Anziani non autosufficienti: la ridefinizione della presa in carico tra residenzialità e domiciliarità alla luce del PNRR

*Giovanni Di Bari - UNEBA*

**RELAZIONE**

Questo intervento intende delineare, in un quadro di sintesi, alcune delle novità messe in campo attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in merito al tema dell’anziano non autosufficiente. Un nuovo, o rinnovato, sistema di welfare sociosanitario che possa meglio e più dignitosamente definire la presa in carico di soggetti fragili in età avanzata e rispondere in modo più funzionale alle loro esigenze.

È bene partire dall’assunto per il quale essere anziani non è più considerata una caratteristica legata all’età, ma è una condizione piuttosto di *perdita*: della salute e delle autonomie, ma anche del proprio ruolo sociale, degli affetti e della progettualità futura. Quando, oltre che non più in forma, si rimane soli e senza rete di sostegno.

Da recenti analisi ISTAT[[1]](#footnote-1) apprendiamo che con il crescere dell’età adulta (over 55), proporzionalmente diminuisce la rete familiare o sociale sulla quale è possibile contare nel momento del bisogno. In un ultimo lavoro[[2]](#footnote-2) l’Istituto individua gruppi di anziani over 75 tra i quali progressivamente peggiora il livello di vulnerabilità per il cumularsi di diverse condizioni di disagio. Su una popolazione di riferimento composta da circa 6,9 milioni di anziani:

* oltre 2,7 milioni (39,1%) presentano comorbilità, gravi disabilità motorie e visive, nonché grave compromissione dell’autonomia;
* tra questi, 1,3 milioni (18,8%) dichiarano di non avere aiuti adeguati, perché non ricevono alcun aiuto oppure perché bisognosi di ulteriore aiuto;
* tra questi ultimi, circa 1 milione (14,4%) vive solo o in famiglie con tutte persone anziane.

Da questi dati è chiaro, semmai ve ne fosse ulteriore necessità di verifica, che esiste un cluster di anziani che vive al proprio domicilio, in condizioni di forte criticità e relativa solitudine. Questa condizione, seppur strutturale, è stata notevolmente accentuata dalla Pandemia, che ha esacerbato le condizioni dei singoli e delle famiglie. Diviene vieppiù necessaria, quindi, una riflessione sulla dimensione territoriale della presa in carico dei soggetti non autosufficienti.

L’Unione Europea sta rispondendo alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU), un programma che prevede investimenti e riforme e che ha come obiettivo quello di accelerare la ripresa economica. L’Italia è beneficiaria dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d’Europa (REACT-EU). Il solo **RRF** garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021- 2026, delle quali (solo) 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L’Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi. Alle risorse del PNRR si assommano quelle del **REACT EU**, pari a 13 miliardi e quelle del **Fondo Complementare** paria 30,62 miliardi. Complessivamente 235,12 miliardi di euro.

*“Il Governo stima che gli investimenti previsti nel Piano avranno un impatto significativo sulle principali variabili macroeconomiche. Nel 2026, l’anno di conclusione del Piano, il prodotto interno lordo sarà̀ di 3,6 punti percentuali più̀ alto rispetto all’andamento tendenziale. Nell’ultimo triennio dell’orizzonte temporale (2024-2026), l’occupazione sarà più alta di 3,2 punti percentuali.”* (Mario Draghi)[[3]](#footnote-3)

Il PNRR si sviluppa attorno a **tre assi strategici** – digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale – e si articola in **Missioni** e **Componenti**. Le Componenti sono aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da **Investimenti** (151) e **Riforme** (63).

Per la fragilità e la non autosufficienza il Piano introduce diverse misure sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali – finalizzato alla prevenzione dell’istituzionalizzazione e al mantenimento di una dimensione autonoma (Missione 5) – sia attraverso il potenziamento dell’assistenza sanitaria, soprattutto quella radicata sul territorio (Missione 6).

In questo intervento abbiamo scelto di approfondire le Riforme attese dal PNRR e specificamente quella che dovrà delineare il **Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti** (M5C2 – R1.2) e quella relativa alle **Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** (M6C1 – R1). La prima è volta ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti. La seconda ha l’obiettivo di definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, atta all’individuazione degli standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale.

