

COSTRUIRE IL FUTURO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

Una Proposta Aperta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

27 gennaio 2021

Il documento è stato scritto da Cristiano Gori (coordinatore),
Antonio Guaita, Maurizio Motta, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi.
Rosemarie Tidoli ha collaborato alla redazione del testo.

INDICE

SINTESI	3
PREMESSA. TRE MOTIVI PER UNA PROPOSTA.....	5
PRIMA PARTE. IL PROGETTO COMPLESSIVO E LA SUA LOGICA	7
1. Introduzione	7
2. I problemi dell'assistenza agli anziani in non autosufficienti Italia.....	7
3. Cosa può fare il PNRR per migliorare la situazione	10
4. Le ragioni della proposta	14
5. Cosa può fare il PNRR per peggiorare la situazione.....	21
6. Conclusioni	21
SECONDA PARTE. LE SINGOLE LINEE DI INTERVENTO	22
SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA CONOSCENZA.....	22
SISTEMA DI GOVERNANCE ISTITUZIONALE	25
ACCESSO UNICO ALLA RETE DEGLI INTERVENTI	28
RIFORMA DEI SERVIZI DOMICILIARI	31
RIQUALIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI	35
APPENDICE.....	38
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	40

Il **Network Non Autosufficienza (NNA)** è nato nel 2009 per stimolare la riflessione sui servizi e le politiche per gli anziani non autosufficienti, allo scopo di migliorare gli interventi effettivamente realizzati.

Nell'ottica di produrre conoscenze utili all'operatività, NNA pubblica dal 2009 il Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, il primo ad essere stato realizzato nel nostro Paese, giunto recentemente alla settima edizione. Pubblica, inoltre, la rivista più letta del settore: "I luoghi della cura" (www.luoghicura.it).

Il Network Non Autosufficienza (NNA) propone *l'introduzione di una sezione dedicata all'assistenza agli anziani non autosufficienti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*. La proposta risponde alla domanda che manca nel Piano: “quale progetto potrebbe essere utile per gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie?”. A tal fine si definisce un quadro progettuale unitario e si collocano al suo interno le azioni già stabilite dal PNRR, modificandole e integrandole con altre.

I contenuti della proposta

- *Un investimento straordinario nei servizi domiciliari per accompagnarne la riforma complessiva.* È prioritario puntare sulla domiciliarità e – a tal fine – l'ampliamento dell'offerta deve andare di pari passo con il miglioramento degli interventi, lungo tre direttrici. Primo, *semplificazione*: unificazione dei passaggi da svolgere per accedere alle misure pubbliche, superando l'attuale frammentazione tra enti, sedi e percorsi differenti, e collocazione in un sistema unico delle prestazioni oggi fornite separatamente da Asl, Comuni e Inps. Secondo, *articolazione delle risposte*: erogazione non solo degli interventi di natura medico-infermieristica, ma anche di quelli – oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza impedisce all'anziano di compiere. Terzo, *sostegno alle famiglie*: presenza di operatori che rappresentino per loro un punto di riferimento certo nel tempo, e interventi di affiancamento e sostegno dedicati a *caregiver* familiari e badanti.
- *Un piano nazionale di riqualificazione delle strutture residenziali*, per assicurarne il necessario ammodernamento. È un'esigenza nota da tempo e confermata, con tutta evidenza, dalle vicende della pandemia. Tale azione consentirebbe di migliorare la qualità della vita degli anziani residenti.
- *Azioni trasversali per favorire la progettazione e la realizzazione d'interventi adeguati.* Si prevede l'introduzione di un'attività di monitoraggio dedicata al settore, oggi inesistente, e la riforma della governance, per superare l'attuale frammentazione delle filiere istituzionali interessate e collocarle in un sistema unitario.

Le ragioni

- La proposta permetterebbe di *cogliere l'occasione offerta dal PNRR per avviare quel percorso di riforma del settore atteso dalla fine degli anni '90*, che la pericolosa combinazione tra le criticità esistenti e l'invecchiamento della popolazione suggerisce di non rimandare oltre.

- L'elemento riformatore ne costituisce, infatti, l'asse portante. La proposta è così *coerente con la richiesta della Commissione Europea di rafforzare il PNRR sul lato delle riforme*, mentre la versione attuale è ritenuta troppo focalizzata sui soli investimenti *una tantum*.
- I contenuti della proposta non sono originali: si tratta di *un nucleo di azioni sulla cui necessità esiste ampia condivisione nel mondo della non autosufficienza*, nella ricerca così come nella pratica.
- Sarebbe paradossale che *un Piano nato per rispondere alla tragedia della pandemia dimenticasse proprio coloro i quali ne sono stati le principali vittime*, cioè gli anziani non autosufficienti.

Da domani

È un documento aperto a idee che lo migliorino, lo correggano e lo sviluppino. L'auspicio è che possa concorrere – nelle prossime settimane – ad *avviare un vasto confronto pubblico* sul contributo che il PNRR può fornire alla costruzione del futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

PREMESSA. TRE MOTIVI PER UNA PROPOSTA

Il documento espone la proposta aperta del Network Non Autosufficienza (NNA) per l'introduzione di una sezione (nel linguaggio del Piano, componente) dedicata all'assistenza agli anziani non autosufficienti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tre ragioni di fondo ci hanno spinto ad avanzarla.

Disegnare un progetto per gli anziani non autosufficienti

Nell'attuale versione del PNRRⁱ manca un progetto per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Gli interventi in materia previsti, infatti, sono disseminati tra diverse filiere istituzionali (sociale e sanità) e ricondotti a una pluralità di obiettivi eterogenei, senza mai affrontare la domanda chiave: "quale progetto potrebbe essere utile per gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie?". Le evidenti difficoltà delle politiche di welfare rivolte a questo target e il trend di continuo aumento della popolazione interessata suggeriscono, invece, di porsela.

È ciò che prova a fare la proposta di NNA. Il documento, pertanto, definisce un quadro progettuale unitario rivolto a queste persone e colloca al suo interno le azioni già stabilite, modificandole e integrandole con altre. Il primo motivo che ci ha fatto decidere di formularlo è, dunque, *la convinzione che un Piano che ambisce a disegnare il futuro del nostro Paese non possa prescindere da un progetto dedicato all'assistenza degli anziani non autosufficienti.*

Cogliere le effettive opportunità offerte dal PNRR

La proposta non parte dagli stanziamenti da riservare alla non autosufficienza. È evidente la necessità di un robusto incremento della spesa pubblica corrente destinata ai servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali per gli anziani: non si tratta, tuttavia, di un obiettivo perseguibile attraverso il PNRR. Tale vincolo non deve, però, indurre a sottovalutare i miglioramenti ottenibili attraverso le due leve a disposizione del Piano, cioè le riforme e gli investimenti una tantum.

La proposta parte dai problemi dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, diversi dei quali potrebbero essere affrontati attraverso un mix ben calibrato di riforme e investimenti una tantum. Tali leve, infatti, permetterebbero di agire sulle profonde criticità riguardanti l'incerta missione del settore, il suo assetto istituzionale, la dimensione organizzativa e la dotazione infrastrutturale. Con questa proposta ci auguriamo, dunque (ed eccoci alla seconda ragione), *di poter valorizzare le effettive opportunità offerte dal PNRR per migliorare la configurazione degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese.*

Dar vita a un ampio confronto

Il PNRR dovrebbe valorizzare il patrimonio di esperienze e di competenze esistente tra i tanti soggetti coinvolti, con vari ruoli, nella complessa tematica della non autosufficienza. Il nostro documento rappresenta il contributo di una sola tra le numerose voci che hanno qualcosa da dire in materia. La presentiamo, dunque, come una proposta aperta a idee di miglioramento, correzioni e ipotesi di sviluppo. Peraltro, abbiamo deciso di elaborarla “all’ultimo minuto”, dopo aver verificato che il PNRR non vede la realtà degli anziani non autosufficienti.

Noi speriamo che questa proposta aperta diventi il punto di partenza per una discussione costruttiva che coinvolga il mondo della non autosufficienza. Il terzo motivo che ci ha convinti a scriverla, infatti, è *il desiderio che, nelle prossime settimane, si apra un ampio confronto pubblico, nel corso del quale chi ha una risposta alla domanda “quale progetto potrebbe essere utile agli anziani non autosufficienti, e i loro familiari, nel PNRR?” la metta a disposizione delle istituzioni responsabili della sua stesura definitiva.*

1. Introduzione

Il testo si divide in due parti. La prima illustra il complessivo progetto preparato da NNA per l'introduzione di una componente dedicata all'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia nel PNRR, ed espone la logica che ne è alla base. La seconda parte, invece, approfondisce le cinque linee d'intervento che compongono la proposta.

Il percorso dei prossimi paragrafi si snoda nel modo seguente. Si comincia delineando i problemi dell'assistenza agli anziani in Italia (par. 2) e poi si illustra cosa potrebbe fare il PNRR per contribuirli a superarli, presentando la proposta nel suo insieme (par 3). Il passo ulteriore consiste nell'elencare le ragioni che sostengono un simile progetto (par. 4). A questo punto, però, pare necessario mettere in luce in che modo il PNRR, se male utilizzato, potrebbe aggravare i problemi segnalati all'inizio (par. 5). Il paragrafo conclusivo collega la prima parte alla successiva (par. 6).

2. I problemi dell'assistenza agli anziani in non autosufficienti Italia

Le criticità che attraversano il sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti a titolarità pubblica in Italia possono essere ricondotte a tre questioni di fondo, qui sintetizzate.

La frammentazione delle risposte

Gli anzianiⁱⁱ non autosufficienti sono persone con disabilità di natura fisica (motoria) e/o mentale (cognitiva), che ne determinano la dipendenza permanente da terzi nello svolgimento di una o più attività, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana. L'assistenza continuativa (*long-term care*) consiste nell'insieme di servizi alla persona – domiciliari, semi-residenziali e residenziali – e di trasferimenti monetari forniti, per l'appunto, con continuità per rispondere a tale condizione di dipendenza permanente.

Secondo la definizione utilizzata abitualmente dagli esperti, impiegata anche dalla Commissione Europeaⁱⁱⁱ, le politiche pubbliche di assistenza continuativa in Italia sono composte da servizi e interventi sociosanitari appartenenti alla filiera della sanità (Regioni, Asl), da servizi e interventi sociali afferenti alla filiera delle politiche sociali (Comuni) e da una prestazione monetaria nazionale, l'indennità di accompagnamento (Stato) (cfr. appendice, box 1)^{iv}.

L'origine di una simile frammentazione è di natura storica. Queste politiche iniziarono a essere delineate negli anni '80, quando il numero di anziani interessati cominciò a essere

significativo, mentre la configurazione del moderno welfare pubblico era già stata definita tra la fine della Seconda guerra mondiale e gli anni '70. Poiché, in precedenza, la non autosufficienza non rappresentava una questione di rilievo, il sistema di welfare fu edificato senza prevedere un settore dedicato, a differenza di quanto accadde – ad esempio – per ospedali e pensioni. I nuovi interventi via via attivati a partire da allora, dunque, furono progressivamente inseriti nell'ambito delle filiere istituzionali esistenti.

Nei decenni successivi, lo Stato non ha mai agito per ricomporre la frammentazione istituzionale e neppure è intervenuto incisivamente per ridurre quella, che ne discende, nell'erogazione delle misure nei territori. Nel frattempo si è assistito a una stratificazione graduale d'interventi con logiche di azione e criteri di accesso differenziati. Alcune Regioni hanno cercato di ovviare a questa disorganicità sistemica rafforzando il coordinamento tra i propri servizi a livello locale, con risultati alterni. Considerando il Paese nel suo insieme, l'offerta degli interventi pubblici di assistenza continuativa resta – in netta prevalenza – assai frammentata.

Le conseguenze sono note. Primo, poiché gli interventi vengono erogati da diversi soggetti, non coordinati tra loro, con logiche d'intervento e criteri di accesso differenti, *è impossibile fornire ai singoli anziani pacchetti unitari di risposte coerenti*. Secondo, se non è l'attore pubblico a farlo, *l'onere di cercare di ricomporre questi interventi in un quadro unitario ricade sulle famiglie*^v.

