



Anziani non autosufficienti: le proposte del Patto per un Sistema Nazionale di Assistenza

29 APRILE 2022
15:00 – 17:00



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



PROGRAMMA



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

- Ore 15.00 | **Introduzione** | *Cristiano Gori*, Università degli Studi di Trento – coordinatore del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza
- Ore 15.15 | **Il nuovo percorso di anziani e familiari previsto dallo SNA** | *Fabrizio Giunco*, Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza
- Ore 15.30 | **La rete degli interventi: domiciliarità, residenzialità, prestazione universale** | *Franco Pesaresi*, Network Non Autosufficienza – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza; *Costanzo Ranci*, Politecnico di Milano – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

PROGRAMMA



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

- Ore 16.00 | **Programmazione e governance** | *Michelangelo Caiolfa*, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza; *Laura Pelliccia*, Collaboratore di ricerca Network Non Autosufficienza – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza
- Ore 16.20 | **Modalità di finanziamento: finanziamento pubblico e secondo pilastro integrativo** | *Laura Pelliccia*, Collaboratore di ricerca Network Non Autosufficienza – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza; *Franca Maino*, Università degli Studi di Milano – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza
- Ore 16.40 | **Conclusioni** | *Cristiano Gori*, Università degli Studi di Trento – coordinatore del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

IL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI

CRISTIANO GORI

IL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI

- La riforma introduce il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA). Lo SNA comprende l'insieme di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani (età 65+) non autosufficienti
- SNA = interventi sanitari + interventi sociali + prestazioni Inps
- Il funzionamento dello SNA si basa sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta degli interventi menzionati, che mantengono le titolarità istituzionali attualmente esistenti (siano esse statali, regionali o comunali)

PERCHÉ LO SNA

- Fornire risposte unitarie e integrate
- Promuovere l'approccio specifico della non autosufficienza
- Rendere la non autosufficienza riconoscibile dalla politica e dalle istituzioni

percorso unico

rete integrata delle
risposte

SNA

programmazione e
governance

modalità di
finanziamento

IL NUOVO PERCORSO DI ANZIANI E FAMILIARI PREVISTO NELLO SNA

FABRIZIO GIUNCO

ACCESSO UNICO, PERCORSO UNICO

- Lo SNA si fonda sull'unitarietà dell'accesso.
- La *possibilità di accedere all'insieme degli interventi dello SNA viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB).*
- Lo SNA prevede *un percorso unico, chiaro e semplice, nell'intera rete del welfare.* Tale iter collega la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di titolarità statale, alla successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni.

I PASSI DEL PERCORSO

PUA (Punto Unico di Accesso)	<ul style="list-style-type: none">• Fornisce informazioni, orientamento e supporto amministrativo
VNB (Valutazione Nazionale di Base)	<ul style="list-style-type: none">• Valuta l'anziano con uno strumento adeguato• Stabilisce l'accesso allo SNA• Definisce le prestazioni nazionali da ricevere
UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)	<p>(le viene trasmessa la VNB)</p> <ul style="list-style-type: none">• Definisce gli interventi locali da ricevere• Attiva il Progetto assistenziale integrato (Pai)

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

- Il Punto Unico di Accesso (PUA) - collocato presso la Casa della Comunità - è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione deputato a fornire informazioni, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata.
- Anziani e famiglie possono rivolgersi direttamente all'équipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB, cfr. oltre) o arrivarvi attraverso il PUA, che li accompagna e facilita così il loro contatto iniziale con lo SNA.

VALUTAZIONE NAZIONALE DI BASE (VNB)

- La VNB ingloba le diverse valutazioni oggi esistenti per ricevere le prestazioni di titolarità statale.
- Esamina le condizioni degli anziani secondo un **approccio multidimensionale**, adottando uno **strumento standardizzato** di nuova generazione.
- Stabilisce se gli anziani possono **accedere allo SNA**. Stima il livello di **fabbisogno assistenziale**.
- **Definisce quali interventi spettano alle persone ammesse** fra quelli di titolarità statale (principalmente: prestazione universale di base, agevolazioni fiscali, congedi e permessi di lavoro per i caregiver).

