

Mercoledì 23 MARZO 2022

Assistenza alle persone anziane non autosufficienti/3. Verso una nuova governance di sistema

Si conclude l'approfondimento sulle proposte della Riforma per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti prevista nel Pnrr. In questo terzo e ultimo capitolo sono illustrati i meccanismi di programmazione e governance e le modalità di finanziamento che a risorse invariate non potranno mai costruire un nuovo sistema di garanzie di Lep e Lea per la non autosufficienza degli anziani a completo finanziamento pubblico

Prima di introdurre i nuovi argomenti, giova ricordare i precedenti ([1](#)/[2](#)) approfondimenti trattati. Alla base della proposta di riforma del "Patto" c'è il nuovo "Sistema Nazionale Anziani" (SNA), in cui convergono e si integrano tutte le iniziative oggi in campo, ovvero i servizi di cura formale - correlati ai Lea sanitari e ai contestuali Leo sociali (contestualmente istituiti) -, le misure dell'Inps, le cure informali (da familiari, "badanti", care giver, associazionismo e volontariato).

La priorità assoluta è nella domiciliarità. Con lo SNA è istituita la "Prestazione universale per la non autosufficienza", che sostituisce l'indennità di accompagnamento. L'accesso allo SNA è unico, i percorsi unitari; esiste una prima valutazione multidimensionale di base (VNB) effettuata dall'equipe SNA e, come necessario, poi perfezionata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), da cui sorgono i PAI, fondati sul paradigma del care multidimensionale, a forti connotati di integrazione tra tutti gli attori di cura e sostenuti dai nuovi budget di salute. Sono previsti provvedimenti specifici a sostegno del lavoro di cura delle assistenti familiari, dei caregiver familiari e per le persone disabili che divengono anziane.

I temi di questa terza presentazione attengono al sistema di governance. Alla domanda "Perché una governance?" anticipiamo alcune risposte. Perché sulla scena della non autosufficienza ci sono almeno sei milioni di persone e familiari (sic: sei, circa tre di assistiti ed altrettanti di familiari) in difficoltà quotidiana per questa condizione e non meno di 1,5 milioni di operatori (istituzionali o informali) ingaggiati nell'assistenza.

Perché a fronte di questo "esercito" di persone, vi sono i bisogni complessi che interessano contemporaneamente aspetti sanitari e aspetti sociali, che per lo più trovano risposte frammentate. Perché connesse a ciò ci sono responsabilità dello Stato, delle Regioni, dei Comuni, dell'Inps, oggi tra loro disgiunte.

Perché già oggi sono alcune decine i miliardi di euro spesi, insufficienti, ma oltre ad incrementarli è necessario anche aumentare il rendimento di quelli attualmente impiegati. In sintesi, una riforma di sistema ambiziosa e realistica come questa esige una nuova governance di sistema, per correggere le attuali dispersioni e frammentazioni, che impediscono o frenano la qualità delle risposte, il rispetto di diritti, l'adempimento di doveri, l'equità, l'efficacia, l'efficienza, l'economicità delle azioni intraprese e da intraprendere.

Programmazione e governance

Nella proposta, per rendere effettivo il governo congiunto degli interventi, le competenze delle diverse amministrazioni afferenti allo SNA vengono ricomposte in

organismi unitari di governance. Questa è assicurata da tre Reti, denominate “Reti per l’assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti”: la prima, è la Rete Nazionale (collocata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri), organismo triangolare e paritetico che coinvolge Ministeri, Regioni e Comuni, a cui partecipano anche rappresentanti dell’INPS per quanto riguarda le misure assistenziali di competenza.