L'incerta missione delle politiche pubbliche

L'assistenza agli anziani non autosufficienti richiede d'intervenire seguendo uno specifico paradigma, cioè un modello d'intervento, condiviso dalla comunità scientifica internazionale^{vi}. È 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 suo contesto di vita e di relazioni. La natura stessa della non autosufficienza, uno stato che coinvolge l'intera esistenza della persona, richiede di ricorrere all'approccio multidimensionale, che comporta spesso di progettare le risposte combinando molteplici interventi.

In teoria, dunque, la missione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti sarebbe chiara. Tuttavia, la sua traduzione nelle politiche pubbliche del nostro Paese risulta sovente incerta, come mostrano due fenomeni ricorrenti. *Uno consiste nell'incertezza a riconoscere la specificità della non autosufficienza, che si verifica quando le politiche prevedono modelli d'intervento confacenti solo in parte a questa condizione. L'altro consiste nell'incertezza su come affrontare le trasformazioni della non autosufficienza, realtà in costante evoluzione nel tempo: la si rintraccia quando le politiche non adattano i modelli d'intervento di conseguenza*^{vii}.

Per quanto riguarda il primo fenomeno, un esempio rilevante riguarda il più diffuso servizio domiciliare, l'assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl. In prevalenza, infatti, l'Adi non segue il paradigma del *care* multidimensionale, bensì quello del *cure* clinico-sanitario: erogazione di prestazioni per rispondere a singole patologie^{viii}. La logica del *care* si articola nel riconoscimento di una fragilità complessiva, che sfocia in un'azione multidimensionale e nel miglior accompagnamento possibile durante il naturale peggioramento progressivo delle condizioni; quella fatta propria dal *cure*, al contrario, consiste nell'identificazione di una specifica patologia e nella conseguente erogazione di una prestazione mirata a risolverla. Parole inglesi con traduzioni italiane quasi identiche, la cura (*care*) e le cure (*cure*), dunque, identificano paradigmi ben diversi.

Venendo al secondo fenomeno, il più illuminante esempio d'incertezza nel modificare i modelli d'intervento a seguito delle trasformazioni della non autosufficienza è rappresentato dalle difficoltà – tuttora presenti in vari contesti, benchè non si tratti più di una novità^{ix} – a tenere in adeguata considerazione la, sempre più diffusa, componente della disabilità di natura cognitiva (demenze), al fianco di quella di natura fisica (motoria)^x. D'altra parte, passare da una non autosufficienza “immobile” a una “mobile”, accompagnata da disturbi comportamentali imprevedibili, richiede un netto mutamento dei paradigmi in uso. Gli esempi, in questo come nel caso precedente, potrebbero continuare.

La conseguenza dell'incerta missione delle politiche pubbliche per la non autosufficienza è, pur con modalità e intensità variabili, sempre la stessa: fornire risposte solo in misura parziale appropriate alle condizioni e alle esigenze degli anziani^{xi}.

Il ridotto finanziamento dei servizi

Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi alla persona sono nettamente inadeguati a rispondere alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Questa criticità ne tocca tutte le principali tipologie, domiciliari, semi-residenziali e residenziali, seppur in misura differente. Il problema è ben noto a chiunque sia stato coinvolto, in vario modo, nella condizione di non autosufficienza ed è evidenziato da un'ampia mole di studi. Anche i dati comparativi non lasciano spazio a dubbi. Ad esempio, la percentuale di persone 65+ che usufruiscono dei servizi domiciliari è il 3,6% nel nostro Paese, il 7,1% in Spagna il 9,4% in Francia e il 9,5% in Germania. I posti letto in strutture residenziali per la medesima popolazione sono 1,9% in Italia, 4,4% in Spagna, 5,0% in Francia e 5,4% in Germania (cfr. appendice, tabelle 1 e 2).

La diffusione dei servizi è assai eterogenea tra le Regioni italiane e nel meridione la loro presenza risulta inferiore rispetto al resto del Paese; un notevole grado di differenziazione, inoltre, si registra anche all'interno del Centro-Nord. In ogni modo, la limitata spesa dedicata ai servizi costituisce un problema significativo anche per le Regioni che, rispetto alle altre, ne sono più fornite. Guardando all'Italia nel suo insieme, il sotto-finanziamento va a braccetto

con l'assenza di livelli essenziali, cioè di regole certe – definite dallo Stato – circa la dotazione di servizi nei territori e l'effettivo diritto delle persone non autosufficienti a riceverli.

La situazione descritta presenta alcune conseguenze prevalenti. Una riguarda gli anziani che vivono a casa e ricevono servizi domiciliari in misura troppo ridotta o, più frequentemente, non ne fruiscono del tutto^{xii}. Venendo alle residenze, si pensi alla generalizzata difficoltà a trovarvi un posto e alle lunghe liste d'attesa, così come alla necessità per molte di un miglioramento della dotazione infrastrutturale (l'ultimo piano nazionale per ammodernarle risale al 1994)^{xiii}.

Il quadro tratteggiato sin qui riflette l'Italia di oggi. Tuttavia, *in assenza di una netta inversione di rotta, la situazione è destinata a peggiorare ulteriormente nei prossimi anni*. Infatti, il trend di crescita della popolazione interessata, in atto già da tempo, è ben lontano dalla conclusione. Si considerino le persone con almeno 80 anni, tra le quali si concentrano in maggioranza i non autosufficienti. Fatto uguale a 100 il loro numero nel 2000, nel 2010 sono saliti a 152,9 giungendo oggi a 198,1 (2020). Già nel 2030 diventeranno 234,1, per poi aumentare ulteriormente sino a 274,2 nel 2040 e a 353,9 nel 2050 (cfr. appendice, tabella 3).

3. Cosa può fare il PNRR per migliorare la situazione

Al fine di affrontare le criticità menzionate, NNA propone di introdurre nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza una componente dedicata all'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia. Questa si articola in cinque linee d'intervento, sintetizzate di seguito e presentate in modo più approfondito nella seconda parte del documento.

Linea d'intervento “Sistema di governance della conoscenza”

S'intende raccogliere, elaborare e diffondere un insieme di conoscenze – coerente e metodologicamente rigoroso - in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, che risulti uno strumento utile all'azione dei diversi soggetti coinvolti. Il punto di partenza è il riconoscimento della specificità del settore e, pertanto, della necessità di costruire un sistema di sapere dedicato. Un sistema che oggi manca.

Prima di raccogliere nuove informazioni – e per farlo al meglio – si vuole valorizzare il patrimonio di conoscenza già posseduto. Ciò significa, a livello macro, connettere in un unico quadro i dati sull'assistenza ai non autosufficienti prodotti autonomamente dai diversi sistemi informativi nazionali. A livello micro, invece, si tratta di riunire e far conoscere un insieme significativo di resoconti delle eterogenee esperienze locali di welfare esistenti nel Paese.

Tre sono, invece, i nuovi strumenti di conoscenza introdotti. Primo, un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti (per governare le politiche). Secondo, un programma nazionale di formazione per gli operatori coinvolti (per

l'attività dei servizi). Terzo, la predisposizione di una piattaforma contenente le principali informazioni su tutti gli interventi pubblici a disposizione degli anziani non autosufficienti (per l'accesso a servizi e interventi).

(Natura dell'intervento: riforma; Costi: 0,03 Mld)

Linea d'intervento “Sistema di governance istituzionale”

Si stabilisce la costruzione di un sistema multilivello di governance che ricomponga l'insieme di servizi e interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti a diverse filiere istituzionali – in un complesso unitario e coordinato di attività e processi. A tal fine, vengono messe in relazione permanente le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari.

Per ciascun livello di governo viene attivato un nuovo organismo, la “Rete per l'assistenza integrata alle persone non autosufficienti”: se ne prevede una nazionale, una in tutte le Regioni e una in ogni ambito territoriale/distretto sanitario. Ciascuna Rete è composta da rappresentanti dei diversi soggetti pubblici con responsabilità nelle politiche realizzate dal livello di governo interessato. Ogni Rete consulta periodicamente le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore.

La singola Rete elabora un Piano triennale d'intervento, che comprende l'insieme delle misure di titolarità pubblica per il suo territorio di competenza. La Rete ne verifica annualmente l'andamento, utilizzando il nuovo sistema nazionale di monitoraggio, integrato come opportuno con informazioni ulteriori (di fonte regionale o locale).

(Natura dell'intervento: riforma; Costi: 0).

Linea d'intervento “Accesso unico alla rete degli interventi”

L'intento è quello di unificare i passaggi che anziani e famiglie debbono compiere per accedere alla rete degli interventi pubblici, con riferimento al primo contatto e alla valutazione iniziale della condizione di non autosufficienza. Si punta così a ricomporre unitariamente l'attuale frammentazione tra enti, sedi e percorsi differenti.

Vengono previsti i Punti unici di accesso al sistema di welfare per gli anziani non autosufficienti, che garantiscono informazioni sull'intera gamma di misure disponibili. Ricevono inoltre le domande, orientano famiglie e anziani nella rete degli interventi e accompagnano alla valutazione e all'erogazione delle prestazioni. Attualmente, nella gran parte del Paese sono già presenti Punti Unici che, però, in genere svolgono solo parzialmente le funzioni indicate. Si tratta, dunque, di promuoverne lo sviluppo nella direzione delineata.

Vengono unificate in un unico momento e in un'unica commissione le odierne diverse valutazioni per l'accesso dei non autosufficienti alle misure del welfare pubblico: quelle delle unità valutative multidimensionali per fruire dei servizi e degli interventi del welfare locale, e quelle per richiedere l'indennità di accompagnamento, la certificazione di handicap e le altre

prestazioni e agevolazioni INPS (di responsabilità statale). Viene pertanto istituita la Commissione unica per la valutazione della non autosufficienza.

(Natura dell'intervento: riforma e investimento; Costi: 0,257 Mld)

Linea d'intervento "Riforma dei servizi domiciliari"

Questa linea si riferisce a un investimento nei servizi domiciliari in Italia finalizzato ad accompagnarne la riforma complessiva. Le criticità della domiciliarità toccano sia la scarsità dell'offerta che il modello d'intervento prevalente: pertanto, investire maggiori risorse mantenendolo invariato servirebbe solo a riprodurre i problemi attuali su scala maggiore.

La riforma intende rifarsi al paradigma del *care* multidimensionale, che – come anticipato – pur essendo tipico della non autosufficienza, nei servizi domiciliari oggi risulta minoritario. Ciò significa prevedere risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, i suoi molteplici fattori di fragilità, il suo contesto di vita e di relazioni. Le diverse azioni previste discendono da questo cambio di paradigma perché intendono unificare le risposte (come richiede uno sguardo complessivo) e ampliare la gamma d'interventi (come richiede la multidimensionalità).

Di conseguenza, le prestazioni oggi fornite separatamente da Asl, Comuni e Inps sono da ricomporre all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire a ogni persona coinvolta una risposta unica e coerente. Si prevedono, inoltre, sia gli interventi di natura medico-infermieristica sia quelli per il sostegno all'anziano nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana che la non autosufficienza impedisce di compiere da soli (questi ultimi oggi marginali).

Assumere la prospettiva qui indicata significa progettare gli interventi puntando lo sguardo tanto sugli anziani non autosufficienti quanto sulla loro rete di relazioni. Pertanto, i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – vengono considerati essi stessi utenti dei servizi domiciliari, prevedendo azioni per affiancarli e sostenerli. Inoltre, è prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto rivolti alle assistenti familiari.

Una particolare attenzione, infine, viene dedicata a elaborare risposte che tengano debitamente in conto la non autosufficienza legata a disabilità di natura cognitiva (demenze), ormai sempre più diffusa ma non adeguatamente riconosciuta.

