarne la presenza nei territori in modo stabile. Si assicurerebbe così uno standard percentuale minimo di anziani raggiunti in tutto il Paese e si garantirebbero alle Regioni che già lo rispettano risorse per incrementare ulteriormente l'offerta.

Il Piano prevede anche di ripensare il modello d'intervento. Oggi prevale quello per anziani disagiati: la sola non autosufficienza generalmente non basta per poter ricevere questo servizio, utilizzato per rispondere a situazioni la cui complessità dipende anche da reti familiari particolarmente carenti e/o da ridotte disponibilità economiche dell'anziano. La prospettiva, invece, è di *aprire progressivamente il Sad agli anziani non autosufficienti in quanto tali e alle loro esigenze*.

Sia nel Sad che nell'Adi, dunque, s'intende compiere un'operazione simile: avviare un processo di superamento del modello d'intervento oggi prevalente (rispettivamente del disagio e prestazionale) per meglio focalizzare i servizi sulla reale situazione di anziani e famiglie, nella direzione degli obiettivi presentati all'inizio. Tale percorso convergente crea le condizioni per realizzare risposte integrate.

INDICE

Premessa. Partire dalla domiciliarità, rafforzare l'intero sistema	7
1. L'ORIZZONTE STRATEGICO	7
1.1 Perché avviare il Piano Domiciliarità	7
1.2 La visione di medio-lungo periodo.....	8
2. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DOMICILIARITA': IL "COME"	9
2.1 Superare le separazioni, a livello nazionale e locale	9
2.2 Mettere al centro l'attuazione.....	10
2.3 Individuare un nuovo equilibrio tra Stato e Autonomie Locali	11
3. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DOMICILIARITA': IL "COSA"	11
3.1 Partire dagli anziani non autosufficienti per ridisegnare l'Adi	11
3.2 Incrementare i fondi del Sad per strutturarne la presenza.....	12
4. CONCLUSIONI. COMINCIARE A COSTRUIRE IL FUTURO	14

ALLEGATI TECNICI

1. I servizi domiciliari in Italia
2. Cosa prevede il PNRR
3. Sad anziani: diventi livello essenziale

La proposta qui presentata è stata elaborata dai tecnici del Patto e discussa con rappresentanti delle organizzazioni aderenti, che ne hanno condiviso la versione finale.

La proposta sviluppa le indicazioni contenute nel precedente documento del Patto, "Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: cinque impegni per partire con il piede giusto", presentato pubblicamente il 20 luglio scorso, alla presenza del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Orlando, del Ministro della Salute, Speranza, della Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, Lorefice, e della Presidente della Commissione Sanità del Senato, Parente. Questo testo e gli allegati tecnici alla proposta sono disponibili sul sito: www.pattononautosufficienza.it

IL PIANO NAZIONALE DI DOMICILIARITA' INTEGRATA

Il Patto propone di avviare – nel 2022 – il Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata per gli anziani non autosufficienti. Il Piano inizia la costruzione dei servizi domiciliari di cui l'Italia ha bisogno, utilizzando i nuovi fondi già previsti e aggiungendo gli altri necessari. Le azioni da compiere consistono nel cambiare il modello d'intervento dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata, delle Asl), nello stanziare maggiori risorse per il Sad (Servizio di assistenza domiciliare, dei Comuni) e nel realizzare risposte integrate. Questo testo illustra i contenuti della proposta e gli allegati tecnici ne approfondiscono alcuni specifici aspetti.

PREMESSA. PARTIRE DALLA DOMICILIARITA', RAFFORZARE L'INTERO SISTEMA

Gli investimenti del PNRR e le recenti normative concentrano i nuovi stanziamenti per gli anziani nei servizi domiciliari: il loro utilizzo è in via di definizione. Adesso è, quindi, il momento di presentare una proposta per la domiciliarità.

Gli studi disponibili, d'altra parte, indicano che *il rafforzamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve riguardare: i) lo sviluppo dell'intera filiera dei servizi coinvolti (domiciliari, semi-residenziali e residenziali), ii) il potenziamento degli interventi a sostegno dei caregiver familiari, iii) la revisione dell'indennità di accompagnamento, e iv) la regolazione delle attività delle assistenti familiari (badanti).* Infatti, le molteplici ed eterogenee condizioni di non autosufficienza richiedono risposte differenziate, nessuna delle quali, però, può essere considerata autonomamente dalle altre. È questa la prospettiva che anima l'impegno del Patto.