La Rete nazionale – tra molte funzioni - elabora il Piano nazionale integrato per la non autosufficienza; definisce e regola i Lea e i Lep, i trasferimenti monetari, nonché gli obiettivi di servizio riferiti alle persone anziane non autosufficienti. La Rete Regionale e la Rete Territoriale sono costruite secondo la medesima logica di quella nazionale e l’azione dei tre organismi è strettamente intrecciata. La Rete Regionale elabora il Piano regionale integrato per la non autosufficienza; definiscono le modalità di attuazione degli obiettivi di servizio riferiti a Lea e Lep, nonché eventuali ulteriori obiettivi finalizzati ad ampliarli. La Rete territoriale, costituita in ogni Ambito territoriale sociale (Rete Locale di ATS), opera in raccordo con la Rete Regionale e con le strutture Inps, al fine di elaborare il Piano territoriale integrato per la non autosufficienza; attuare gli obiettivi di servizio relativi a Lea e Lep, nonché ulteriori obiettivi finalizzati a incrementarli od ampliarli. L’elaborazione del Piano Territoriale è coordinata in modo paritario dal Direttore del Distretto e dal Responsabile dell’Ambito.

L’obiettivo generale è di superare l’attuale giustapposizione di prestazioni sanitarie e sociali, ora usualmente distinte e separate, per procedere verso la creazione di servizi sociosanitari adatti alla complessità dei bisogni. Nella logica di un percorso unitario risulta fondamentale l’interazione strutturata con l’Inps, da integrare con il sistema dei servizi sanitari e sociali anche a livello di Ambito Territoriale. Il sistema interistituzionale delineato è prezioso anche per la quantificazione e la tempistica delle risorse riferite alle diverse strutture ministeriali da far convergere nei territori verso il paradigma del ‘budget di salute’ (v. oltre).

Ciascun livello della governance istituzionale promuove la partecipazione attiva della comunità all’elaborazione dei Piani integrati, avvalendosi del contributo di associazioni e organizzazioni, e del dialogo sociale con i sindacati (co-programmazione e co-progettazione).

L’organizzazione territoriale unitaria

Allo scopo di perseguire la piena integrazione operativa dei processi, dei servizi e delle attività, nella proposta è prevista l’attivazione di un’organizzazione territoriale unitaria fondata sulla piena e strutturale integrazione tra Distretto sanitario e Ambito territoriale sociale (ATS). Le Regioni e le Province autonome provvedono a garantire la coincidenza tra le perimetrazioni geografiche dei Distretti e quelle degli Ambiti.

Di grande rilievo per CARD, è previsto che il coordinamento operativo dell’organizzazione, della gestione e dell’erogazione dei processi e dei servizi integrati è svolto in modo unitario da Distretto e Ambito. In ogni Ambito territoriale/Distretto, in riferimento alla stratificazione della popolazione operata dal Piano territoriale integrato, alla relativa determinazione dei fabbisogni assistenziali e delle risorse necessarie per la loro copertura viene costituito un Budget integrato che ricomprende tutti i finanziamenti di tipo sanitario, sociale e di ogni altra provenienza e finalizzazione destinati all’area della non autosufficienza. Il Budget integrato è utilizzato in attuazione della programmazione della Rete territoriale, secondo gli assetti organizzativi e le modalità definite dalle Rete Regionale. In questo modello integrato sono previsti percorsi di addestramento e formazione del personale del settore.

L’insieme delle tre misure di convergenza (coincidenza geografica, attivazione distretto sanitario, attivazione ambito territoriale sociale) e dei quattro cardini di connessione (organo di co-governo, strumento di programmazione, ufficio di programmazione, responsabilità organizzativa, budget unitario) rappresentano il quadro operativo necessario per l’attuazione dell’integrazione strutturale tra servizi sanitari e servizi sociali a livello territoriale. Questa organizzazione territoriale unitaria appare coerente con le riforme inserite nella Missione 5 e 6 del Pnrr.

