

Oggetto: Contributo UNEBA sul “Piano nazionale per l’assistenza e cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana” per le annualità 2025-2027.

PREMESSA

UNEBA – Unione Nazionale delle Istituzioni e delle Iniziative di Assistenza Sociale – rappresenta a livello nazionale per la maggior parte organizzazioni non profit del Terzo Settore che operano nella cura, nell’assistenza e nei servizi alla persona, con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti.

Le strutture associate gestiscono, in questo settore, il complesso sistema della filiera che ospita e si prende cura della popolazione anziana, attraverso: residenze sanitarie assistenziali (RSA), centri diurni integrati (CDI), servizi domiciliari e presidi di prossimità, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Con la presente nota, UNEBA intende offrire al CIPA un contributo tecnico e propositivo per l’elaborazione del quadro programmatico che definirà il futuro dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, in coerenza anche e soprattutto con la recente normativa di riforma delle politiche in favore delle persone anziane.

1. Il continuum assistenziale come fondamento del sistema

Qualunque riforma organica del sistema di cura per la non autosufficienza deve fondarsi sul riconoscimento pieno del continuum assistenziale. La risposta ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti non può essere monodimensionale, ma deve articolarsi lungo un asse progressivo che comprenda, con pari dignità istituzionale e adeguata copertura finanziaria:

- **La domiciliarità** (ADI, SAD, telemedicina e assistenza di prossimità): da potenziare significativamente in intensità, continuità e integrazione professionale. L’attuale modello, prevalentemente prestazionale con poche ore mensili di erogazione, non è sufficiente a costituire un intervento reale di supporto ai bisogni delle persone con fragilità che non necessitano di ospitalità residenziale.
- **La semiresidenzialità** (Centri Diurni Integrati – CDI): presidio sottoutilizzato nel panorama programmatorio nazionale, nonostante presenti un costo significativamente inferiore sia al posto letto residenziale sia a un modello di domiciliarità intensiva. Il CDI garantisce, oltre alle cure, la dimensione sociale e relazionale che il sistema ADI/SAD non può offrire stabilmente. La solitudine è un fattore di accelerazione della non autosufficienza e il CD è uno strumento preventivo e terapeutico da valorizzare.
- **La residenzialità sociosanitaria** (RSA e strutture assimilabili): è una risposta insostituibile per le condizioni di non autosufficienza grave, che richiedono assistenza infermieristica e medica continuativa, trattamenti riabilitativi, supporto farmacologico e cura della persona. Un servizio da valorizzare ulteriormente, attraverso un reale sistema di analisi delle necessità assistenziali e la strutturazione di servizi adeguati ad accogliere ospiti sempre più complessi dal punto di vista dell’intervento clinico.
- **Gli alloggi protetti** e le soluzioni abitative con supporto (mini-alloggi, cohousing con servizi, case-famiglia per anziani con fragilità lieve): per persone anziane parzialmente autosufficienti o con fragilità emergente. Da riconoscere e potenziare come passaggio formale nella rete dei servizi programmati.

2. La distinzione socioassistenziale / sociosanitaria: un perimetro da preservare

UNEBA esprime forte preoccupazione per qualunque orientamento programmatico che tenda a sovrapporre o rendere fungibili la dimensione socioassistenziale e quella sociosanitaria nella presa in carico delle persone non autosufficienti.

La distinzione tra i due livelli non è meramente classificatoria: è la garanzia giuridica che alla persona non autosufficiente vengano riconosciuti i diritti esigibili previsti dai LEA e dai LEPS.

Ammettere che strutture a connotazione socioassistenziale – con requisiti strutturali, di personale e organizzativi profondamente diversi da quelli della residenzialità sociosanitaria – possano accogliere persone non autosufficienti garantendo le stesse prestazioni, significherebbe:

- Esporre le persone accolte a rischi di minore qualità assistenziale (assenza di assistenza infermieristica strutturata, mancanza di copertura medica notturna, inadeguatezza dei piani assistenziali individualizzati).
- Produrre un sistema a «doppio binario» che, a parità di bisogno, garantisce risposte strutturalmente differenti a seconda della disponibilità economica della persona o della famiglia.

UNEBA chiede che il *Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana* – e ogni atto di indirizzo correlato – mantengano una netta distinzione tra servizi socioassistenziali (per persone anziane con fragilità o parziale autosufficienza, che non richiedono prestazioni sanitarie continuative) e servizi sociosanitari (RSA, RSSA e strutture assimilabili, per persone con non autosufficienza conclamata).