1. L'ORIZZONTE STRATEGICO

1.1 PERCHÉ AVVIARE IL PIANO DOMICILIARITA'

- *Per cominciare a fornire migliori risposte ad anziani e famiglie. Non si può aspettare l'introduzione – tra il 2023 e il 2024 – della complessiva riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista dal PNRR.*
- *Per sfruttare il periodo precedente alla riforma iniziando a modificare gli interventi nella sua direzione, dato che l'attuazione dei cambiamenti nei territori è sempre lunga e complessa.*
- *Per evitare contraddizioni tra le misure attivate adesso e gli scopi della successiva riforma, che creerebbero le condizioni per il suo fallimento. Il rischio riguarda l'attuale configurazione dell'Adi, la mancanza di un collegamento con il Sad e l'assenza di risorse addizionali a esso destinate.*

1.2 LA VISIONE DI MEDIO-LUNGO PERIODO

La proposta del Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata è guidata da una visione di medio-lungo periodo verso cui tendere, che determina ogni singolo passo compiuto. Si tratta della domiciliarità del futuro che serve al nostro Paese: *un sistema capace di offrire un appropriato mix delle diverse prestazioni necessarie, nell'ambito di un pacchetto unitario e integrato, erogate con la giusta intensità assistenziale e per tutto il tempo necessario*. Tale visione si traduce in tre obiettivi fondamentali, da calibrare rispetto alle differenti condizioni degli anziani.

a) Unitarietà delle risposte

Bisogna *superare l'attuale separatezza tra il Sad e l'Adi*, i due servizi domiciliari pubblici esistenti in Italia. Non più interventi divisi, ma un'unica risposta integrata. Questo obiettivo riguarda il “come”, cioè le modalità di erogazione delle prestazioni: lo discute il paragrafo 2.

b) Articolazione degli interventi

Gli anziani devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede: i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi (responsabilità delle Asl), ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola (Asl e Comuni), iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (Asl e Comuni). Attualmente, invece, l'aiuto nelle attività quotidiane e il supporto a familiari e badanti risultano assai limitati.

c) Estensione temporale degli interventi

In genere la non autosufficienza si protrae a lungo nel tempo e richiede un'assistenza frequente. *L'intensità degli interventi (numero di visite per utente) e la durata della presa in carico, dunque, devono essere adeguate*. Oggi, in prevalenza, gli anziani ottengono risposte d'intensità assistenziale troppo bassa e di durata eccessivamente breve. Questo obiettivo e il precedente sono tra loro intimamente collegati perché toccano entrambi il “cosa”, cioè le caratteristiche delle risposte fornite: li discute il paragrafo 3.

Obiettivi ampiamente condivisi

Gli obiettivi elencati dovrebbero rappresentare i criteri guida di qualunque azione in materia di domiciliarità. Infatti, sono ampiamente condivisi tra gli esperti e applicano il modello d'intervento che la letteratura scientifica internazionale giudica appropriato per la non autosufficienza, quello del *care multidimensionale: 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.

Non a caso, quelli sopra riportati *sono gli stessi obiettivi che il PNRR assegna alla futura riforma delle politiche per gli anziani non autosufficienti nel loro insieme*.

Coniugare gradualità e visione

Il Piano Domiciliarità comincia il percorso nella direzione degli obiettivi illustrati. Si vuole così dare il via al rafforzamento dei servizi domiciliari in Italia e, nel contempo, mettere in moto la complessiva operazione di revisione e sviluppo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che culminerà nella riforma dell'intero settore.

Per affrontare le normali difficoltà attuative di ogni processo di cambiamento ambizioso, come questo, è essenziale un approccio graduale: il Piano Domiciliarità prevede un primo pacchetto di azioni nel 2022 e il loro progressivo ampliamento nel tempo. Occorre, parimenti, avere una visione chiara della direzione di medio-lungo periodo: è quella indicata sopra, che accomuna il Piano Domiciliarità e la successiva riforma. Dopo averla varata, dunque, il Piano vi confluirà.