L'investimento prospettato permette di portare gradualmente la copertura dei servizi domiciliari dall'attuale 3,7% al 6% della popolazione 65+ (nel 2026). Coerentemente con il nuovo approccio impiegato, rispetto a oggi si prevede d'incrementare anche il numero d'interventi per caso, cioè l'intensità (come richiede la multidimensionalità della non autosufficienza), e la durata della presa in carico (dato il protrarsi nel tempo di questa condizione). Attualmente, infatti, i servizi domiciliari si caratterizzano per copertura, intensità

e durata tutte troppo basse, fornendo a pochi anziani risposte assai contenute per periodi eccessivamente brevi.

(Natura dell'intervento: riforma e investimento; Costi: 5 Mld^{xiv}).

Linea d'intervento "Riqualficazione delle strutture residenziali"

Si tratta di un piano nazionale per la riqualficazione delle strutture residenziali, mirato ad assicurarne il necessario ammodernamento e a rafforzarne la dotazione infrastrutturale, così da migliorare la qualità di vita degli anziani residenti e l'efficacia dell'intervento assistenziale.

I finanziamenti vengono assegnati – attraverso bandi regionali – a strutture che presentino progetti di ammodernamento cantierabili che realizzino almeno uno dei seguenti obiettivi: a) garantire a ogni anziano uno spazio di vita personale tale da consentire dignità e privacy (stanze singole); b) favorire le relazioni con i familiari (stanze per i familiari e strumenti di comunicazione, audio e video, con l'esterno); c) conciliare sicurezza e libertà di movimento (sistemi di videosorveglianza esterna e sistemi interni di segnalazione dei movimenti, di gestione semplici e amichevole); d) potenziare gli strumenti a supporto dell'attività clinico-assistenziale; e) adeguare le dimensioni delle residenze (in particolare, allo scopo di evitare quelle troppo grandi); f) ampliare le relazioni con il territorio (spazi e servizi dedicati a tal fine). Nella ripartizione dei finanziamenti, si privilegiano gli interventi co-finanziati dai proponenti, anche in relazione al livello del co-finanziamento.

(Natura dell'intervento: investimento; Costi: 1,75 Mld).

Tabella 1 - La proposta di componente "Assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti" per il PNRR

Linea d'intervento	Natura	Costi (Mld. di Euro)
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Riforma	0,03
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Riforma	0
<i>Accesso unico alla rete degli interventi</i>	Investimento e Riforma	0,257
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Investimento e Riforma	5
<i>Riqualficazione delle strutture residenziali</i>	Investimento	1,75
<i>Totale</i>		7,037

Prima di concludere il paragrafo, alla sintesi delle linee d'intervento bisogna affiancare un aspetto di metodo che le accomuna e riguarda il rapporto tra lo Stato e gli Enti Locali. Gli interventi vengono proposti dal livello centrale mentre la loro realizzazione vedrebbe in prima

linea Regioni e Comuni. Non esistono dubbi sulla necessità di un maggior ruolo dello Stato (sinora assai ridotto) in questa politica pubblica, tanto per promuoverne lo sviluppo quanto per ridurre le differenze territoriali. L'assunzione di maggiori responsabilità statali – non a caso – rappresenta un tratto condiviso dalle riforme già condotte in altri Paesi del Centro-Sud Europa, riprese oltre. D'altra parte, bisogna ricordare sia le competenze di Regioni e Comuni sia il fatto che – nei territori – esistono già sistemi locali di welfare dedicati alla non autosufficienza, assai eterogenei tra loro. Si tratta, dunque, di trovare il delicato punto di equilibrio tra un maggiore ruolo dello stato e la valorizzazione delle autonomie locali.

Due sono le implicazioni di quanto affermato sin qui. *Una è che, nell'auspicato dibattito su una sezione del PNRR per la non autosufficienza, la voce dei Comuni e delle Regioni dovrebbe essere ascoltata con particolare attenzione. L'altra è che – nel disegnare gli specifici interventi – si dovrebbe porre grande cura nel non chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali che già realizzino (in tutto o in parte) le indicazioni previste.* Come noto, infatti, solo valorizzando quanto di buono già viene fatto (poco o tanto che sia) è possibile attuare politiche di sviluppo del welfare locale che abbiano successo.

4. Le ragioni della proposta

Dopo aver illustrato le linee d'intervento che compongono la proposta, si vogliono qui esporre le ragioni che la sostengono.

Primo, avvia il necessario percorso riformatore

La duplice denominazione del Piano indica la volontà di farne uno strumento tanto di “Ripresa” dalla pandemia quanto di “Resilienza”, che permetta cioè agli Stati europei di “preparare il futuro, di governare le trasformazioni senza subirle”^{xv}. Si tratta, dunque, di “un'occasione irripetibile per il nostro Paese”, sia “per rilanciare gli investimenti” sia “per attuare importanti riforme”^{xvi}.

Una riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è attesa in Italia dalla fine degli anni '90, quando si cominciò a discuterne in sede tecnica^{xvii} e in sede politica, sinora senza esito^{xviii}. Intanto, negli ultimi tre decenni, riforme nazionali di ampia portata sono state introdotte in numerosi altri paesi del Centro-Sud Europa, dalla Francia alla Spagna, dall'Austria alla Germania (cfr. appendice, tabella 4). Ovunque, il fine ultimo è consistito nel trovare un ruolo compiuto a un settore cresciuto in precedenza in modo incrementale e confuso, nell'ambito di un sistema di welfare impiantato ben prima della sua esistenza. Tale finalità generale è stata declinata su due versanti. Da una parte, i contenuti: la definizione precisa della missione degli interventi coinvolti, il miglioramento della configurazione istituzionale e il rafforzamento sul piano organizzativo. Dall'altra, le risorse: un robusto incremento della spesa dedicata. Mentre l'attuazione delle riforme ha avuto esiti variabili, in

base allo specifico disegno e ai diversi contesti nazionali, la direzione imboccata è stata sempre la stessa^{xix}.

Il PNRR non consente di mettere in atto il significativo incremento di spesa corrente dedicata che, anche in Italia, dovrebbe rappresentare un tratto fondante della riforma. Tuttavia, sarebbe fatale sottovalutare gli altri miglioramenti che, attraverso il Piano, si possono ottenere riguardo l'incerta missione del settore, l'assetto istituzionale, la dimensione organizzativa e la dotazione infrastrutturale. *Il PNRR, in altre parole, permetterebbe di avviare quel percorso di riforma del settore, auspicato da decenni, che la pericolosa combinazione tra le criticità esistenti e l'invecchiamento della popolazione suggerisce di non rimandare oltre.*

Peraltro, la mancanza di una riforma dedicata è divenuta, ormai, un'esclusiva della non autosufficienza. Nel primo decennio degli anni duemila, infatti, gli esperti concordavano nell'identificare alcuni ambiti del welfare italiano in ritardo e sino ad allora trascurati, da rafforzare attraverso riforme nazionali: le politiche rivolte a disoccupati, poveri, famiglie con figli e anziani non autosufficienti. In seguito, in effetti, sono state realizzate riforme per incrementare le tutele in caso di disoccupazione (Aspi nel 2012, Naspi nel 2015 e Iscro prevista quest'anno), per dotarsi di misure di contrasto della povertà (Rei nel 2017 e Reddito di Cittadinanza nel 2019) e per migliorare il sostegno economico alle famiglie con figli (l'assegno unico in vigore dal prossimo luglio). Lo sforzo riformatore, però, non ha toccato la non autosufficienza (cfr. appendice, tabella 5)

Secondo, si ricorda l'origine del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza discende dalla decisione della Commissione Europea di mettere a disposizione degli Stati membri uno strumento potente per “fronteggiare l'impatto economico e sociale della crisi pandemica”^{xx}. I dati su età e profili di fragilità delle persone decedute con il Covid-19 indicano che i più colpiti sono gli anziani non autosufficienti^{xxi}. *Sarebbe paradossale che un Piano nato in risposta a una tragedia dimenticasse proprio coloro i quali ne sono stati le principali vittime.*

Terzo, affronta i problemi di fondo del sistema

Nell'elaborare la proposta, *siamo partiti chiedendoci quali siano i problemi di fondo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (cfr. par. 2). Il passo successivo è consistito nel porci la domanda che non abbiamo trovato nell'attuale versione del documento: “in che modo il PNRR potrebbe contribuire a superarli?”.* La nostra risposta a tale, ulteriore, interrogativo è rappresentata dalle cinque linee d'intervento previste.

Pur costituendo solo una parte dei cambiamenti necessari al settore, esse formano un insieme coerente di azioni in grado di migliorarlo sostanzialmente. Per illustrarlo, vediamo ora in che modo il nostro progetto permette di affrontare ognuno dei tre nodi del sistema individuati in precedenza: frammentazione delle risposte, incertezza della missione e ridotto finanziamento

dei servizi. Si tratta di un passaggio chiave nella logica di questo testo, che ha alle spalle un ragionamento articolato; qui interessa trasmetterne il “cuore”, esposto nelle tabelle presentate di seguito.

Cominciando dalla frammentazione, la tabella 2 mostra come la proposta sia congegnata in modo da intervenire su diversi piani: la produzione di conoscenza per l’operatività, le relazioni tra le istituzioni, i percorsi per accedere alle misure e l’offerta di assistenza domiciliare. Le tematiche sono differenti ma il passo che s’intende compiere è sempre il medesimo: ricondurre a un quadro unitario una molteplicità di azioni, oggi svolte da vari soggetti non coordinati tra loro. Si tratti, ad esempio, di connettere i flussi informativi dispersi tra numerosi rivoli, di superare la molteplicità di punti di accesso o di coordinare i diversi interventi forniti nel territorio^{xxii}, la direzione è la stessa.

Tabella 2 – Contributi della proposta al superamento della frammentazione

Linea d’intervento	Contributo
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Creazione di un sistema di sapere per l’operatività che consideri congiuntamente l’insieme degli interventi per i non autosufficienti
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Ricomposizione in un assetto di governance unitario delle diverse filiere istituzionali coinvolte nella non autosufficienza
<i>Accesso unico alla rete degli interventi</i>	Superamento dell’attuale frammentazione di enti, sedi e percorsi per unificare i molteplici passaggi da compiere per accedere alla rete del welfare
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Ricomposizione in un sistema organico di assistenza domiciliare degli interventi oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps

L’incerta missione delle politiche pubbliche - cioè la difficoltà a riconoscere la specificità della non autosufficienza nel definire i modelli d’intervento - a sua volta, viene affrontata rifacendosi alle medesime dimensioni toccate sopra: produzione di conoscenza, relazioni interistituzionali, accesso e servizi domiciliari (cfr. tabella 3).

La proposta prevede la trasformazione del modello d’intervento dei servizi domiciliari, da modificare in modo che il loro agire sia guidato dal paradigma proprio della non autosufficienza, cioè quello del *care* multidimensionale. L’accesso unico alla rete rappresenta una condizione necessaria per compiere tale svolta: non è infatti possibile prevedere l’unificazione delle risposte (conseguente allo sguardo complessivo sulla situazione dell’anziano richiesto dall’approccio indicato) mantenendo canali di accesso separati ai singoli interventi.

La proposta, inoltre, contempla due strumenti di governo del sistema che rendano possibile rafforzare la progettazione delle politiche pubbliche nella direzione individuata. Infatti,

l'assenza di un apparato dedicato di conoscenza per l'operatività (si pensi al monitoraggio^{xxiii}) e di un assetto di governance unitario hanno storicamente ostacolato l'ideazione di politiche in grado sia di cogliere adeguatamente la specificità della non autosufficienza, sia di interpretarne le trasformazioni.