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

- Svolta la VNB, gli anziani ammessi allo SNA vengono indirizzati alla **successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni.**
- L'UVM **definisce gli interventi a responsabilità regionale e comunale** dei quali gli anziani possono usufruire. L'UVM, inoltre, attiva la procedura per l'elaborazione del **Progetto assistenziale integrato (PAI)**, indicandone i criteri fondamentali.
- La presenza di UVM condivise tra sociale e sanitario è contemplata in gran parte delle normative regionali. Potranno beneficiare della valutazione effettuata con la VNB, integrandola come ritenuto necessario per i propri specifici compiti.

COSA CAMBIA RISPETTO AD OGGI

VNB, di titolarità statale

- *Accorpa le attuali valutazioni per ricevere le misure nazionali*
- *E' realizzata con uno strumento oggettivo e multidimensionale*
- *Definisce l'accesso a tutto il sistema*

UVM, di titolarità di regioni e comuni

- *E' già prevista in gran parte delle normative regionali, in vari contesti da rafforzare*
- *E' collegata alla VNB*

UN PERCORSO UNITARIO E SEMPLIFICATO

Tutela e trasparenza dei diritti	Una sola valutazione - oggettiva e multidimensionale - per accedere all'intero sistema
Semplificazione del percorso	Da cinque-sei a due valutazioni
Continuità del percorso	Due livelli di valutazione collegati

MIGLIORAMENTO PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE

Rafforzamento progettazione	L'azione delle UVM viene facilitata; può focalizzarsi sulla progettazione degli interventi (Progetto Personalizzato o Progetto Assistenziale Integrato)
Rafforzamento programmazione	La VNB permette la stratificazione oggettiva dei livelli di fabbisogno assistenziale. Migliora la comparabilità tra le Regioni, la stima dei bisogni della popolazione e la valutazione dei risultati delle riforme

COSA CAMBIA RISPETTO AD OGGI

- La VNB assolve al duplice scopo di rispondere al meglio ai bisogni del singolo anziano e di essere utile al governo del sistema.
- Il sistema attuale impone a persone e famiglie un elevato consumo di risorse fisiche ed emotive. Può essere difficile reperire le informazioni necessarie per accedere ai benefici e servizi a disposizione e gli iter amministrativi sono spesso impegnativi.
- L'adozione di strumenti di valutazione aggiornati e di soluzioni tecnologiche che permettano di condividere in rete le informazioni di salute del cittadino limita la necessità di spostamenti di persone in difficoltà e di familiari già impegnati nel lavoro di cura, favorendo piuttosto la continuità delle informazioni.
- La possibilità di **raccogliere dati omogenei e comparabili** permette inoltre di stimare la consistenza delle popolazioni con diversi livelli di fabbisogno assistenziale, la loro evoluzione nel tempo e la consistenza delle risposte. Si tratta di un potente strumento di governo e programmazione dello SNA ad ogni livello (nazionale, regionale, locale).

DOMICILIARITÀ E RESIDENZIALITÀ NEL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI

FRANCO PESARESI

LA RETE INTEGRATA DELLE RISPOSTE

INTEGRAZIONE E LIVELLI ESSENZIALI

- Lo SNA prevede *interventi integrati sociali e sanitari* per gli anziani non autosufficienti.
- I servizi del SNA si basano sui *livelli essenziali sociali (LEPS) e sanitari (LEA)*, che vengono definiti ed erogati *contestualmente*. Lo SNA si fonda sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali.