A questo punto è nostra intenzione descrivere due documenti, che offrono risposte alle sollecitazioni di riforma del PNRR: il primo è *Proposte per l’introduzione del Sistema Nazionale di Assistenza anziani (SNA)* del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza; il secondo *Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*.

***Proposte per l’introduzione del Sistema Nazionale di Assistenza anziani (SNA)[[4]](#footnote-4)***

Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza raggruppa gran parte delle organizzazioni della società civile (circa 50, tra le quali Uneba) coinvolte nell’assistenza agli anziani non autosufficienti. Il Patto ha svolto un lavoro bottom-up per l’elaborazione di una proposta da portare al tavolo della Presidenza del Consiglio, che descriva un sistema unico finalizzato alla costruzione di una filiera di risposte strutturate sui bisogni dell’anziano e integrate fra residenzialità e domiciliarità.

La Proposta si articola in 4 sezioni: Percorso Unico, Rete Integrata delle Risposte, Programmazione e Governance, Modalità di finanziamento.

*Il Percorso Unico*

Attraverso il Punto Unico di Accesso (**PUA**), sito all’interno delle Case della Comunità, ogni persona può accedere alla Valutazione Nazionale di Base (**VBN**), grazie alla quale viene definito con criteri multidimensionali (unici e omogenei su tutto il territorio nazionale) il grado di salute dell’anziano e la possibilità di accedere allo SNA. La Valutazione definisce anche quali misure a titolarità statale potranno ricevere anziano e caregiver. Successivamente, l’Unità di Valutazione Multidimensionale (**UVM**), di competenza Asl e Comuni, definirà quali interventi a titolarità locale potranno essere erogati in termini di servizi o contributi economici. Attraverso questa seconda valutazione viene attivata anche la procedura per la definizione del Piano Assistenziale Integrato (**PAI**).

*Rete Integrata delle risposte*

Lo SNA articola in una filiera organica di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza, per i setting assistenziali: Servizi domiciliari, Soluzioni abitative di Servizio, Servizi semiresidenziali, Servizi residenziali, la Prestazione Universale per la NA, un profilo professionale nazionale per le Assistenti familiari e interventi a favore dei Caregiver.

*Programmazione e Governance*

La Proposta prevede un sistema multilivello di governance istituzionale che possa rendere effettivo il governo congiunto dei processi e degli interventi integrati. Viene ipotizzata l’istituzione di una la *Rete nazionale per l’assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti* (Ministeri, Regioni, Comuni e Inps), che ha il compito di elaborare il Piano nazionale integrato per la non autosufficienza. Il Piano definisce l’insieme degli interventi per la non autosufficienza sociali, sociosanitari e i trasferimenti monetari statali. La Rete e i Piani si replicano anche a livello territoriale (Regione e Distretto) per l’elaborazione e l’attuazione degli interventi sul territorio.

*Modalità di finanziamento*

Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza (LEP e LEA), ma sarà necessario individuare ulteriori risorse a carico della finanza pubblica per garantire la piena attuazione del Sistema. In occasione di questo passaggio, dovranno essere ridefinite anche le rette dei presidi semiresidenziali e residenziali.

Si promuove, inoltre, lo sviluppo di un secondo pilastro integrativo con funzione complementare alle prestazioni assicurate dal sistema statale.

***Modelli e Standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale[[5]](#footnote-5)***

Veniamo all’analisi del secondo documento (passato come “DM 71”, adottato dal Ministero della Salute su delibera del Consiglio dei Ministri) che delinea un modello di erogazione dell’Assistenza Primaria condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale.

*Architettura dell’Assistenza Territoriale*

Il centro nevralgico del sistema sarà il **Distretto** sanitario, che costituisce il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’ASL. È inoltre deputato al perseguimento dell’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All’interno del Distretto rivestirà un ruolo primario la **Casa della Comunità** (CdC), il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità accede per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. L’attività è organizzata in modo tale da permettere un’azione d’équipe integrata tra Medici, infermieri e specialisti, con l’obiettivo di coordinare gli interventi anche con i servizi sociali. Il modello organizzativo è quello Hub & Spoke, dove le CdC Spoke rimangono gli studi medici del territorio funzionalmente rivisitati.

All’interno del Distretto vi saranno poi gli **Ospedali di Comunità** (OdC), strutture sanitarie di ricovero che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio.

Nel nuovo sistema un forte ruolo rivestiranno gli **Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC)**, figure professionali deputate ad assicurare l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, garantendo anche l’integrazione interdisciplinare (sanitaria e sociale) dei servizi e dei professionisti.