Tabella 3 – Contributi della proposta al superamento dell'incerta missione delle politiche pubbliche

Linea d'intervento	Contributo
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Interventi guidati dal paradigma del <i>care</i> multidimensionale, quello proprio della non autosufficienza
<i>Accesso unico alla rete</i>	Creazione di percorsi unici per accedere alla rete degli interventi come condizione per la riforma della domiciliarità
<i>Sistema di governance della conoscenza</i>	Realizzazione di un sapere per l'operatività dedicato come strumento per rafforzare la progettazione delle politiche
<i>Sistema di governance istituzionale</i>	Costruzione di un sistema istituzionale unitario come strumento per rafforzare la progettazione di politiche

Gli spazi del PNRR per incidere sul ridotto finanziamento dei servizi, infine, sono limitati dall'impossibilità di intervenire sulla spesa corrente, il cui rilevante incremento rappresenta il passaggio chiave da compiere su questo fronte. Tuttavia, sostanziali vantaggi possono essere apportati al sistema da un utilizzo ben mirato degli investimenti una tantum: se ne suggeriscono uno per accompagnare la complessiva riforma della domiciliarità e l'altro per riqualificare le strutture residenziali (cfr. tabella 4). La loro scelta congiunta discende dalla convinzione dell'importanza di valorizzare l'insieme dei servizi per la non autosufficienza, riconoscendo il peculiare ruolo di ognuno.

Alla domiciliarità sono dedicati 5 miliardi di euro, con uno stanziamento che aumenta progressivamente: + 500 milioni rispetto a oggi nel 2022, + 750 nel 2023, + 1 miliardo nel 2024, + 1,25 miliardi nel 2025, + 1,5 miliardi nel 2026. In tal modo, come anticipato, si salirebbe gradualmente dall'attuale 3,7% di anziani coperti al 6%, incrementando sostanzialmente il numero medio di accessi e la durata della presa in carico. Quest'investimento non è motivato solo dall'attuale scarsità dell'offerta e dall'individuazione della domiciliarità come ambito prioritario di sviluppo del settore^{xxiv}. Siamo infatti convinti che, in un ambito così sotto-finanziato, una riforma non potrebbe essere realizzata senza un contemporaneo incremento di risorse. Incremento, peraltro, da realizzare progressivamente per permettere ai territori di adattarsi in modo graduale al cambiamento. A sua volta, l'investimento nella residenzialità – pari a 1,7, miliardi – è finalizzato ad ammodernare le

strutture, un'esigenza nota da tempo e che le vicende legate alla pandemia hanno confermato con grande evidenza^{xxv}. Il riammodernamento – questo è il punto chiave – consentirebbe di migliorare la qualità della vita degli anziani residenti.

Tabella 4 – Contributi della proposta al superamento del ridotto finanziamento dei servizi

Linea d'intervento	Contributo
<i>Riforma dei servizi domiciliari</i>	Investimento straordinario per accompagnare la riforma complessiva dei servizi domiciliari
<i>Riqualificazione delle strutture residenziali</i>	Piano per ammodernare le strutture residenziali e rafforzarne la dotazione infrastrutturale

Se la nostra esposizione è stata valida, a questo punto dovrebbe risultare chiaro in che modo la proposta potrebbe contribuire a migliorare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Si vogliono, infine, sottolineare ulteriori effetti positivi che riguardano due temi trasversali all'intero PNRR: l'occupazione e il genere. Quanto al primo, come la stessa Commissione Europea segnala da tempo^{xxvi}, *una strategia efficace per creare nuovi posti di lavoro consiste nel puntare sui servizi di cura. Tra questi, la vastità e il costante aumento della popolazione coinvolta assegnano a quelli per gli anziani una posizione centrale*. Le donne – e veniamo così al genere – beneficerebbero di nuove possibilità occupazionali in quest'ambito come lavoratrici^{xxvii}. Come *caregiver* familiari, inoltre, vedrebbero ridursi la pressione dei compiti di cura sulle proprie spalle grazie alla maggior offerta di servizi. In proposito, però, è utile una precisazione. *Il nesso “più servizi di cura, meno pressione sulle donne” è assai meno automatico di quanto abitualmente non si pensi: molto dipende da come li si disegna^{xxviii}*. Il paradigma del *care* multidimensionale, alla base della nostra riforma della domiciliarità, comporta che gli stessi *caregiver* familiari siano riconosciuti quali utenti di questi servizi^{xxix}.

Quarto, colloca i singoli interventi in un progetto coerente

Le singole linee d'intervento danno vita a un progetto complessivo con una forte coerenza interna. Esse, infatti, perseguono gli stessi obiettivi, quindi vanno tutte nella stessa direzione; lo fanno però su piani diversi, in modo da completarsi reciprocamente. Innanzitutto, ogni linea con natura di riforma – cioè la quasi totalità di quelle previste (4 su 5) – è stata concepita per rispondere ai nodi della frammentazione e dell'incerta missione. La comune finalità di affrontarli entrambi rappresenta il principale elemento di coesione della proposta. Il problema del ridotto finanziamento dei servizi, invece, riguarda un minor numero di linee (2), a causa dei menzionati vincoli del PNRR in materia.

Inoltre, le singole linee agiscono su piani differenti perché sono state pensate con una logica concentrica – in altri termini dal macro al micro – non solo per evitare di sovrapporsi ma,

soprattutto, per integrarsi a vicenda. La tabella 5 le suddivide in base ai diversi livelli d’azione coinvolti: si tratta, rispettivamente, della diffusione del sapere, dell’assetto istituzionale, dell’accesso al sistema locale e dell’offerta di interventi. *Gli interventi si rafforzano così l’uno con l’altro: dunque, eliminarne alcuni ridurrebbe sensibilmente le possibilità di successo di quelli rimasti.* Si pensi, ad esempio, alla realizzazione di un sistema di governance dedicato alla non autosufficienza in assenza di un’attività di monitoraggio che ne alimenti l’azione; oppure – come detto – alla predisposizione di un sistema di domiciliarità organico nell’offerta ma con canali di accesso separati per i diversi interventi coinvolti.

Tabella 5 –I livelli di azione della proposta

Livello di azione	Linea d’intervento
<i>Diffusione del sapere</i>	Sistema di governance della conoscenza
<i>Assetto istituzionale</i>	Sistema di governance istituzionale
<i>Accesso al sistema locale</i>	Accesso unico alla rete degli interventi
<i>Offerta di interventi</i>	Riforma dei servizi domiciliari Riqualificazione delle strutture residenziali

Quinto, non parte da “quanto” ma da “cosa”

Non è possibile comparare gli stanziamenti contemplati nella nostra proposta con quelli che l’attuale versione del PNRR dedica agli anziani non autosufficienti. Il documento governativo, infatti, li situa in varie voci di spesa, dai contenuti non sempre chiarissimi e comprendenti molteplici target di utenza. Il nocciolo della questione, però, è un altro. La peggior eventualità che potrebbe verificarsi per il testo qui presentato è che, nel discuterlo, ci si concentrasse sulla consistenza dei finanziamenti. Come anticipato, la proposta non parte da “quanti” stanziamenti dedicare agli anziani non autosufficienti, bensì da “cosa” fare per affrontare i problemi dell’assistenza continuativa. Il nostro auspicio, dunque, è che possa concorrere ad avviare un esteso confronto pubblico sull’apporto che il PNRR può dare alla costruzione del futuro di questo settore^{xxx}.

Sesto, riconosce il consenso esistente tra gli addetti ai lavori

Chiunque conosca l’assistenza agli anziani in Italia sa che le direttrici suggerite non sono affatto originali. Certamente possono essere meglio declinate e utilmente integrate; ciò non toglie, tuttavia, che sulla necessità di agire nelle cinque direzioni indicate esista da tempo una diffusa comunanza di vedute tra gli addetti ai lavori. *La proposta, dunque, consiste in un nucleo di azioni ampiamente condivise, nel mondo della ricerca e in quello della pratica.*

In effetti, *l'assistenza agli anziani non autosufficienti rappresenta un ambito di policy nel quale spesso il problema non è capire le cose da fare, ma riuscire a farle*. Da questo punto di vista, l'occasione offerta dal PNRR è duplice. Innanzitutto, teniamo a ribadire che consente di avviare il percorso riformatore troppe volte rimandato. Inoltre, la particolare attenzione richiesta dalla Commissione Europea^{xxxix} al monitoraggio degli obiettivi da raggiungere man mano può aiutare ad accompagnare al meglio la fase attuativa, che è invariabilmente la più difficile.

Settimo, rispetta le richieste della Commissione Europea

Le linee guida sul PNRR elaborate dalla Commissione Europea stabiliscono che la *“condizione primaria affinché i progetti presentati siano ammissibili è che essi facciano parte di un pacchetto coerente di riforme e di investimenti ad esse correlati”^{xxxix}*. E' proprio in questo modo che NNA ha cercato di elaborare la sua proposta: partendo dalle criticità del settore, chiedendosi come il PNRR possa contribuire a superarle e definendo di conseguenza un ventaglio di linee d'intervento – con un insieme di investimenti e riforme – che compongono un nucleo progettuale unitario.

Va sottolineato che, nelle intenzioni della Commissione Europea, le riforme dovrebbero costituire una parte essenziale del PNRR^{xxxix}. Recentemente, da più parti – nella stessa Commissione e nel nostro Governo – è pervenuta l'osservazione che, nelle parole del Commissario Gentiloni, *l'attuale versione del Piano italiano dovrebbe essere “rafforzata dal punto di vista delle riforme”^{xxxix}*. La nostra proposta è decisamente spostata su questo versante, essendo incentrata su azioni tese a modificare in modo strutturale il profilo delle politiche pubbliche. Di conseguenza, rientrano in questa categoria quattro delle cinque linee d'intervento prospettate, in via esclusiva o insieme agli investimenti (cfr. tab. 1). Il punto emerge con nitidezza ancor maggiore considerando la genesi della proposta: l'obiettivo all'origine non è quello di dedicare più fondi all'assistenza agli anziani non autosufficienti, bensì quello di cogliere l'occasione del PNRR per avviare il percorso di riforma del settore da lungo tempo atteso (cfr. prima ragione, sopra).

Come anticipato, *la proposta si basa sulla medesima definizione di assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti (long-term care) impiegata dalla Commissione Europea^{xxxix}*: la cosa, più rilevante di quanto possa apparire, è sostanziale. Infatti, rifarsi a tale definizione implica di partire non dalle specifiche misure di responsabilità di un determinato ente istituzionale (Comuni, Regioni o Stato), bensì dalla condizione di anziano non autosufficiente, considerando congiuntamente l'insieme di interventi pubblici a disposizione per affrontarla.

Sempre con riferimento alla dimensione continentale, infine, è da notare come le linee d'azione prospettate si riflettano nelle direttrici delle riforme già realizzate nei paesi europei comparabili, quelli del Centro-Sud. Anche sotto questo aspetto siamo stati poco originali, e ci sembra la scelta migliore.

5. Cosa può fare il PNRR per peggiorare la situazione

E' necessario ora evidenziare un rischio insito nel PNRR. *Destinarne i finanziamenti a impieghi che riproducano, su scala maggiore rispetto a oggi, le criticità già esistenti significherebbe rafforzarle e, pertanto, introdurre nuovi ostacoli per la realizzazione dei miglioramenti necessari.* L'eccessiva focalizzazione sulla sola dimensione quantitativa del Piano (i fondi allocati alle diverse voci), che ha sinora caratterizzato il dibattito, e la fragilità delle politiche di assistenza ai non autosufficienti in Italia suggeriscono di non sottovalutare questo pericolo^{xxxvi}. Si presenta, in particolare, l'evidente rischio di tre possibili declinazioni del Piano che lo renderebbero uno strumento di peggioramento del welfare italiano.

Primo, prevedere un utilizzo delle nuove risorse frammentato tra diversi soggetti istituzionali (Comuni e Asl innanzitutto), contribuendo a rendere ancor più difficili le indispensabili azioni di ricomposizione degli interventi^{xxxvii}

Secondo, promuovere risposte per gli anziani non autosufficienti non guidate dal paradigma del care multidimensionale, allontanando ulteriormente il settore da quella che dovrebbe rappresentare la sua missione costitutiva.

Terzo, introdurre interventi che non tengano conto della realtà attuale dei sistemi di welfare locale, dimenticando che i percorsi di miglioramento efficaci partono sempre dalla valorizzazione dell'esistente.