LA FILIERA DELLO SNA

Lo SNA prevede *una filiera organica di risposte differenziate e complementari, capaci di rispondere ai molteplici profili della non autosufficienza*. La filiera si snoda attraverso i seguenti setting assistenziali e attribuisce *priorità alle risposte fornite a casa degli anziani*:

- Servizi domiciliari
- Soluzioni abitative di servizio
- Servizi semiresidenziali
- Servizi residenziali
- Prestazione universale per la non autosufficienza
- Interventi per le assistenti familiari
- Interventi a sostegno dei caregiver familiari
- Adulti con disabilità che invecchiano

.....di seguito si toccano solo gli aspetti relativi alla domiciliarità e alla residenzialità...

LA NUOVA DOMICILIARITÀ

L'ADI OGGI: NON E' UN PAESE PER VECCHI

Pur con rilevanti eccezioni, in Italia non esiste un servizio domiciliare progettato per gli anziani non autosufficienti.

- La riceve il 6,2% degli anziani. Spesa 1,3 miliardi.
- **Prevalenza del modello prestazionale:** singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) per rispondere a specifiche, e circoscritte, esigenze sanitarie. L'80% degli anziani ha ricevuto 1-2 accessi mensili per pochi mesi.
- **Livelli d'intensità** (numero di visite per utente) e **di durata** della presa in carico assai **bassi**. Media 16 accessi annui dell'infermiere, 3 del medico, 6 di altri operatori (totale **18 ore annue, 15 negli anziani**);
- Sono interventi utili ma non è *long-term care*.

IL SAD: LA DIFFUSIONE MARGINALE

- **L'utenza: 1,3% degli anziani;** la spesa 347 milioni. Grandi differenze regionali. Il Sad è, da tempo, un servizio residuale.
- Il PNRR gli dedica risorse modestissime (13 milioni l'anno per le dimissioni protette).
- **Non c'è integrazione.** Solo 57.685 anziani ricevono realmente un'assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria. Sono lo 0,4% degli anziani. Corrispondono al 6,7% degli anziani che usufruiscono delle cure domiciliari. Il 60% dei comuni non eroga il SAD integrato all'ADI.

LA NUOVA DOMICILIARITÀ

Assicurare l'unitarietà della risposta

- Interventi integrati tra sanità e sociale e percorso predefinito (UVM, PAI, Case manager)

Offrire un appropriato mix di prestazioni

- A partire da servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana, affiancamento a caregiver familiari per un approccio multidimensionale.

Fornire assistenza per il tempo necessario

- Durata della presa in carico adeguata rispetto ai bisogni degli anziani e opportuna intensità degli interventi

NUOVE CURE DOMICILIARI

- **Ridisegnare l'Adi, seguendo il modello del care multidimensionale**
- **Durata della presa in carico e intensità degli interventi in base alle necessità dell'anziano. Cure domiciliari 7 giorni su 7, h24.**
- **Si dia attuazione ai LEA 2017: prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona al 50% a carico del SSN (100% primo mese).**

RIFORMA DEL SAD

- Il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) venga individuato come Livello essenziale delle prestazioni (LEPS)
- L'assistenza domiciliare sanitaria e quella sociale vengono erogate in modo unitario ed integrato attivando anche le procedure del budget di salute
- Potenziamento servizio. SAD gratuito nelle dimissioni protette. Accreditemento. Sad h12.

L'OBIETTIVO

L'obiettivo complessivo è quello di arrivare ad un sistema che offra tutte e tre le prestazioni

- servizi medico-infermieristico-riabilitativi (Asl),
- sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana (Asl e Comuni),
- azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (Asl e Comuni),

in un pacchetto unitario ed integrato secondo i reali bisogni (intensità) dell'anziano per tutto il tempo necessario.