Il perimetro della proposta

La proposta riguarda esclusivamente gli anziani non autosufficienti. Il Patto, infatti, è nato per valorizzare la storica occasione offerta dal PNRR. La condizione di non autosufficienza attraversa ogni fascia di età mentre il PNRR prevede due riforme distinte, rivolte rispettivamente ai giovani e agli adulti, da una parte, e agli anziani, dall'altra (sul PNRR si veda l'Allegato Tecnico n° 2, in www.pattononautosufficienza.it). Seguendo tale suddivisione, il Patto si concentra sugli interventi destinati ai secondi, per i quali il Network Non Autosufficienza – coordinatore scientifico – ha competenza (si veda la presentazione del Patto a pagina 2). Ciò detto, la natura trasversale della non autosufficienza deve sempre essere ricordata, così come l'esigenza di agire pure a favore di giovani e adulti con disabilità, a partire dalla promozione di rinnovati interventi a domicilio e nel territorio.

2. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DOMICILIARITA': IL "COME"

2.1 SUPERARE LE SEPARAZIONI, A LIVELLO NAZIONALE E LOCALE

Unire gli sforzi dei Ministeri competenti

Si propone che i due Ministeri responsabili per la non autosufficienza (Lavoro e Politiche Sociali, Salute) superino la loro attuale separazione, creando così le condizioni affinché nei territori si proceda nella stessa direzione. Insieme daranno vita, pertanto, alla *Cabina di regia nazionale sulla non autosufficienza*, responsabile del Piano Domiciliarità, di ogni altro intervento che seguirà in materia e della riforma.

Per risultare efficace, la Cabina non dev'essere solo una sede formale ma deve rappresentare un centro di responsabilità condivisa delle diverse leve cruciali per il governo del Piano Domiciliarità (i fondi, il loro utilizzo e la relativa verifica). La Cabina, dunque: (i) *programma in modo congiunto l'impiego dei nuovi finanziamenti per la domiciliarità* (provenienti dal PNRR e dalla legislazione ordinaria) a disposizione dei due Ministeri; (ii) *definisce le indicazioni per l'uso congiunto da parte di Comuni e Asl del complessivo pacchetto di risorse addizionali* nei territori; (iii) è *responsabile del sistema di monitoraggio dedicato*.

Realizzare servizi integrati nei territori

A livello locale, ci si vuole lasciare alle spalle *la diffusa separatezza tra il Sad (Comuni) e l'Adi (Asl)*. Oggi, solo nel 40% dei Comuni ne è prevista l'erogazione integrata, della quale usufruisce meno del 10% degli anziani che ricevono interventi domiciliari.

Il Piano stabilisce che – nel 2022 – *tutti gli Ambiti sociali (Comuni) e i Distretti sanitari (Asl) stipulino un accordo per realizzare insieme i requisiti organizzativi di base per un approccio integrato:*

- *l'unità di valutazione multidimensionale (Uvm)*, dove le varie professionalità competenti di Asl e Comuni valutino insieme le condizioni dell'anziano e individuino gli interventi più adeguati;
- *il progetto personalizzato integrato*, definito in sede di Uvm, che comprenda il complesso delle prestazioni pubbliche fruite e le raccordi con l'attività dei familiari e delle badanti;
- *il responsabile del caso*, un professionista che rappresenti il punto di riferimento nel tempo per gli operatori coinvolti, l'anziano e la sua rete familiare e informale di supporto.

Queste importanti azioni non esauriscono certo quelle che servono per avere servizi integrati, si pensi allo sviluppo dei punti unici di accesso; ulteriori ne seguiranno negli anni successivi. La citata consapevolezza delle difficoltà insite nell'effettiva messa in atto dei processi di cambiamento suggerisce un approccio graduale, con una forte focalizzazione sulle dinamiche attuative del Piano.