6. Conclusioni

Termina qui la prima parte del documento, che ha illustrato il progetto d'insieme e la logica che lo sostiene. La seconda, come anticipato, contiene la presentazione più approfondita delle linee d'intervento che lo compongono. Averle elaborate in poco tempo ha prodotto le seguenti carenze: a) inadeguata definizione dei risultati attesi misurabili, b) mancata esplicitazione dell'ampia mole di risultati di ricerca e dati esperienziali alla base, c) stime di spesa solo preliminari. In generale, considerando i contenuti complessivi dei cinque interventi, siamo convinti tanto della loro bontà quanto della necessità di migliorarli, di correggerli e di svilupparli, così come della possibilità di integrarli utilmente con altri. Per queste ragioni, si tratta di una proposta aperta.

Due motivi essenziali ci hanno spinto a una uscita pubblica rapida e attraverso un documento così costruito. Innanzitutto, *l'urgenza di segnalare l'assenza nel PNRR di un progetto rivolto agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.* Nondimeno, *la convinzione che sia oggi necessario concentrare gli sforzi non nel criticare il Piano, bensì nel proporre formulazioni differenti.*

SECONDA PARTE. LE SINGOLE LINEE DI INTERVENTO

SISTEMA DI GOVERNANCE DELLA CONOSCENZA

Soggetto proponente

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetto attuatore

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Natura

Riforma

Costi

0,03 Mld

Obiettivi

Un investimento nel sapere operativo sulla non autosufficienza. Raccogliere, elaborare e diffondere

un insieme di conoscenze, coerente e metodologicamente rigoroso, in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, progettate per essere uno strumento utile all'azione dei diversi soggetti impegnati in quest'ambito. Il punto di partenza è il riconoscimento della specificità del settore e, pertanto, della necessità di costruire un sistema di sapere dedicato. Un sistema che oggi manca.

Uno strumento per le istituzioni, gli operatori e i cittadini. L'orientamento all'operatività si realizza su tre piani: la conoscenza come strumento di governance dei servizi per i vari attori che ne hanno la titolarità istituzionale; la formazione come strumento per l'azione degli operatori; l'informazione come strumento a disposizione dei cittadini.

La valorizzazione del patrimonio di conoscenza esistente. Prima di raccogliere nuove informazioni e dati – e per farlo al meglio – valorizzare il patrimonio di sapere già esistente. A livello macro: connettere in un unico quadro i dati sull'assistenza ai non autosufficienti prodotti autonomamente dai diversi sistemi informativi nazionali. A livello micro: raccogliere e far conoscere un ventaglio significativo di resoconti sulle eterogenee esperienze locali di welfare in atto nel Paese.

La realizzazione di nuovi strumenti di conoscenza. Il primo riguarda l'introduzione di un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti (per governare le politiche). Il secondo consiste nella realizzazione di uno specifico programma nazionale di formazione per gli operatori coinvolti (per l'attività dei

servizi). Il terzo, infine, è la predisposizione di una piattaforma contenente le principali informazioni su tutti gli interventi pubblici a disposizione degli anziani non autosufficienti (per l'accesso a servizi e interventi).

Azioni

Sistema nazionale di monitoraggio per la non autosufficienza. Dar vita a un sistema nazionale di monitoraggio dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti, contraddistinto da una visione globale delle diverse tipologie di offerta esistenti (servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali, indennità di accompagnamento). Il punto di partenza consiste nel far confluire i dati disponibili in materia – oggi dispersi tra numerosi sistemi informativi (NSIS, ISTAT, INPS) – in una piattaforma informatica nazionale sovraordinata, che li ricomponga in un archivio organico. È così possibile sia valorizzare al meglio le informazioni esistenti sia ridurre le richieste di dati nei confronti dei servizi locali (non di rado duplicate).

I dati raccolti a livello nazionale hanno finora riguardato essenzialmente la percentuale di anziani coperti dai vari interventi. Il passo successivo, dunque, è inserire nel sistema di monitoraggio ulteriori dimensioni conoscitive. Su tre di queste si registra un certo consenso nel dibattito: i tempi di attesa, gli standard di qualità di processo e gli standard strutturali di qualità. Oltre a quelli elencati, bisogna decidere se e quali altri elementi considerare, nella prospettiva dello sviluppo progressivo del sistema. La riflessione in merito può giovare del confronto con altri settori del welfare – quali la sanità e la lotta alla povertà – dove simili sistemi di monitoraggio già esistono.

Piano nazionale di formazione per la non autosufficienza. Predisposizione di un piano nazionale di formazione sull'assistenza agli anziani non autosufficienti, rivolto alle diverse tipologie di operatori coinvolti. L'attività formativa proposta poggia su due caposaldi: essere concentrata sulla specificità del settore e partire dalle concrete problematiche presenti nei diversi ambiti d'intervento. La formazione, in presenza e/o a distanza, viene accompagnata dalla preparazione di manuali operativi, di un sito on-line con tutorial e FAQ e da tutti gli altri strumenti necessari a supportare al meglio gli operatori.

Catalogo delle esperienze locali. Il livello nazionale raccoglie informazioni su un insieme rappresentativo delle tante esperienze locali di servizi per gli anziani non autosufficienti attive nel Paese, potenziali fonti di notevole apprendimento, e le diffonderà. Nel farlo, viene compiuto uno sforzo particolare per offrire indicazioni utili (sulle strade da imboccare e su quelle da evitare) alle altre realtà locali. Seguendo questa logica, si sviluppa un sito web dedicato e i casi locali saranno utilizzati nella formazione.

Catalogo degli interventi. Realizzazione di una piattaforma informativa che contenga una mappa articolata delle diverse prestazioni di welfare pubblico indirizzate alla non

autosufficienza, dei loro tratti essenziali e delle modalità per accedervi. La piattaforma è gestita dallo Stato e alimentata dalle Regioni e dai Comuni per le misure di rispettiva competenza. Lo strumento viene reso disponibile a tutti coloro i quali operano nella rete locale dei servizi affinché possano garantire alla cittadinanza un'informazione completa sugli interventi di welfare (cfr. Accesso unico alla rete degli interventi).

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce il sistema di governance della conoscenza.

Entro Marzo 2022: Attivazione del piano nazionale di formazione.

Entro Giugno 2022: Preparazione delle altre attività previste.

Da Luglio 2022: Operatività del sistema di governance della conoscenza.

Costi

30 Milioni di Euro, pari a 6 milioni annui per le cinque annualità 2022-2026.

SISTEMA DI GOVERNANCE ISTITUZIONALE

Soggetto proponente

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetto attuatore

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Conferenza Stato-Città e Autonomie Locali, Conferenza unificata, Comitato delle Regioni, ANCI

Amministrazioni Regionali, Ambiti territoriali, Comuni
Parti sociali, Organismi di rappresentanza del Terzo Settore

Natura

Riforma

Costi

0

Obiettivi

Governo unitario del sistema. Costruire un sistema multilivello di governance istituzionale che ricomponga l'insieme di servizi e interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti alle filiere del sociale e del sociosanitario – in un complesso unitario e coordinato di attività e processi. Mettere a tal fine in relazione permanente le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari. Articolare tale ricomposizione nei diversi livelli di governo interessati: statale, regionale e locale.

Innovazione istituzionale a sostegno del welfare locale. E' necessario assicurare risposte che partano dalla multidimensionalità della non autosufficienza, progettandole sin dall'inizio in un'ottica d'integrazione tra interventi sociali e sociosanitari. Il sistema di governance multilivello serve a creare le migliori condizioni di natura istituzionale utili a concretizzarne la realizzazione nel territorio.

Valorizzazione dell'esistente. Il necessario sviluppo del sistema di governance non si contrappone all'assetto attuale bensì intende farlo evolvere, valorizzando gli aspetti positivi esistenti. A livello statale, dunque, si prevede – con opportuni adeguamenti – la trasposizione agli interventi per la non autosufficienza dell'organismo nazionale già previsto dal D.lgs. 147/2017 per le sole materie sociali, un positivo caso d'innovazione istituzionale. A livello regionale e comunale, si provvede al mantenimento degli organismi e degli strumenti programmatori che già seguono la logica qui proposta, dove presenti.

Azioni

Livello statale

Organismo di governance istituzionale. Costituzione della “Rete nazionale per l’assistenza integrata alle persone non autosufficienti”. Per quanto riguarda il livello nazionale, la compongono 6 rappresentanti del Ministero della Salute, 6 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 1 ciascuno per i Ministeri dell’Economia, dell’Istruzione e delle Infrastrutture, 1 del Dipartimento Politiche per la Famiglia e 4 dell’Inps. Ne fanno parte, inoltre, un componente per ciascuna Giunta regionale e delle Province autonome e 20 designati dall’Anci. La presidenza della Rete è condivisa tra i Ministeri del Lavoro e della Salute.

Competenze. La Rete è responsabile dell’elaborazione del Piano nazionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti, che definisce gli interventi in materia per un triennio, con riferimento agli ambiti istituzionale, programmatico, professionale, gestionale e comunitario. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l’altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l’andamento del Piano attraverso l’apposito sistema nazionale di monitoraggio della non autosufficienza (cfr. Sistema di governance della conoscenza). Il Piano per la non autosufficienza attualmente in essere, riguardante le sole risorse del Fondo Nazionale non autosufficienze, viene assorbito nel nuovo Piano. La Rete è anche responsabile della definizione dei LEA/LEP integrati di tipo organizzativo, processuale ed erogativo, da finanziare e attivare su base pluriennale. La Rete consulta periodicamente le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore.

Livello regionale

Organismo di governance istituzionale. In ogni regione viene costituita una “Rete regionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti”, che agisce in raccordo con quella nazionale. La compongono gli Assessori regionali titolari delle politiche sanitarie e di quelle sociali, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci degli ambiti territoriali sociali, e i Direttori generali delle aziende sanitarie.

Competenze. La Rete è responsabile dell’elaborazione del piano regionale per l’assistenza integrata ai non autosufficienti, che esprime i programmi in materia in un orizzonte temporale triennale, con evidenza degli obiettivi da raggiungere e delle risorse messe a disposizione; il piano regionale comprende necessariamente il programma di attuazione dei LEA/LEP previsti dal livello nazionale. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l’altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l’andamento del Piano, attraverso informazioni proprie e fornite dal sistema nazionale di monitoraggio della non autosufficienza. La Rete consulta periodicamente le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore.

Attribuzioni. Le funzioni e le competenze dell’Articolazione regionale della Rete possono essere attribuite ad altro organismo di analoga composizione, già attivo in una singola

Regione, anche bilanciandone opportunamente la composizione. Le funzioni del piano regionale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti possono essere conferite ad un altro strumento di programmazione regionale già vigente, mantenendo tuttavia una separata evidenza per l'assistenza integrata ai non autosufficienti.

Livello locale

Composizione. In raccordo con quella regionale, in ogni ambito territoriale sociale è costituita "La Rete territoriale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti", in coordinamento con i distretti sanitari nel caso in cui non vi sia coincidenza con l'ambito stesso. La compongono i Sindaci dei Comuni afferenti all'ambito territoriale o i Presidenti delle unioni comunali che esercitano la funzione sociale, il Coordinatore di Ambito o il responsabile dell'Ufficio di Piano (o figure assimilabili), il Direttore Generale dell'azienda sanitaria di riferimento, il responsabile del distretto sanitario (o i responsabili laddove i distretti coinvolti siano più d'uno).

Competenze. La Rete è responsabile dell'elaborazione del piano locale per l'assistenza integrata ai non autosufficienti, che esprime programmi in un orizzonte temporale triennale, con evidenza degli obiettivi da raggiungere e delle risorse messe a disposizione. Il Piano è suddiviso in due parti, una dedicata agli anziani e l'altra a giovani e adulti con disabilità. La Rete verifica annualmente l'andamento del Piano, attraverso informazioni proprie e fornite dal sistema nazionale di monitoraggio della non autosufficienza. La Rete consulta periodicamente le parti sociali e gli organismi rappresentativi del terzo settore.

Attribuzioni. Le funzioni e le competenze dell'Articolazione locale della Rete possono essere attribuite ad altro organismo di analoga composizione già attivo in ambito locale, anche bilanciandone opportunamente la composizione. Le funzioni del piano locale per l'assistenza ai non autosufficienti possono essere conferite ad un altro strumento di programmazione locale già vigente (ad es. Piano sociale di zona, Piano attuativo territoriale), mantenendo tuttavia una separata evidenza per l'assistenza integrata ai non autosufficienti.