Il sistema informativo e di monitoraggio

La proposta contiene l’avvio del sistema informativo per la non autosufficienza. Tale sistema mira a garantire il principio dell’equità, inteso come la possibilità per chiunque ne abbia bisogno, indistintamente, di accedere alle prestazioni e ai percorsi assistenziali, e il principio della trasparenza dell’azione pubblica, assicurando che tutti i compiti assolti dallo SNA siano improntati alla visibilità, alla conoscibilità e alla comprensibilità delle modalità operative e degli assetti strutturali. Si sviluppa secondo il principio della multidimensionalità, con l’obiettivo di monitorare la qualità erogata nei suoi vari aspetti, con riferimento anche alla centralità dell’assistito in

termini di soddisfazione e di esperienza. Valorizza e connette i sistemi oggi esistenti per le varie misure afferenti allo SNA.

Il sistema rappresenta il collettore dei dati rilevanti rispetto al bisogno dell'assistito e del processo assistenziale, del monitoraggio delle prestazioni e dei percorsi attivati, con elaborazione delle informazioni su copertura, qualità, efficienza ed efficacia dei servizi relativi. Il sistema informativo alimenta il nuovo sistema di monitoraggio della non autosufficienza, che elabora i dati raccolti traducendoli in evidenze utili per la programmazione, la rendicontazione (valutazione delle performance) ed il benchmarking, superando quindi l'attuale lacuna per cui i dati si riferiscono al grado di copertura dei servizi e raramente all'intensità, quasi mai all'appropriatezza.

La Griglia Fabbisogni Risposte

Uno strumento originale della proposta per il governo dello SNA è la "Griglia Fabbisogni Risposte", che concorre alla governance dello SNA. Per ogni contesto locale, la Griglia mette a confronto i diversi profili di fabbisogno assistenziale degli utenti (valutati attraverso la Valutazione Nazionale di Base) e gli interventi rispettivamente ricevuti (rendicontati grazie al monitoraggio). Tale comparazione mira a individuare le aree di miglioramento delle risposte delle Regioni, dei Distretti e degli Ambiti - per i diversi target di utenza - e a stabilire azioni a tal fine. La Griglia Fabbisogni Risposte è rappresentata da una tabella condivisa da tutte le Regioni grazie alla quale a ogni profilo di fabbisogno assistenziale sono associati gli interventi locali adeguati al suo soddisfacimento.

Il confronto operato tramite la Griglia Fabbisogni Risposte permette di evidenziare il posizionamento dell'offerta garantita da ogni regione/distretto/ambito, in analogia al ruolo che oggi in sanità riveste la Griglia Lea (Nuovo Sistema di Garanzia). Pertanto, si individua un set di indicatori, specifico per la non autosufficienza, per sintetizzare l'assistenza erogata congiuntamente dalla filiera sociosanitaria e da quella sociale di responsabilità del sistema centrale, di ogni Regione, dei territori. Nel caso di rilevanti scostamenti tra le prestazioni effettivamente erogate e quelle attese, ai territori vengono assegnati specifici obiettivi di miglioramento con l'intento di promuovere gradualmente la riqualificazione delle risposte, la riduzione dei divari territoriali e l'attivazione di sinergie tra i diversi livelli di Governo.

La definizione e il coordinamento dei livelli essenziali

Lo SNA definisce, coordina, programma e soddisfa contestualmente i Lea (sanitari) e i Lep (sociali, istituiti contestualmente alla riforma) riferiti alle persone anziane non autosufficienti. Regola gli obiettivi di servizio che danno attuazione ai Lea e ai Lep, e gli eventuali interventi ulteriori che amplino i livelli essenziali definiti. Assume responsabilità diretta per le prestazioni assistenziali di competenza dell'Inps.

Il coordinamento e l'integrazione tra Lea e Lep sono attuati attraverso due categorie di livelli essenziali: a) i livelli essenziali di erogazione, che definiscono le prestazioni, gli interventi, b) i livelli essenziali di processo, che definiscono i percorsi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi (orientamento e accesso, valutazione nazionale di base, unità di valutazione multidimensionale, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi raggiunti).