LA RESIDENZIALITÀ

LA RESIDENZIALITÀ ATTUALE

- Quasi assenza totale di modelli di residenzialità – tipo alloggi protetti – alternativi ai presidi residenziali per anziani.
- Modelli costruttivi derivati da quelli ospedalieri non adatti a chi deve vivere anni in una struttura. Servono spazi per relazioni di vita, 1-2 letti per stanza, bagno in stanza.
- Oggi gli standard di personale sono stabiliti dalle regioni. Sono diversi fra una regione e l'altra e sono spesso tendenzialmente bassi (in media 0,51 operatori ogni anziano; nelle carceri 0,55 agenti per detenuti). Occorre definire lo standard minimo assistenziale nazionale da garantire nelle diverse strutture.
- Il sistema dei controlli istituzionali è carente. Le regioni, in genere, hanno definito il sistema autorizzatorio ma non hanno incaricato un soggetto preposto ai controlli periodici. Tutto è demandato ai NAS. Serve invece un soggetto terzo che autorizzi le strutture ma che sia anche incaricato di fare controlli.

LE SOLUZIONI ABITATIVE DI SERVIZIO

- costituiscono *l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani fragili o con limitazioni delle autonomie*
- Vi rientrano *civili abitazioni* – individuali, in coabitazione, condominiali o collettive – *che garantiscono sicurezza e qualità della vita all'anziano. Esempio: alloggi protetti*
- *Possono essere integrate da servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, da ausili tecnologici e da tecnologie assistive*
- Sono inserite a pieno titolo nella filiera degli interventi dello SNA e ne viene promossa la realizzazione e il sostegno

LA NUOVA RESIDENZIALITÀ

I servizi residenziali vengono offerti in base ai seguenti principi:

Garantire la qualità degli ambienti di vita

- Strutture con ambienti amichevoli, domestici, familiari, sicuri e che tutelano la privacy.

Assicurare l'intensità assistenziale necessaria

- Una dotazione di personale adeguata alle esigenze degli anziani residenti. Responsabile medico.

Offrire un opportuno mix di risposte

- Una composizione delle professionalità presenti nelle strutture adatta ai diversi profili degli anziani (anche animatori, educatori, ecc.)
- Miglioramento del sistema autorizzatorio

LA CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI

- Lo SNA definisce *rette eque e sostenibili a carico degli anziani nei presidi residenziali e semiresidenziali*. Al tal fine, si prevede *una revisione complessiva della materia delle rette*.
- Rivisto anche *il coinvolgimento economico delle famiglie di anziani ospiti delle strutture residenziali*, stabilendone i confini (i familiari coinvolti) e la corretta entità *al fine da evitarne l'impovertimento*.
- Utilizzo redditi non fiscalmente rilevanti e definizione quota minima che rimane nella disponibilità dell'utente.
- Intensità assistenza non deve influenzare retta utente. 70% costi a carico SSN per gli anziani con demenza.

LA NUOVA PRESTAZIONE UNIVERSALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