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce il sistema di governance istituzionale.

Entro Giugno 2022: Preparazione del sistema di governance istituzionale sul territorio nazionale.

Da Luglio 2022: Sistema di governance istituzionale operativo.

Costi

Il sistema di governance istituzionale predisposto è realizzabile a costo zero, utilizzando le risorse già a disposizione dei soggetti coinvolti.

ACCESSO UNICO ALLA RETE DEGLI INTERVENTI

Soggetto proponente

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetto attuatore

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Regioni, Comuni

Natura

Riforma e investimento

Costi

0,257 Mld

Obiettivi

Facilitare l'accesso alla rete del welfare. Superare l'attuale notevole difficoltà incontrata dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie nell'ottenere le informazioni necessarie per accedere ai diversi interventi attivabili da vari soggetti del welfare pubblico. Tale situazione è dovuta alla frammentazione dei suddetti interventi in una varietà di enti, sedi e percorsi differenti. Le principali conseguenze negative consistono nel non riuscire a richiederli e/o nell'impegnare troppo tempo e fatica peregrinando tra molteplici punti di accesso.

Semplificare l'iter di valutazione della non autosufficienza. Ricomporre l'attuale moltitudine di luoghi nei quali vengono compiute valutazioni iniziali della non autosufficienza finalizzate a definire gli interventi di welfare pubblico ottenibili dagli interessati. Superare gli attuali defatiganti accessi diversificati a spazi con finalità analoghe, la cui frammentazione rende impraticabile elaborare progetti che riconducano le varie risorse attivabili a un unico intervento.

Valorizzazione dell'esistente. L'indispensabile sviluppo del sistema di accesso non si contrappone all'assetto attuale ma intende farlo evolvere valorizzandone gli elementi positivi esistenti. Pertanto, nelle realtà dove sono già presenti alcuni aspetti del disegno di accesso unico qui delineato, li si mantiene integrandoli con quelli necessari per giungere alla configurazione indicata.

Azioni

Punti unici di accesso. Le Regioni e le Province autonome organizzano appositi luoghi di primo accesso al sistema degli interventi per gli anziani non autosufficienti. Essi devono garantire alle persone coinvolte e alle loro famiglie informazioni sull'intera gamma degli interventi e dei supporti che potrebbero essere utili, erogabili non solo dal SSN o dai servizi

sociali locali, ma anche da altre amministrazioni (nazionali e locali) e soggetti del territorio, (agevolazioni fiscali, nei trasporti, nella riduzione delle barriere architettoniche, nei congedi ai familiari e nelle prestazioni erogabili dall'INPS). Si mette a disposizione degli operatori del punto unico, e di tutti i servizi sociosanitari che incontrano anziani non autosufficienti, una piattaforma denominata "Catalogo degli interventi"; tale strumento consente d'informare i cittadini sull'intera gamma dei sostegni che potrebbero interessare i non autosufficienti e le loro famiglie, si tratti di prestazioni locali o nazionali (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza").

Funzioni e diffusione dei punti unici di accesso. Oltre a quella d'informare i cittadini, i punti unici di accesso hanno l'obiettivo di sostenere famiglie e anziani nei percorsi per arrivare alle prestazioni di tutela della non autosufficienza: a tal fine prenotano la valutazione multidimensionale, attivano eventuali forme di accompagnamento ove necessarie e offrono aiuto per l'inoltro di richieste a diverse amministrazioni e servizi.

In prima approssimazione, si prevede un punto di accesso ogni 80.000 abitanti per le aree urbane o ogni 50.000 per quelle non urbane. Il punto unico dovrà avere almeno una sede per ogni distretto socio-sanitario, da replicare - inoltre - nel caso in cui il distretto abbia un'ampia estensione territoriale.

Passaggio dal dichiarato al realizzato. I punti unici sono già previsti da diversi atti normativi e programmatori statali, così come da atti di ogni Regione italiana, che abitualmente attribuiscono loro i compiti sopra esposti. Nella pratica, però, la copertura territoriale non è completa e - soprattutto - le funzioni evidenziate sovente vengono svolte solo in parte.

Il passaggio chiave, dunque, consiste nel riuscire a passare dal dichiarato al realizzato: tre sono le azioni da mettere in campo per farlo. Primo, il potenziamento del personale dedicato, come illustrato nella sezione "Costi". Secondo, un intervento formativo diffuso per evitare che il punto unico resti una semplice sede amministrativa che prenota una specifica valutazione o prestazione; a tale scopo, occorrono operatori formati per compiere una prima valutazione del caso e per informare le famiglie a 360 gradi, orientandole opportunamente nel sistema di welfare (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza"). Terzo, la già menzionata introduzione del "Catalogo degli interventi".

Commissione unica per la valutazione della non autosufficienza. Si prevede di unificare in un unico momento e in un'unica commissione le attuali diverse valutazioni per l'accesso dei non autosufficienti alle misure pubbliche: quelle delle unità valutative multidimensionali per fruire dei servizi e degli interventi del welfare locale, e quelle per richiedere l'indennità di accompagnamento, la certificazione di handicap e le altre prestazioni e agevolazioni INPS (di responsabilità statale).

Queste valutazioni non sono, infatti, finalizzate a definire specifiche diagnosi o prescrizioni cliniche, ma hanno sempre lo scopo di individuare il grado di autonomia dell'anziano nella

vita quotidiana; a partire da tale giudizio possono essere attivati tutti i sostegni in materia, anche diversi tra loro, da quelli monetari INPS ai percorsi dei servizi locali. Ricondurre le valutazioni iniziali a un'unica commissione appositamente titolata rappresenta anche il punto d'avvio per la costruzione di progetti d'intervento unitari (cfr. linea d'intervento "Riforma dei servizi domiciliari"). Sarà prevista un'azione formativa per far sì che operatori con professionalità e appartenenze istituzionali diverse imparino a condividere attività valutative sinora svolte separatamente (cfr. linea d'intervento "Governance della Conoscenza").

Attribuzione. Le funzioni e le competenze del Punto unico di accesso e quelle della Commissione unica per la valutazione della non autosufficienza possono essere attribuite a soggetti che già le realizzino a livello locale, dove esistenti; saranno poi da apportare le modifiche eventualmente necessarie per assicurare la coerenza con le indicazioni qui proposte.

Cronoprogramma

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale che definisce i criteri per allestire i Punti unici di accesso.

Entro Dicembre 2021: Decreto Interministeriale per la ricomposizione in un'unica commissione valutativa delle diverse valutazioni attualmente vigenti per accedere alle misure di welfare.

Entro Giugno 2022: Riorganizzazione/preparazione dei Punti Unici e preparazione delle Commissioni valutative uniche.

Da Luglio 2022: Operatività dei Punti unici di accesso e delle Commissioni valutative uniche.

Costi

0,257 Mld di euro, pari alla somma di 51,5 milioni annui moltiplicati per i cinque anni 2022-2026. Tale spesa riguarda esclusivamente i Punti unici di accesso.

I 51,5 milioni annui sono calcolati sulla base dei dati di Agenas sull'attuale diffusione dei Punti unici, che ne indica la presenza in oltre l'80% dei distretti socio-sanitari del Paese. In netta prevalenza, dunque, non si tratta di finanziarli completamente bensì di rendere possibile l'effettivo svolgimento delle funzioni indicate. La spesa principale consiste, quindi, nell'aumento medio per ognuno di quelli esistenti di due unità di personale, una con professionalità sanitaria e l'altra sociale. Vi è poi da sostenere ex-novo il costo per il personale dei Punti unici mancanti. Infine, si prevede una dotazione di risorse per le sedi e il rafforzamento delle attrezzature (in misura contenuta dato che le sedi in grandissima parte esistono già).

L'unificazione delle attuali diverse sedi di valutazione nella Commissione unica non comporta costi aggiuntivi, ma produce un risparmio di risorse pubbliche la cui entità non è qui stimabile.

RIFORMA DEI SERVIZI DOMICILIARI

Soggetto proponente

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetto attuatore

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Regioni, Comuni

Natura

Riforma e investimento

Costi

5 Mld.

Obiettivi

Ridisegnare i servizi domiciliari. Realizzare un investimento straordinario nei servizi domiciliari in Italia per accompagnarne la riforma complessiva. Partire dal presupposto che le attuali criticità riguardano sia la scarsità dell'offerta che il modello d'intervento prevalente. Pertanto, se si stanziassero nuove risorse mantenendo invariato il modello, si correrebbe il rischio di riprodurre i problemi attuali su scala maggiore.

Seguire il paradigma del care multidimensionale. Fondare la riforma della domiciliarità sul riconoscimento della realtà della non autosufficienza, seguendo di conseguenza il paradigma che le è proprio: quello del *care* multidimensionale. Ciò significa prevedere progetti sul caso che partano da uno sguardo globale sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Superare così il paradigma di natura clinico-sanitaria (*cure*) – che si traduce nell'erogazione di prestazioni per rispondere a singole patologie – oggi predominante nei servizi domiciliari delle Asl (Adi, i più diffusi). Analogamente, superare il paradigma socio-assistenziale – che considera la carenza di reti familiari e/o di risorse economiche quali criteri prioritari di accesso – oggi vigente nei servizi domiciliari dei Comuni (Sad, i meno diffusi). I successivi obiettivi discendono da questo cambio di modello perché intendono unificare le risposte (come comporta una visione complessiva) e ampliare la gamma d'interventi (come richiede la multidimensionalità).

Ricomporre gli interventi in una risposta unitaria. Collocare gli interventi oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire a ogni anziano coinvolto una risposta unica e coerente. Nel progettartela, prendere in considerazione anche le altre risorse pubbliche e private, umane, professionali ed economiche variamente disponibili nelle diverse situazioni.

Ampliare la gamma degli interventi. Prevedere sia interventi di natura medico-infermieristica sia quelli – oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza preclude all’anziano di poter compiere da solo. Ciò implica l’affiancamento e il supporto anche dei soggetti quotidianamente impegnati ad affrontare le limitazioni dell’autonomia dell’interessato, cioè i *caregiver* e le assistenti familiari.

Assumere un duplice sguardo Nella progettazione degli interventi, dunque, puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni. Riconoscere anche i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari. Interfacciarsi, inoltre, con le assistenti familiari, per promuovere la qualità del loro operato.

Riconoscere le trasformazioni della non autosufficienza. Superare i ritardi dell’offerta di assistenza domiciliare nell’adattare le risposte alle trasformazioni del fenomeno nel nostro Paese. Innanzitutto, dunque, concepire interventi che tengano in opportuna considerazione la presenza sempre più diffusa della non autosufficienza legata a disabilità cognitive (demenze), al fianco di quelle fisiche (motorie).

Valorizzare l’esistente. Procedere nella direzione illustrata valorizzando le esperienze positive esistenti nei territori. Nelle realtà dove sono già presenti tutti o alcuni aspetti della riforma della domiciliarità qui tratteggiata, li si mantiene, integrandoli – quando e come necessario – fino a raggiungere la configurazione indicata.

Azioni

Progetto personalizzato integrato. Per ogni anziano non autosufficiente che fruisce d’interventi pubblici si definisce un progetto personalizzato integrato, che li comprende nel loro insieme – servizi sociali, servizi sociosanitari, indennità di accompagnamento – e li raccorda con l’assistenza dei familiari e con l’attività delle assistenti familiari. Il progetto viene condiviso con l’anziano e/o i suoi familiari. La predisposizione del progetto personalizzato integrato e la sua realizzazione vengono garantiti dall’Unità valutativa multidimensionale, di cui debbono obbligatoriamente far parte un’assistente sociale dell’Ambito sociale/comune e il responsabile del caso.

Anche i percettori della sola indennità di accompagnamento hanno la possibilità di ricevere un progetto personalizzato. A differenza di coloro i quali fruiscono dei servizi, in questo caso la sua predisposizione non è automatica bensì avviene previa richiesta dell’anziano e/o dei familiari.