Per ogni categoria di Livelli Essenziali lo SNA definisce contenuti, livelli, standard, modalità che qualificano il singolo livello essenziale sia in ambito sanitario che in ambito sociale, secondo una costruzione multilivello statale, regionale, comunale. Il livello statale fissa la base comune a tutto il territorio nazionale; i livelli regionali e comunali possono rafforzare, incrementare o ampliare i livelli o gli standard secondo le proprie competenze e le proprie capacità organizzative e finanziarie.

Se i Livelli Essenziali definiscono contenuti che costituiscono diritti soggettivi, gli Obiettivi di Servizio definiscono obiettivi di convergenza da perseguire nel quadro delle compatibilità della finanza pubblica; sono utilizzati dallo SNA per guidare lo sviluppo complessivo del sistema secondo gradualità e tempistiche cadenzate e controllate. La definizione e l'attuazione dei Livelli essenziali e degli Obiettivi di Servizio sono responsabilità del nuovo sistema di programmazione e governance.

Modalità di finanziamento

In premessa va sottolineato che il confronto internazionale mostra l'insufficienza della spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti in Italia rispetto ai Paesi europei dotati di evolute politiche di welfare, in particolare nei servizi alla persona (domiciliari, semi-residenziali e residenziali). Eurostat riporta per il nostro Paese una spesa in servizi sanitari per long-term care pari a circa 270 euro, rispetto a un valore di 484 euro (UE a 27 Stati membri). È del

resto ben noto agli operatori che, a causa del limitato finanziamento pubblico, una rilevante quota dei costi rimane a carico delle famiglie e si configura come spesa “out of pocket” versata direttamente ai fornitori di assistenza, siano essi individuali (le assistenti familiari) o organizzati (i servizi, in particolare quelli residenziali). Ciò significa che, a parità di bisogno, la possibilità di ricevere sostegno risulta condizionata dalle disponibilità economiche familiari, che, se modeste - evento frequente –, può generare impoverimento per potersi procurare l'assistenza necessaria.

Il principio di base della proposta è che lo SNA si fondi sul finanziamento pubblico dei Lep e Lea in grado di rispondere alle condizioni e alle esigenze degli anziani in ogni setting assistenziale (domiciliare, semi-residenziale, residenziale). Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento pubbliche per la non autosufficienza (valori attuali: indennità di accompagnamento dell'Inps, 11 miliardi; spesa sociosanitaria delle Regioni, 8,3 miliardi; spesa dei Comuni singoli e associati, 1,8 miliardi). I criteri di finanziamento dello SNA sono ispirati a principi di equità nelle modalità di reperimento delle risorse, continuità nella loro disponibilità e adeguatezza rispetto al fabbisogno assistenziale della popolazione interessata.

In sintesi, finanziano lo SNA le risorse del sistema centrale di previdenza/assistenza; i trasferimenti dello Stato agli enti locali per la non autosufficienza; la spesa sociale per gli anziani non autosufficienti finanziata dagli Enti Territoriali con risorse proprie; la quota del Fondo Sanitario Nazionale che le Regioni dedicano agli interventi per gli anziani non autosufficienti; le risorse per programmi di settore finanziati dalla UE.

Attenzione: a risorse invariate risulta tuttavia impossibile costruire un nuovo sistema di garanzie di Lep e Lea per la non autosufficienza degli anziani a completo finanziamento pubblico. Pertanto, per assicurare il finanziamento strutturale dello SNA, nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance vengono individuate ulteriori misure a carico della finanza pubblica, così da garantire continuità – attraverso l'incremento delle risorse pubbliche per lo SNA, dedicate in primis al potenziamento dei servizi – ed adeguatezza - con risposte assistenziali coerenti rispetto al fabbisogno di settore. Il risultato finale è consentire la piena attuazione dei livelli essenziali.

Il potenziamento della spesa per lo SNA potrebbe generare risparmi sulla spesa per servizi oggi utilizzati in maniera inappropriata, in assenza di adeguati supporti alternativi (ad esempio, prolungamento dei ricoveri ospedalieri per incapacità di presa in carico domiciliare e ricorsi inappropriati al pronto soccorso), ma il recupero della spesa resta una variabile di difficile previsione a priori e, come tale, non può configurarsi come una fonte di finanziamento strutturale (come invece arditamente previsto nel Pnrr). Nella prospettiva di più lungo periodo, nello SNA è prevista la presenza di un secondo pilastro integrativo (v. oltre).