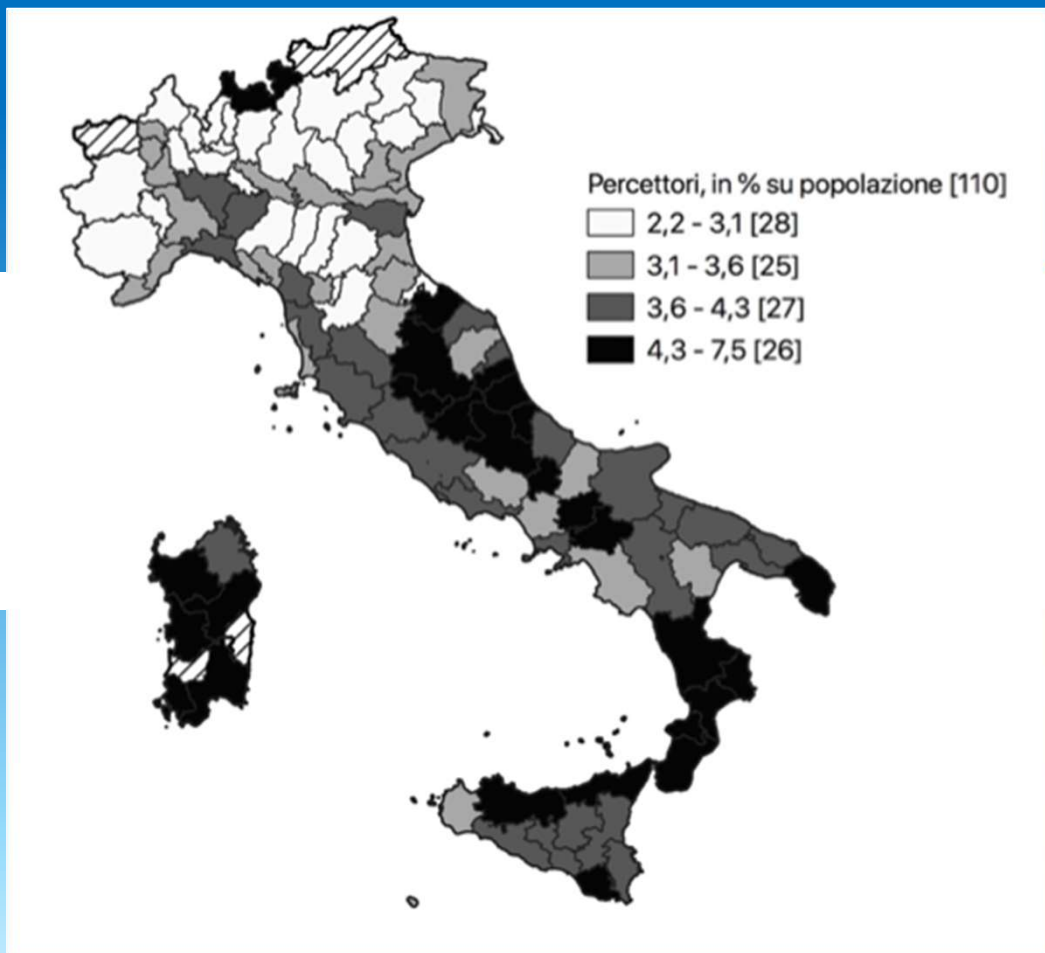
COSTANZO RANCI

I PUNTI DI CONTINUITÀ

- **Assetto universalistico**, che stabilisce un quadro di diritti alla cura esigibili a livello nazionale, indipendente da una prova dei mezzi
- Si mantiene il carattere di **prestazione monetaria**
- **Automatismo** delle procedure amministrative e procedure stabilite e controllabili **su scala nazionale**

CHE COSA VA CAMBIATO

- La valutazione del bisogno di cura lascia troppo spazio ad **ampie discrezionalità** che non garantiscono equità di trattamento tra tutti i cittadini e tra i territori



CHE COSA VA CAMBIATO

L'attuale supporto è dato **in misura uguale** indipendentemente dall'entità del bisogno di cura, creando situazioni di iniquità

CHE COSA VA CAMBIATO

Si offre un **trasferimento monetario senza vincoli di utilizzo**, che alimenta il mercato irregolare della cura e lascia soli i cittadini nell'organizzazione della cura

LA RIFORMA IN TRE MOSSE

1. Introdurre **un sistema unificato ed omogeneo** di valutazione, sulla base di criteri standardizzati

Obiettivi: ridurre la discrezionalità locale e le iniquità territoriali;
fornire una base oggettiva per l'introduzione di benefici differenziati per livelli diversi di disabilità

LA RIFORMA IN TRE MOSSE

2. Introdurre una graduazione dei benefici in relazione al grado di **disabilità accertato**, per rendere la misura più adeguata alle necessità delle persone con maggiore bisogno di assistenza

Obiettivi: introdurre maggiore equità nel sistema in relazione all'intensità di bisogno;
fornire maggiore protezione ai casi più gravi

LA RIFORMA IN TRE MOSSE

3. Superare la monetizzazione esclusiva introducendo, oltre all'erogazione monetaria svincolata, una **opzione servizi**, a libera scelta con maggiorazione dell'importo, utilizzabile per l'assunzione regolare di un'assistente familiare oppure per acquisire servizi professionali accreditati