Responsabile del caso. La stesura del progetto personalizzato integrato viene affiancata dall’individuazione di un responsabile del caso (*case manager*), con i compiti di coordinare gli interventi forniti, valutarne gli effetti, proporre eventuali aggiustamenti, fungere nel tempo

da punto di riferimento e facilitatore per l'anziano e la famiglia, garantire la continuità dell'assistenza. Il responsabile dev'essere nominato in accordo fra i servizi sociosanitari e sociali coinvolti nel caso, scegliendo la figura più appropriata in base alle caratteristiche dell'assistenza integrata erogata.

Risposta globale. Come anticipato, si tratta di offrire interventi sia di natura medico-infermieristica sia per il sostegno all'anziano nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana che la non autosufficienza impedisce di compiere da soli.

Inoltre, l'approccio globale si traduce anche nell'allocazione delle nuove risorse rese disponibili. Come tendenza media, si prevede un incremento sia della copertura (% di anziani assistiti) che dell'intensità (n° di accessi domiciliari per anziano) e della durata (periodo di presa in carico) degli interventi. Attualmente, infatti, i servizi più diffusi, quelli dell'Adi, in prevalenza si caratterizzano per copertura, intensità e durata troppo contenute, configurandosi come prestazioni per rispondere a singole patologie fornite per un breve lasso di tempo. Rispetto a oggi, dunque, si ipotizza di seguire più anziani con un maggior numero d'interventi per caso (come richiede la multidimensionalità della non autosufficienza) e per periodi più lunghi (come richiede l'estesa durata di questa condizione).

Caregiver familiari. Considerare i *caregiver* familiari come parte della rete assistenziale dedicata alle persone non autosufficienti. I servizi domiciliari coordinano e supportano tutte le risorse in campo, a partire dall'attività di educazione terapeutica da indirizzare ai familiari e alle assistenti familiari (badanti). Erogazione ai *caregiver* familiari di un pacchetto di attività dedicate comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto; interventi di assistenza e di sollievo (di emergenza o programmati). A sostegno di questa azione, così come di tutti gli elementi di novità della complessiva linea d'intervento, viene previsto uno sforzo formativo straordinario (cfr. linea d'intervento "Governance della conoscenza").

Assistenti familiari. Considerare le assistenti familiari come risorse da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare. Va, dunque, prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati. In buona parte e con gli opportuni adattamenti, quanto indicato per i *caregiver* familiari vale anche per le assistenti familiari; l'attenzione è da concentrare su azioni formative messe in campo prevalentemente *on the job* dagli operatori dei servizi domiciliari.

Attribuzione. Le funzioni individuate per il nuovo sistema di assistenza domiciliare possono essere attribuite a soggetti che già le realizzino a livello locale, dove esistenti, con le modifiche eventualmente necessarie per assicurarne la coerenza con le indicazioni qui delineate.

Cronoprogramma

Entro dicembre 2022: Riparto alle regioni di 0,5 miliardi di euro. Erogazione obbligatoria (pena tagli al finanziamento) alle ASL e ai comuni entro tre mesi, insieme alle indicazioni programmatiche nazionali sull'organizzazione dei servizi (progetto personalizzato integrato, responsabile del caso, percorsi formativi, gestione integrata dei servizi domiciliari, ecc.).

Entro dicembre 2023: Riparto alle regioni di 0,75 miliardi di euro. Erogazione obbligatoria (pena tagli al finanziamento) alle ASL e ai comuni entro tre mesi.

Entro dicembre 2024: Riparto alle regioni di 1 miliardo di euro. Erogazione obbligatoria (pena tagli al finanziamento) alle ASL e ai comuni entro tre mesi.

Entro dicembre 2025: Riparto alle regioni di 1,25 miliardi di euro. Erogazione obbligatoria (pena tagli al finanziamento) alle ASL e ai comuni entro tre mesi.

Entro Dicembre 2026: Riparto alle regioni di 1,5 miliardi di euro. Erogazione obbligatoria (pena tagli al finanziamento) alle ASL e ai comuni entro tre mesi.

Costi

5 Mld di Euro, così suddivisi nelle diverse annualità: 0,5 (2022), 0,75 (2023), 1 (2024), 1,25 (2025), 1,5 (2026). L'incremento di risorse è graduale nel tempo per consentire ai servizi nel territorio di adattarsi progressivamente all'incremento dell'offerta.

La spesa attuale per la domiciliarità rivolta agli anziani ammonta a 1,7 mld (1,3 Adi e 0,4 Sad). La percentuale di 65+ che ricevono in un anno servizi domiciliari è pari al 3,7% (2,7% Adi e 1% Sad). Seppure i dati disponibili non siano di immediata interpretazione, si può affermare senza tema di smentita che l'intensità dell'Adi è abbastanza bassa (il Ministero indica 18 ore annue per anziano seguito) e il periodo di permanenza in carico piuttosto ridotto. Nel simulare l'utilizzo delle nuove risorse, bisogna prestare attenzione contemporaneamente a tre variabili: a) copertura, b) intensità, c) durata. Qui è possibile farlo solo in modo approssimativo e le stime indicate sono dunque da considerare con cautela. Nella formulazione del PNRR, però, sarà cruciale tenere in particolare considerazione il mix delle tre variabili.

Con l'incremento di risorse previsto, la spesa pubblica passerebbe dagli attuali 1,7 miliardi a 3,2 nel 2026. L'utenza salirebbe via via dall'attuale 3,7% al 6% nel 2026. La maggior parte dei beneficiari avrebbe una presa in carico per tutta la durata del periodo necessario, quindi ben più lunga di oggi. L'intensità, a sua volta, aumenterebbe sostanzialmente, diventando in media il triplo di quella attuale.

RIQUALIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Soggetto proponente

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Soggetto attuatore

Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Regioni e Province Autonome
Enti gestori

Natura

Investimento

Costi

1,75 Mld

Obiettivi

Assicurare spazi di vita adeguati. Superare la promiscuità che caratterizza attualmente la struttura edilizia delle residenze per anziani in Italia. Assicurare a ogni anziano uno spazio di vita personale tale da garantire dignità e privacy, migliorando così la qualità di vita e l'efficacia dell'intervento assistenziale.

Favorire le relazioni con i familiari. Considerare i familiari parte integrante ed essenziale della quotidianità degli anziani ospiti, favorendo di conseguenza le loro relazioni con i congiunti e con il personale. A tal fine occorre: a) migliorare le condizioni per la loro presenza nella struttura; b) potenziare gli strumenti per la comunicazione nei momenti in cui si trovano all'esterno.

Conciliare sicurezza e libertà di movimento. Costruire uno spazio di vita sicuro per i residenti affetti da problemi psichici (che rappresentano la maggioranza e la cui condizione può portare a comportamenti pericolosi per sé e per gli altri), aumentando in tal modo la loro libertà di movimento ed evitando di dover ricorrere alla contenzione fisica.

Rafforzare gli strumenti a supporto dell'attività clinico-assistenziale. Fornire strumenti logistici e tecnologici atti a migliorare le informazioni a disposizione dell'équipe di cura e la loro circolazione.

Ampliare le possibilità diagnostiche, valutative e terapeutiche attraverso l'implementazione di sistemi di telemedicina.

Adeguare le dimensioni delle residenze. Superare l'impatto negativo causato - nella qualità della vita dei residenti e nell'efficacia dell'attività assistenziale - dall'inadeguatezza dimensionale delle strutture. Intervenire sia su quelle di dimensione eccessiva che su quelle troppo piccole.

Accrescere le relazioni con il territorio. Favorire le relazioni tra la struttura e il territorio di riferimento, sia nei confronti della comunità locale sia rispetto ai servizi presenti. Promuovere per la struttura residenziale un ruolo di nodo della rete socio-sanitaria e non di meta terminale, favorendo l'utilizzo dei suoi servizi e la sua frequentazione da parte di persone diverse dai residenti.

Azioni

Obiettivo “assicurare spazi di vita adeguati”. Stabilire per le nuove costruzioni standard strutturali che prevedano 80% di stanze singole con bagno, di dimensione e con arredi tali da consentire la possibilità di permanenza notturna di un familiare e di avere le dotazioni di letto, comodo, tavolino, sedia, poltrona, armadio personale e armadio di stanza. Per le strutture esistenti, prevedere contributi economici direttamente proporzionati al numero di stanze singole che vengono realizzate, anche con un bagno ogni due.

Obiettivo “favorire le relazioni con i familiari”. Inserire negli standard strutturali per le nuove costruzioni la presenza obbligatoria di una stanza arredata per i familiari. Prevedere l'adozione di adeguati strumenti di comunicazione e videocomunicazione, gestibili all'interno degli spazi privati (la stanza personale dell'ospite), sia di tipo fisso che mobile. Per le strutture esistenti, incentivare la realizzazione di spazi autogestiti dai familiari e l'implementazione di sistemi di videochiamata utilizzabili nello spazio privato della stanza.

Obiettivo “conciliare sicurezza e libertà di movimento”. Prevedere negli standard strutturali per le nuove costruzioni sistemi di videosorveglianza esterni. I sistemi di videosorveglianza interna saranno diversificati: segnalazioni per gli ingressi, video per le sale comuni, video e sistema di rilevamento del movimento nella stanza, modulabile sui diversi livelli di autonomia e capacità cognitiva della persona. Dedicare particolare attenzione alla gestione semplice e amichevole dei sistemi di controllo da parte del personale in servizio. Non ci si riferisce ad allarmi ambientali ma sempre a sistemi di segnalazione indirizzati al personale in servizio. Per le strutture esistenti, realizzare il sistema di sorveglianza esterna entro un anno e prevedere un piano di adeguamento di quello interno, coerente con le specifiche esigenze della singola residenza.

Obiettivo “rafforzare gli strumenti a supporto dell'attività clinico-assistenziale”. Stabilire negli standard strutturali per le nuove costruzioni la presenza di una “stanza dello staff” presso ogni unità abitativo – organizzativa (nucleo, reparto), o ogni due se adiacenti, di dimensioni sufficienti a contenere tavolo, sedie e poltrone e adeguate al numero dei componenti dell'équipe; il locale può anche coincidere con una sala riunioni o vi può essere collocato l'ufficio del coordinatore di nucleo/reparto. Obbligatoria l'esistenza di sistemi di chiamata-rintracciamento per tutto il personale in servizio nella struttura. Per le strutture esistenti: individuare o realizzare in ognuna una “stanza dello staff”, all'interno o adiacente ai

nuclei dei residenti. Prevedere soluzioni architettoniche e organizzative che consentano la creazione di aree di isolamento per gestire in sicurezza gli ospiti con necessità transitorie di restare separati dagli altri per motivi sanitari.

Obiettivo “adeguare le dimensioni delle residenze”. La dimensione delle nuove costruzioni non dovrà superare gli 80 posti letto per ogni singola tipologia (RSA, residenze protette, ecc.). Residenze di diversa tipologia possono essere aggregabili fisicamente a patto che mantengano la loro autonomia strutturale e funzionale. La dimensione minima è la presenza di due nuclei abitativi di 20 residenti.

Per le strutture di grandi dimensioni già esistenti, i titolari devono produrre progetti di articolazione e suddivisione delle stesse, non solo di tipo operativo gestionale ma anche architettonico, mirati a una chiara autonomia della collocazione spaziale dei settori di articolazione, perseguibile anche mediante nuove costruzioni. Per le realtà più piccole si incentiva l’acquisizione di personale specialistico attraverso la condivisione e l’accordo fra più strutture.

Obiettivo “accrescere le relazioni con il territorio”. Per le nuove unità, il piano di costruzione deve prevedere l’indicazione degli spazi e dei servizi che possono essere messi a disposizione del territorio, indicandone il possibile uso e le finalità, con conseguente adeguamento strutturale e di dotazione di arredi e tecnologia. Per le residenze esistenti, produzione di un piano del possibile utilizzo da parte dei soggetti del territorio degli spazi e dei servizi in essere, con indicazione di eventuali investimenti necessari per il loro adeguamento a tal fine.