3. RSA e Ospedali di Comunità: integrazione e non sovrapposizione

UNEBA rileva che numerosi nuclei e reparti delle RSA presentano già oggi caratteristiche di supporto clinico, assistenziale e organizzativo pienamente assimilabili – e in molti casi superiori – a quelle previste per i nuovi Ospedali di Comunità (OdC) pubblici.

Dove il sistema pubblico non ha potuto attivare OdC autonomi, ha trovato soluzione di collocamento all'interno o a fianco di RSA del Terzo Settore: con risultati operativi positivi e ottimizzazione delle risorse.

UNEBA ritiene che questa integrazione rappresenti un modello da valorizzare e replicare.

Si chiede pertanto che il disegno futuro degli OdC riconosca formalmente il ruolo delle RSA sociosanitarie del Terzo Settore come sede naturale di questi presidi (laddove abbiano le caratteristiche necessarie); eviti la creazione di strutture parallele e sovrapposte; incentivi accordi e convenzioni tra ASL e strutture associate per l'attivazione di reparti OdC integrati.

4. Il modello del Centro Residenziale Multiservizi e le sperimentazioni nelle aree interne

UNEBA vede nel modello del Centro Residenziale Multiservizi (CRM) la prospettiva evolutiva più coerente con i bisogni del territorio e con la vocazione storica delle sue strutture associate. Il CRM non nasce come «casa di riposo allargata», ma come **hub di prossimità** capace di integrare, in un unico presidio territoriale, la domiciliarità, la semiresidenzialità, la residenzialità e gli alloggi protetti.

Le sperimentazioni che potrebbero allargarsi in questo senso nel quadro del Piano ed essere prioritariamente localizzate nelle **aree interne** e nei piccoli comuni, dove la struttura RSA è spesso l'unico presidio sociosanitario rimasto sul territorio e dove la dispersione demografica rende antieconomico duplicare i presidi.

UNEBA è disponibile a partecipare attivamente a tali sperimentazioni, a condizione che: vengano definiti in anticipo i servizi e le relative tariffe per ciascuna funzione erogata nel modello integrato; le sperimentazioni

abbiano una durata sufficiente (almeno 24-36 mesi) e un sistema di monitoraggio che consenta di ricavare dati trasferibili a scala; i soggetti del Terzo Settore siano coinvolti nella co-progettazione dei modelli (non vengano coinvolti come meri esecutori).

5. Cure palliative: chiarezza sul perimetro applicativo

UNEBA segnala la necessità di una definizione precisa e coerente del perimetro applicativo delle cure palliative nell'ambito dei servizi residenziali per anziani. È fondamentale distinguere esplicitamente: cure palliative domiciliari (UOCP e servizi ADI specialistici); hospice residenziali (strutture dedicate con caratteristiche specifiche); cure palliative di base nelle RSA (prevedibili e auspicabili, ma con risorse e figure professionali adeguate). L'assimilazione in un'unica categoria potrebbe produrre ambiguità normative, contenziosi sulle responsabilità e distorsioni nel rimborso delle prestazioni.

6. Risorse, accesso e governo del bisogno

Qualsiasi riforma che non affronti il tema delle risorse rischia di restare un esercizio teorico.

UNEBA chiede che il *Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana* specifichi: le fonti di finanziamento a copertura di ciascun livello assistenziale; meccanismi trasparenti e uniformi di accesso e lista d'attesa; indicatori di monitoraggio del sistema che misurino l'appropriatezza delle risposte rispetto ai bisogni, non solo l'utilizzo delle risorse.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE


UNEBA è disponibile ad approfondire in sede tecnica ciascuno dei temi sopra esposti e a **partecipare a tavoli di lavoro strutturati** con il CIPA e con gli altri stakeholder del sistema sociosanitario. Il Terzo Settore per la non autosufficienza degli anziani non vuole essere semplice erogatore di servizi, ma partner nella progettazione del sistema futuro.

Siamo convinti che la risposta alla sfida della non autosufficienza – destinata a crescere in modo strutturale nei prossimi decenni – richieda confronto riformatore, chiarezza normativa e risorse certe.

Con osservanza,

Il Presidente Nazionale UNEBA

Franco Massi



UNEBA ETS – Fondata nel 1950 – Rete Associativa
Via Gioberti, 60 – 00185 ROMA - Tel. 06-5943091 – Cell. 3348926840 - info@uneba.it
unebanazionale@pec.it – C.F. 80114590583