2.2 METTERE AL CENTRO L'ATTUAZIONE

Le condizioni per realizzare il cambiamento

I requisiti organizzativi menzionati sono già oggi previsti da numerosi atti legislativi e documenti programmatori, ma la loro applicazione risulta inadeguata in molte parti del Paese. E' nell'attuazione, infatti, che si giocano davvero i percorsi di cambiamento. Pertanto, in relazione a queste e alle altre azioni previste dal Piano Domiciliarità, *si dedica uno sforzo particolare a costruire le condizioni per la loro effettiva messa in pratica a livello locale.*

Vari sono gli strumenti predisposti a tal fine: (i) la Cabina di regia e le sue attività; (ii) un solido sistema di monitoraggio, per apportare correzioni dove risulterà necessario; (iii) un approccio graduale, con una direzione chiara di lungo periodo; (iv) la scelta di non sovraccaricare i territori con eccessive indicazioni.

Decisivo, nondimeno, è *il fattivo coinvolgimento di Regioni e Comuni* nella definizione del Piano e delle sue modalità operative. Questo presupposto accomuna tutti gli aspetti della proposta ed è ripreso oltre.

In ogni modo, bisogna essere chiari: il Piano *avrà possibilità di successo solo se diventerà una vera priorità del Governo*. L'esperienza mostra che, altrimenti, anche il miglior disegno di politiche pubbliche è destinato a fallire. Per quanto concerne il *Patto*, esso *si impegna a mantenere alta la pressione sulla sua realizzazione*, a livello nazionale e locale.

2.3 INDIVIDUARE UN NUOVO EQUILIBRIO TRA STATO E AUTONOMIE LOCALI

La particolare sensibilità verso la dimensione attuativa tocca anche la collocazione degli obiettivi del Piano nell'articolata architettura istituzionale italiana. L'assistenza agli anziani non autosufficienti ha sicuramente bisogno di una presenza dello Stato (sinora assai ridotta) più forte, che ne promuova lo sviluppo e riduca le differenze territoriali. D'altra parte, bisogna tenere presente le ampie competenze di Regioni e Comuni e riconoscere l'eterogeneità dei sistemi locali di welfare. Il Piano, dunque, cerca *un nuovo equilibrio tra un maggior ruolo statale e la valorizzazione delle Autonomie Locali*.

Poche indicazioni, molta attuazione

Lo fa, innanzitutto, ispirandosi a un preciso metodo: poche indicazioni, molta attuazione. Non di rado – in numerose materie – lo Stato sovraccarica i territori con una molteplicità di richieste, senza compiere particolari sforzi per assicurare le condizioni che ne favoriscano la realizzazione. Il Piano Domiciliarità, invece, segue la strada opposta. *Punta su poche azioni, quelle veramente in grado di aggredire gli snodi cruciali del cambiamento. E si dedica fortemente alla predisposizione delle condizioni che ne facilitino l'attuazione a livello locale*.

Riconoscere adeguatamente il ruolo delle Autonomie Locali

Il riconoscimento del ruolo di Comuni e Regioni si concretizza sia nell'ideazione, sia nella messa in atto del Piano. *Nella fase di definizione, lo Stato presta una particolare attenzione alla loro voce, giungendo con questi soggetti a un accordo che stabilisca puntualmente gli impegni reciproci. Durante l'implementazione, nondimeno, si valorizzano le numerose esperienze locali positive esistenti, senza appesantirle con richieste inutili. Si segue una semplice regola: nelle realtà dove sono già presenti servizi domiciliari che possiedono alcune o tutte le caratteristiche qui proposte, le si mantiene, integrandole – quando e come necessario – fino a raggiungere la configurazione indicata.*

3. GLI OBIETTIVI DEL PIANO DOMICILIARITA': IL "COSA"

Si espongono ora gli obiettivi sul "cosa", cioè sul profilo degli interventi forniti: riguardano la loro articolazione ed estensione temporale. Seguendo l'approccio graduale scelto, nel 2022 si può cominciare a perseguirli sciogliendo i primi nodi che li toccano.

3.1 PARTIRE DAGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI PER RIDISEGNARE L'ADI

Il primo nodo dell'Adi: il modello prestazionale

La maggior parte dell'assistenza domiciliare proviene dall'Adi, di titolarità delle Asl. La ricevono il 6,2% degli anziani (convenzionalmente definiti come persone 65+) e la spesa annuale è 1,3 miliardi. Gli investimenti del PNRR e le recenti normative nazionali stabiliscono un *notevole e*

progressivo incremento di risorse per i prossimi anni (+ 578 milioni nel 2022, sino a 1,6 miliardi nel 2026). I fondi, dunque, ci sono. Per utilizzarli al meglio, però, bisogna cambiare l'Adi.