Obiettivi: emersione del lavoro irregolare di cura;
sostenere offerta di servizi di cura accreditati

IN SINTESI

- Viene mantenuto **l'assetto universalistico** dell'IdA, si conferma il quadro dei diritti esistente e si garantiscono le prestazioni già in essere
- Si sviluppa **una riforma migliorativa e sostenibile**, che aumenta il sostegno soprattutto alle persone con bisogni più gravi
- Non si introducono maggiori vincoli, ma si **aumentano le possibilità di scelta** dei cittadini

PROGRAMMAZIONE E GOVERNANCE

MICHELANGELO CAIOLFA

L'APPROCCIO RICOMPOSITIVO



Approccio Sistemico Multilivello	Integrazione				
	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Livello Statale	○ ↔ ○				
Livello Regionale	○ ↔ ○				
Livello Locale	○ ↔ ○ ↔ ○				

GOVERNANCE E PROGRAMMAZIONE

Rete Nazionale

Ministeri
Regioni
Enti Locali
INPS
→ Parti Sociali
→ Enti Terzo Settore



Piano Nazionale

Tre Anni - Aggiornamenti
Prestazioni INPS
Livelli Essenziali LEA-LEP
Stratificazione Popolazione
Fabbisogni

Rete Regionale

Regione
Enti Locali
Aziende Sanitarie
INPS
→ Parti Sociali
→ Enti Terzo Settore



Piano Regionale

Tre Anni - Aggiornamenti
Obiettivi di Servizio LEA-LEP
Obiettivi di Servizio Ulteriori
Programmi e Risorse
Coordinamento con altre programmazioni

Rete Territoriale

Comitato Sindaci ATS
D.G. Azienda Sanitaria
Responsabile
Distretto
Responsabile ATS
→ Parti Sociali
→ Enti Terzo Settore



Piano Territoriale

Tre Anni - Aggiornamenti
Attuazione OdS
Servizi e Processi
Programmi e Risorse
Coordinamento con altre programmazioni

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE UNITARIA

Rete Nazionale



Piano Nazionale

Rete Regionale



Piano Regionale

Rete Territoriale



Piano Territoriale



Organizzazione
Territoriale

A. Ambiti Territoriali

- Perimetrazioni
- Attivazione Distretto
- Attivazione ATS

B. Cardini per l'Integrazione

- Comitato di Ambito Integrato con D.G. Asl
- Ufficio di Piano
- Coordinamento Operativo
- Budget Integrato di Ambito
- Valutazione Multidimensionale

LIVELLI ESSENZIALI E OBIETTIVI DI SERVIZIO



PROGRAMMAZIONE E GOVERNANCE

LAURA PELLICCIA

QUALE CAPACITÀ DI RAPPRESENTARE IL FABBISOGNO DI OGNI TERRITORIO?

- Situazione di partenza: impossibilità di stima del fabbisogno legato alla non autosufficienza nazionale e territoriale
- Cosa cambierà con lo SNA?
 - Implementazione di un sistema di valutazione comune a livello nazionale
 - possibilità di una lettura omogenea dei bisogni multidimensionali/
 - possibilità stratificare l'utenza SNA in base al bisogno di interventi per la non autosufficienza (profili omogenei di bisogno)
- Risultato: Proxy della domanda di ogni regione (quanto è il fabbisogno di una regione rispetto alle altre? Quanti anziani con un certo profilo di bisogno ci sono in quella regione?)