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le **Centrali operative territoriali (COT)** ed è istituito anche il 116117, un numero Europeo Armonizzato, per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Nel Distretto sopravvivono anche le **USCA**, per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa.

Il documento pone attenzione anche alla definizione degli standard dell’**Assistenza Domiciliare**, servizio in grado di gestire a domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell’assistenza.

Altri presidi di territorio sono i servizi riferiti alle **Cure Palliative** e quelli resi dal **Dipartimento di Prevenzione** e dai **Consultori**. Viene disciplinata anche la **Telemedicina,** utilizzata dai professionisti sanitari per fornire prestazioni agli assistiti o servizi di consulenza e supporto (teleconsulto o telerefertazione).

Nel nuovo sistema di cure primarie avranno un ruolo rilevante anche le **Farmacie**, identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità (Farmacia dei Servizi).

***Questioni conclusive***

I percorsi e i documenti riassunti descrivono uno scenario ancora del tutto in via di definizione, ma – allo stesso tempo – indicano un orizzonte verso il quale il cd. *Welfare della non autosufficienza* sta muovendo i primi decisivi passi.

Le tempistiche dettate dal PNRR non lasciano spazio alla perdita di tempo, ma neanche alla riflessione necessaria ai processi partecipati.

La prima nota a margine della relazione, infatti, è quella relativa al rapporto pubblico-privato. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha una forte connotazione di governance pubblica e centralista. Anche il tassello sulla non autosufficienza sembra rispettare questa (doverosa, per carità) matrice; ma ciò non deve necessariamente implicare l’esclusione o la marginalizzazione del privato sociale (Terzo Settore) che, dal punto di vista delle pratiche di cura, ricopre una posizione non certo secondaria quando si passa dall’ospedale al territorio o al domicilio.

Per quanto riguarda la sostenibilità dell’assetto descritto attorno al welfare della NA – così come anche in altri segmenti del PNRR – è necessario un atto di fiducia sulla possibilità che tale impianto possa reggere nel tempo. L’iniezione di risorse finanziarie effettuata dalla Unione Europea deve seriamente essere interpretata e agita in maniera *generativa* (di sistemi economici che divengano autonomi).

Anche in termini di risorse umane e professionali una certa perplessità rimane in campo. La crisi vissuta in questi ultimi periodi di pandemia, nel reperimento ad esempio di unità mediche e infermieristiche, deve portare allo stimolo di nuove risposte.

Un altro tema riguarda il ruolo di tutti quei servizi gestiti attualmente dal privato sociale, nella fattispecie le RSA. In che assetto dovranno trovarsi al termine del processo di rinnovamento innescato dal PNRR?

In ultima analisi è da considerare con una certa attenzione la trasparenza ed il controllo dei processi. Finora, almeno nel cluster di nostro interesse, non si è proceduto per la condivisione esplicita e preventiva di tutti i dati e dei passaggi.

***UNEBA[[6]](#footnote-6)***

La nostra associazione, insieme ad altre di settore (tra cui Aris), ritiene di poter essere *parte in causa* dei processi relativi alla ridefinizione del welfare della non autosufficienza. Le nostre organizzazioni, così attive e capillarmente distribuite sul territorio, anche se da una prospettiva social-privatistica perseguono finalità pubbliche di interesse collettivo in ambito di tutela della salute. Possono quindi rappresentare un ottimo *punto di osservazione e di collaborazione*. Possono contribuire, per esperienza acquisita e know-how, a concretizzare la “messa a terra” del un nuovo sistema di presa in carico dell’anziano. Chiaramente il sistema diventa virtuoso solo se si attivano di più, meglio e ad ogni livello i processi di sussidiarietà orizzontale fra pubblico e privato, così ben “consacrati” dalla Sent. 131/2020 della Corte Costituzionale.

1. https://www.istat.it/it/archivio/129956 [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.istat.it/it/archivio/258319 [↑](#footnote-ref-2)
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pg. 5): https://italiadomani.gov.it/it/home.html [↑](#footnote-ref-3)
4. https://www.pattononautosufficienza.it [↑](#footnote-ref-4)
5. https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1650560930.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2021/08/Documento-interassociativo-su-riforme-e-interventi-PNRR.pdf [↑](#footnote-ref-6)