Pur con importanti eccezioni locali, infatti, *in Italia prevale un modello di Adi prestazionale*. Il servizio eroga singole prestazioni di natura medico-infermieristico-riabilitativa per far fronte a specifiche – e circoscritte – esigenze sanitarie, *in assenza di una risposta che prenda in considerazione le molteplici dimensioni della vita legate alla non autosufficienza e la loro complessità*. Tale modello *si riflette in livelli d'intensità e durata molto bassi*. Basti pensare che il valore medio di ore erogate annualmente per anziano è pari a 18 e che la durata della presa in carico, perlopiù, non supera i 2-3 mesi (ad es. quelli successivi ad una dimissione ospedaliera) (sulle criticità dell'Adi, così come su quelle del Sad, si veda l'Allegato tecnico n° 1, in www.pattononautosufficienza.it).

L'Adi offre, dunque, utili prestazioni sanitarie a domicilio: la realtà degli anziani *però, richiede interventi più ampi e articolati, e quindi, un sostegno più frequente assicurato per periodi ben più lunghi*. Non a caso, la definizione di assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care) della Commissione Europea esclude l'Adi prestazionale da questo settore del welfare, nel quale – in linea con il dibattito scientifico – fa rientrare solo interventi che coprono un lungo periodo di tempo e garantiscono una significativa frequenza. La Commissione Europea, peraltro, verificherà l'attuazione della riforma prevista nel PNRR.

Introdurre un nuovo modello di Adi

Le indicazioni sinora formulate dal Governo circa l'uso delle nuove risorse per l'Adi, tuttavia, *rischiano di porre le basi per la conferma del modello prestazionale*. A oggi, infatti, non è stata mostrata l'intenzione di ripensare la logica del servizio. Di conseguenza, si prevede di mantenere gli attuali livelli d'intensità e di durata, incrementando la percentuale di utenti sino ad arrivare al 10% degli anziani nel 2026. Procedere lungo una strada simile significherebbe promuovere – su larga scala – il diffondersi di una domiciliarità non adatta agli anziani non autosufficienti. Sarebbe poi molto difficile, per la successiva riforma del settore, puntare in una direzione diversa.

Queste, però, non sono indicazioni definitive. Il Piano Domiciliarità proposto, dunque, prevede nel 2022 un atto nazionale che: (i) *ri-disegni l'Adi seguendo il menzionato modello del care multidimensionale*, quindi basandosi su uno sguardo d'insieme sulla complessiva situazione degli anziani, e – pertanto – (ii) *incrementi l'intensità degli interventi, cioè il numero di visite domiciliari per utente e la loro durata nel tempo* (differenziandole in base alle specifiche situazioni). In breve: si tratta di partire dalle condizioni degli anziani, verificarne le situazioni e i bisogni e cambiare il servizio di conseguenza.

3.2 INCREMENTARE I FONDI DEL SAD PER STRUTTURARNE LA PRESENZA

Il primo nodo del Sad: la diffusione marginale

Il Sad – di responsabilità dei Comuni – è, ormai da tempo, ai margini del welfare locale: gli utenti sono solo l'1,3% degli anziani e la spesa annuale ammonta a 347 milioni. Inoltre, l'incremento di risorse previsto per il prossimo futuro è contenuto (+ 13 milioni nel 2022 e negli anni successivi) e di entità non paragonabile a quello dell'Adi. *In assenza di correttivi, pertanto, la diffusione del Sad*

rimarrà residuale e l'auspicato sviluppo di risposte integrate risulterà irrealistico, a causa dell'ampliamento del divario quantitativo con l'Adi (nel 2026, ogni 100 Euro per l'Adi se ne spenderanno 12 per il Sad).

Nuove risorse per un diverso Sad

Per invertire la direzione il Piano prevede di inserire, *nella Legge di Bilancio 2022, un nuovo finanziamento dedicato al Sad, strettamente legato al suo riconoscimento come livello essenziale delle prestazioni.* Farne un livello essenziale significa gettare le fondamenta per strutturarne la presenza in modo stabile. Sarà così possibile assicurare uno standard percentuale minimo di anziani raggiunti in tutto il Paese e – allo stesso tempo – offrire alle Regioni che già lo rispettano risorse per incrementare ulteriormente l'offerta.