La partecipazione alla spesa di anziani e famiglie

Le proposte riguardano essenzialmente i presidi residenziali per anziani (e in un caso anche i centri semiresidenziali) perché è in questo setting che si registrano le criticità più significative, sia sul fronte della estrema variabilità territoriale delle rette, sia sul fronte della loro onerosità. È previsto un futuro correlato Decreto Legislativo che possa rendere i costi alberghieri compartecipati nell'assistenza residenziale sostanzialmente invariati al mutare dell'intensità assistenziale sanitaria, con il primario obiettivo di evitare forme di disuguaglianze nelle cure e/o impoverimento delle persone e famiglie.

Per quanto riguarda gli anziani al domicilio, lo SNA determina la riduzione delle spese attualmente a carico dei soggetti o dei familiari attraverso il potenziamento degli interventi domiciliari, lo sviluppo delle soluzioni abitative di servizio, l'introduzione della prestazione universale per la non autosufficienza e i nuovi interventi per le assistenti familiari. Il servizio domiciliare socio-assistenziale (SAD), quando viene erogato in integrazione con le cure domiciliari a supporto della dimissione protetta, è previsto gratuito. La durata del regime di dimissione protetta al domicilio viene stabilito dalla Unità di Valutazione Multidimensionale.

In caso di accoglienza di anziani con demenza nei presidi residenziali e semiresidenziali, i costi di gestione sono posti a carico a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera (in analogia con l'art. 34 del Dpcm 12 gennaio 2017).

Il secondo pilastro integrativo

Nella proposta sono costituiti i Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza, con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico

dei livelli essenziali. Adottano logiche mutualistiche e solidaristiche e possono offrire servizi e/o rendite. Si prevede l'attivazione della copertura e dei costi in età attiva, in maniera continuativa, su base collettiva e ancorata alla contrattazione, e un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva, con accantonamento di capitali.

La proposta non si configura quindi come una copertura assicurativa individuale, ma di natura collettiva, tramite la costituzione di un fondo alimentato dai contributi versati dai soggetti coinvolti, che verrà restituito sotto forma di rendita e/o sotto forma di servizi dal momento dell'accertamento dello stato di non autosufficienza. L'assenza di fini lucrativi e la natura solidaristica, di discriminazione delle persone assistite e la garanzia di assistenza a vita, la partecipazione democratica dei soggetti coinvolti e la trasparenza sono elementi di grande rilevanza. Al fine di sostenere la nascita e il consolidamento del Secondo Pilastro, e di evitare le forme di "azzardo morale", si prevede una riorganizzazione degli incentivi fiscali esistenti. Tale impostazione tende ad evitare di gravare in maniera eccessiva sul costo del lavoro (la proposta, infatti, intende ridurre il carico fiscale a carico del contribuente al momento della dichiarazione dei redditi Irpef), valorizzando al contempo l'esito della contrattazione tra le parti, e si pone l'obiettivo di favorire la mobilitazione del risparmio privato.

Viene favorita infine l'attivazione di forme di copertura di carattere collettivo anche per i lavoratori autonomi e per le altre forme di lavoro non ricomprese nei Ccnl.

Concludiamo queste tre sintesi della proposta di riforma, inevitabilmente non esaustive, con l'invito a leggere per intero il [documento originale](#), frutto del lavoro di decine di persone, meritevole di grande attenzione sia nella prima parte sui principi che la animano, sia nella seconda sulle motivazioni che li sottendono.

Paolo Da Col, Antonino Trimarchi, Gennaro Volpe
CARD Confederazione Associazioni Regionali di Distretti

Vedi le precedenti puntate ([15 marzo](#), [17 marzo](#))