Cronoprogramma

Entro dicembre 2021: Primo riparto (di quattro) alle regioni che previo bando attribuiscono le risorse entro giugno 2022. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2022.

Entro dicembre 2022: Secondo riparto (di quattro) alle regioni che previo bando attribuiscono le risorse entro giugno 2023. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2023.

Entro dicembre 2023: Terzo riparto (di quattro) alle regioni che previo bando attribuiscono le risorse entro giugno 2024. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2024.

Entro dicembre 2024: quarto riparto (di quattro) alle regioni che previo bando attribuiscono le risorse entro giugno 2025. Obbligo di appaltare i lavori per gli enti gestori entro il 2025.

Costi

Finanziamento di 1,75 miliardi di euro da assegnare a seguito di bandi regionali in quattro tranche annuali a strutture che presentano progetti cantierabili. I progetti devono attuare gli obiettivi indicati nella presente scheda. Vengono privilegiati gli interventi co-finanziati dai proponenti, anche in relazione al livello del co-finanziamento.

APPENDICE

Box 1 – Le politiche pubbliche di assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti

Soggetto titolare	Misure
<i>Stato</i>	Indennità di accompagnamento
<i>Regioni</i>	Servizi e interventi sociosanitari
<i>Comuni</i>	Servizi e interventi sociali

Questa definizione è utilizzata anche dalla Commissione Europea

Tabella 1 – Persone 65+ che hanno ricevuto assistenza domiciliare nel 2018

Paese	%
<i>Norvegia</i>	23
<i>Olanda</i>	16,9
<i>Austria</i>	10,9
<i>Danimarca</i>	10,1
<i>Germania</i>	9,5
<i>Francia</i>	9,4
<i>Spagna</i>	7,1
<i>Italia</i>	3,7
<i>Grecia</i>	1,7

Fonte: Commissione Europea, 2020 Ageing Report

Tabella 2 – Posti letto in strutture residenziali ogni 100 persone 65+ (2018)

Paese	%
<i>Olanda</i>	7,3
<i>Germania</i>	5,4
<i>Francia</i>	5,0
<i>Austria</i>	4,6
<i>Norvegia</i>	4,5
<i>Regno Unito</i>	4,4
<i>Spagna</i>	4,4
<i>Danimarca</i>	3,9
<i>Italia</i>	1,9
<i>Grecia</i>	1,8

Fonte: Oecd Health Statistics (www.stats.oecd.org)

Tabella 3 – Trend demografici della popolazione anziana in Italia, anni vari

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65+	10.310.206	12.083.787	13.859.090	16.235.694	19.079.540	19.620.859
75+	4.472.580	5.922.341	7.063.716	8.249.180	9.995.411	12.046.019
80+	2.231.175	3.410.824	4.419.703	5.223.352	6.117.420	7.895.433
% 65+ su pop tot	18,1%	20,4%	23,2%	27,0%	32,2%	33,9%
% 75+ su pop tot	7,8%	10%	11,8%	13,7%	16,8%	20,8%
% 80+ su pop tot	3,9%	5,7%	7,4%	8,7%	13,3%	13,7%
<i>Standardizzazione 80+ del 2000 = 100</i>						
80+	100,0	152,9	198,1	234,1	274,2	353,9

Fonte: nostre elaborazioni da I.Stat e Anziani.Stat (dal 2030 stime centrali)

Tabella 4- Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in alcuni paesi nel Centro-Sud Europa

Paese	Anno
<i>Austria</i>	1993
<i>Germania</i>	1995
<i>Francia</i>	2002
<i>Spagna</i>	2006
<i>Italia</i>	-

Tabella 5 - Riforme nazionali nei settori ritardatari del welfare italiano

Settore	Riforma (anno)
<i>Disoccupazione</i>	Aspi (2012), Naspi (2015), Iscro (2021)
<i>Povert�</i>	Rei (2017), Reddito di Cittadinanza (2019)
<i>Famiglie con figli</i>	Assegno Unico (2021)
<i>Anziani non autosufficienti</i>	-

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ⁱ Ci si riferisce al testo approvato dal Consiglio dei Ministri dello scorso 12 gennaio.
- ⁱⁱ Seppure per fini statistici l'età anziana inizi ancora a 65 anni, il progressivo miglioramento delle condizioni della popolazione ha recentemente portato la Società Italia di Gerontologia e Geriatria a innalzare tale soglia a 75 anni.
- ⁱⁱⁱ Ad es., European Commission, 2020, *The 2021 Ageing Report*, Brussels, European Commission (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip142_en.pdf).
- ^{iv} Su stato ed evoluzione delle complessive politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia si vedano i rapporti del Network Non Autosufficienza (da ultimo NNA, a cura di, 2020, *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*, Rimini, Maggioli, disponibile qui: <https://www.luoghicura.it/le-pubblicazioni-di-nna/>), i rapporti del Cergas Bocconi (da ultimo Fosti, G., Notarnicola, E., a cura di, 2019, *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali*, Egea, Milano, disponibile qui: https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/99aaf88a-1c66-42ec-add9-df76ae31a5d8/fosti_notarnicola.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mRDrVdE) e i rapporti dello European Social Policy Network dedicati al nostro Paese (da ultimo Jessoula, M., Pavolini, E., Raitano, M. e Natili, M., 2018, *ESPN thematic report on challenges in long-term care – Italy*, Espn, Brussels, disponibile qui: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1135>).
- ^v Motta, M., 2020, *Servizi territoriali: insegnamenti dall'emergenza sanitaria?*, in www.welforum.it, 22 ottobre.
- ^{vi} Ad es. Oecd/European Commission, 2013, *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, Oecd policy studies; Elsayw B, Higgins KE, *The geriatric assessment*. Am Fam Physician. 2011 Jan 1;83(1):48-56; Fletcher A. *Multidimensional assessment of elderly people in the community*; Br Med Bull. 1998;54(4):945-60.
- ^{vii} Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E. e Ruotolo, A., 2020, *Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento*, in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020 – Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, pp. 203-236 (disponibile qui: https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/cdr/cergas/home/observatories/oasi/_oasi+report+2020)
- ^{viii} Gori, C., Trabucchi, M. 2020, *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 11-32.
- ^{ix} <https://demenze.iss.it/epidemiologia/>
- ^{xxx} Guaita, A., Trabucchi, M. (a cura di), 2016, *Le demenze. La cura e le cure*, Rimini, Maggioli.
- ^{xi} In proposito si veda la parte sulle politiche regionali curata da L. Pelliccia nell'ultimo Rapporto di NNA.
- ^{xii} Sulla domiciliarità, oltre alle fonti già citate, si vedano le pubblicazioni de “La Bottega del Possibile” (disponibili qui: <https://www.bottegadelpossibile.it/pubblicazioni/>) e quelle sull'Adi di “Italia Longeva” (disponibili qui: <https://www.italialongeva.it/aree-tematiche/assistenza-domiciliare-integrata-adi/>).
- ^{xiii} Sulla residenzialità, oltre alle fonti già citate, si vedano le pubblicazioni, si veda l'”Osservatorio settoriale sulle Rsa” presso l'Università Liuc di Castellanza (<http://www.liucbs.it/ricerca-applicata-e-advisory/centri-di-competenza/centro-sulleconomia-e-il-management-nella-sanita-e-nel-sociale/osservatori-e-club/>).
- ^{xiv} I 5 Miliardi di Euro derivano da un incremento graduale di risorse così articolato: +0,5 Mld (2022), +0,75 Mld (2023), + 1 Mld (2024), + 1,25 Mld (2025), + 1,5 Mld (2026).
- ^{xv} Governo Italiano, 2021, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 12 gennaio, pag. 7.
- ^{xvi} Governo Italiano, 2020, *Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 15 settembre 2020, pag. 3.
- ^{xvii} Gori, C. (a cura di), 2006, *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino.
- ^{xviii} Caiolfa, M., 2020, *Aspettando il cambiamento*, in “I Luoghi della cura online”, 13 luglio; Gori, C., Pesaresi, F. 2019, *La riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti. 20 anni di proposte*, in “I luoghi della cura online”, 23 gennaio.

-
- ^{xix} Da Roit, B., 2020, *Traiettorie delle politiche di long-term care in Europa: protezione, familizzazione e lavoro di cura*, in “Salute e Società”, 3, pp. 32-48; Ranci, C., Pavolini, E. (a cura di), 2013, *Long-term care reforms in Europe*, New York, Springer.
- ^{xx} Governo Italiano, 2021, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 12 gennaio, pag. 7.
- ^{xxi} Istat-Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totalità della popolazione residente – Periodo Gennaio Novembre 2020*, Roma, Istat, 30 dicembre. Sulle specifiche vicende delle strutture residenziali in tempo di pandemia si veda il lavoro del “Laboratorio di politiche sociali” presso il Politecnico di Milano (<http://www.lps.polimi.it>).
- ^{xxii} Pasquinelli, S. et al., 2020, *Una nuova assistenza a domicilio in Lombardia – 10 proposte*, (https://lombardia.forumterzosettore.it/wp-content/uploads/2020/11/nuova-assistenza-a-domicilio-10-proposte-TESTO_def.pdf).
- ^{xxiii} Barsanti, S., 2020, *I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito*, in NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 63-82.
- ^{xxiv} Liotta, G., Mancinelli, S., Scarcella, P., Pompei, D., Mastromattei, A., Cutini, R., et al., 2012, *Salute e disabilità nell'anziano, tra vecchi paradigmi ed un nuovo sorprendente futuro*, in “Igiene e sanità pubblica”, 5, pp. 657-676.
- ^{xxv} Guaita, A., 2020, *I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti*, in n NNA (a cura di), 2020, “Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto”, Rimini, Maggioli, pp. 53-62.
- ^{xxvi} Ad esempio, Commissione Europea, 2012, *Staff Working Document on Exploiting the Employment Potential of Personal and Household Services*, Strasburgo.
- ^{xxvii} Bettio, F., Simonazzi, A., 2011, *Curiamo la disoccupazione con i lavori di cura*, in www.ingenero.it, 24 febbraio.
- ^{xxviii} Pesaresi, F., 2021, *Manuale del caregiver familiare*, Rimini, Maggioli.
- ^{xxix} Forum Disuguaglianze Diversità, 2021, *Perché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza divenga strategia-paese*, 12 gennaio (https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2021/01/Valutazioni_ForumDD_PNRR.x74988.pdf).
- ^{xxx} Forum Disuguaglianze Diversità, 2021, *Perché il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza divenga strategia-paese*, 12 gennaio; Maino, F., Razzetti, F., 2019, *Un rinnovato protagonismo per stakeholder e corpi intermedi?* In Maino, F., Ferrera, M. (a cura di) “Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto rapporto sul secondo welfare 2019”, pp. 23-48, Torino, Giapichelli (Disponibile qui: <https://www.secondowelfare.it/rapporti/quarto-rapporto-2w/4r2w.html>).
- ^{xxxi} Ad esempio, European Commission, 2020, *Commission staff working document – Guidance to member states Recovery and Resilience Plans*, Brussels, 17 settembre.
- ^{xxxii} Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 15 settembre 2020.
- ^{xxxiii} Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile (Asvis), 2020, *L'Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile – Rapporto 2020*, Roma, Asvis (disponibile qui: https://asvis.it/public/asvis2/files/Rapporto_ASviS/Rapporto_ASviS_2020/Report_ASviS_2020_FINAL8ott.pdf).
- ^{xxxiv} Ansa, 18 gennaio 2021.
- ^{xxxv} Ad es., European Commission, 2020, *The 2021 Ageing Report*, Brussels, European Commission (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip142_en.pdf).
- ^{xxxvi} Castegnaro, C., Pasquinelli, S., 2021, *Disabilità e non autosufficienza: dopo la pandemia serve altro*, in www.welforum.it, 14 gennaio.
- ^{xxxvii} Da Col, P., Trimarchi, A., Pletti, L., 2020, *Domiciliarità: richiedere più fondi non basta. Serve un distretto forte per nuove idee, programmi innovativi, risposte coerenti con i bisogni*, in “I Luoghi della cura online”, 20 maggio.