Si prevede, dunque, che gli utenti crescano progressivamente: 2,6% degli anziani nel 2022, 2,9% nel 2023 e 3,3% nel 2024. A tale scopo la Legge di Bilancio stanziava le seguenti risorse aggiuntive: 302 milioni di Euro nel 2022, 373 nel 2023 e 468 nel 2024. L'investimento può apparire limitato, ma bisogna considerare da dove si parte. Il Piano presuppone, per il 2022, di raddoppiare l'utenza rispetto ad oggi. Un incremento maggiore di fondi, nel breve periodo, non sarebbe sostenibile dai territori e si tradurrebbe in risorse inutilizzate (o male impiegate). Una crescita minore, d'altra parte, impedirebbe di compiere il cambio di passo necessario. Le cifre presentate sono frutto dell'attenzione che il Patto riserva alla dimensione attuativa, così come all'intenzione di presentare richieste credibili (si veda l'Allegato Tecnico n° 3, in www.pattononautosufficienza.it). Evidentemente, in un servizio adesso così debole la progressione temporale è cruciale. La proposta arriva fino al 2024 perché la Legge di Bilancio contempla un orizzonte triennale, ma i fondi dovranno crescere anche negli anni successivi.

Il rafforzamento quantitativo del Sad va di pari passo con il ripensamento della sua logica d'intervento. In Italia – di nuovo con rilevanti eccezioni – *prevalere un modello per anziani disagiati.* Infatti, la sola non autosufficienza generalmente non basta per poter ricevere questo servizio, spesso utilizzato per rispondere a situazioni la cui complessità dipende anche da reti familiari particolarmente carenti e/o da ridotte disponibilità economiche dell'anziano. La prospettiva, invece, è di *aprire progressivamente il Sad agli anziani non autosufficienti in quanto tali e alle loro esigenze.*

Sia nel Sad che nell'Adi, dunque, s'intende compiere un'operazione simile: avviare un processo di superamento del modello d'intervento oggi prevalente (rispettivamente del disagio e prestazionale) per meglio focalizzare i servizi sulla reale situazione di anziani e famiglie, nella direzione dell'approccio del care multidimensionale e – quindi – degli obiettivi menzionati all'inizio. Tale percorso convergente crea le condizioni per realizzare risposte integrate.

4. CONCLUSIONI. COMINCIARE A COSTRUIRE IL FUTURO

Il Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata prevede, dunque, *di iniziare nel 2022 a edificare una nuova domiciliarità rivolta agli anziani non autosufficienti in Italia*. Si tratta di un sistema capace di offrire un appropriato mix delle diverse prestazioni necessarie, nell'ambito di un pacchetto unitario e integrato, erogate con la giusta intensità assistenziale e per tutto il tempo necessario.

Per farlo, è necessario che il Governo realizzi tre azioni:

- 1. intervenga per superare le separazioni tra i soggetti responsabili della domiciliarità, a livello nazionale (i Ministeri del Welfare e della Salute) e locale (Comuni e Asl);*
- 2. ridisegni l'Adi in modo da andare oltre il modello prestazionale e renderla più conforme alle condizioni degli anziani non autosufficienti;*
- 3. incrementi i finanziamenti per il Sad e ne radichi la presenza nei territori, attraverso il suo riconoscimento come livello essenziale delle prestazioni.*

Le diverse azioni prospettate sono complementari. Non si potrebbe, ad esempio, puntare sulla domiciliarità per i non autosufficienti senza ri-orientare l'Adi, oppure delineare un sistema unitario in assenza risorse adeguate per i Comuni. E così via.

In tal modo, il Piano Domiciliarità comincia ad offrire migliori risposte ad anziani e famiglie, e – intanto – avvia il complessivo percorso di cambiamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Persegue, infatti, i medesimi obiettivi della successiva riforma del settore, stabiliti nel PNRR, dando il via all'operazione decisiva e più complessa: tradurli in pratica nei territori.