QUALE CAPACITÀ DI RAPPRESENTARE LE RISPOSTE ASSISTENZIALI DI OGNI TERRITORIO? (1)

Limiti degli attuali sistemi di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none">• Sistemi di rilevazione disgiunti tra sanità e sociale• Mappature per setting e non per tipologia di bisogno (livello di non autosufficienza)• Differenti denominazioni regionali dello stesso tipo di risposte
Effetti	<ul style="list-style-type: none">• Sistemi di monitoraggio generici• Impossibilità di comparazione mirate al bisogno dei non autosufficienti• Freno alla possibilità di stimolare il miglioramento

QUALE CAPACITÀ DI RAPPRESENTARE LE RISPOSTE ASSISTENZIALI DI OGNI TERRITORIO? (2)

Come cambierà la lettura dell'offerta con lo SNA?

- Individuazione di un nomenclatore/tassonomia comune degli interventi per la non autosufficienza (sanitari e sociali)
- Mantenimento delle denominazioni regionali dei servizi ma criteri di raccordo con una comune classificazione nazionale, secondo principi di tipo funzionale (a quale profilo di bisogno legato alla non autosufficienza risponde l'intervento regionale x?)

Vantaggi

disponibilità di una lettura funzionale e integrata delle risposte dei vari territori (data la condizione di un certo anziano tipo, quanta e quale assistenza riceve in ogni regione?)

LA GRIGLIA QUALE STRUMENTO DI RACCORDO

- Distribuzione dell'utenza SNA per profili omogenei di fabbisogno assistenziale (proxy degli interventi attesi)



GRIGLIA FABBISOGNI RISPOSTE



- Sistema di monitoraggio dello SNA (rilevazione risposte locali)

→ Possibilità di confronto tra effettivo e atteso, dati i bisogni
Monitoraggio sui «grandi numeri» (flessibilità sul singolo caso)
Confronti qualitativi e quantitativi

QUALE CAPACITÀ DI FARE GOVERNANCE

- Nel quadro del processo di governance multilivello, identificazione- a partire dalle situazioni maggiormente critiche rilevate con la griglia – di obiettivi di miglioramento da assegnare ai territori.

L'anziano che oggi sistematicamente in un certo territorio non riceve risposte adeguate sa che i propri decisori:

dovranno dar conto della filiera dei propri interventi (socio-sanitari e sociali)
saranno stimolati al miglioramento continuo quali/quantitativo

→ Una Governance che può contare sull'integrazione di diversi strumenti (Lea, Lep, Griglia)

possibilità di completare/valorizzare gli attuali cambiamenti organizzativi (es. riforma sanità territoriale)

MODALITÀ DI FINANZIAMENTO: FINANZIAMENTO PUBBLICO

LAURA PELLICCIA

LA SITUAZIONE ATTUALE

- *Assenza di un vero e proprio programma pubblico universalistico per la gestione del rischio di non autosufficienza, affidamento sulle risorse familiari*
- *la quota di spesa intermediata dall'intervento pubblico è modesta, gli interventi sono prevalentemente a carico delle famiglie*
- *A parità di bisogno, la possibilità di acquistare interventi di supporto alla famiglia dipende dalle condizioni economiche familiari.*
- *Rischio di impoverimento per acquistare gli interventi*

LE CARATTERISTICHE DEGLI ATTUALI FINANZIAMENTI PUBBLICI

- *Frammentazione tra canali diversi*
- *Discontinuità/incertezza*
- *Confronto internazionale: inadeguatezza delle risorse pubbliche dedicate specie per i servizi di Ltc*

PRINCIPI DEL FINANZIAMENTO DELLO SNA (1)

- *Lea e Leps (contestuali) finanziati principalmente con risorse pubbliche (PRIORITA')*
- *Finanziamento della spesa pubblica in base alla capacità contributiva
→ Ricerca dell'equità nel finanziamento*
- *Ricerca dell'equità nell'accesso ai servizi a parità di bisogno*

PRINCIPI DEL FINANZIAMENTO DELLO SNA (2)

- *Continuità del finanziamento*
- *Adeguamento del finanziamento all'evoluzione dei bisogni*
- *Responsabilizzazione di tutti gli attori, ricomposizione delle diverse fonti*

PRINCIPI DEL FINANZIAMENTO DELLO SNA (3)

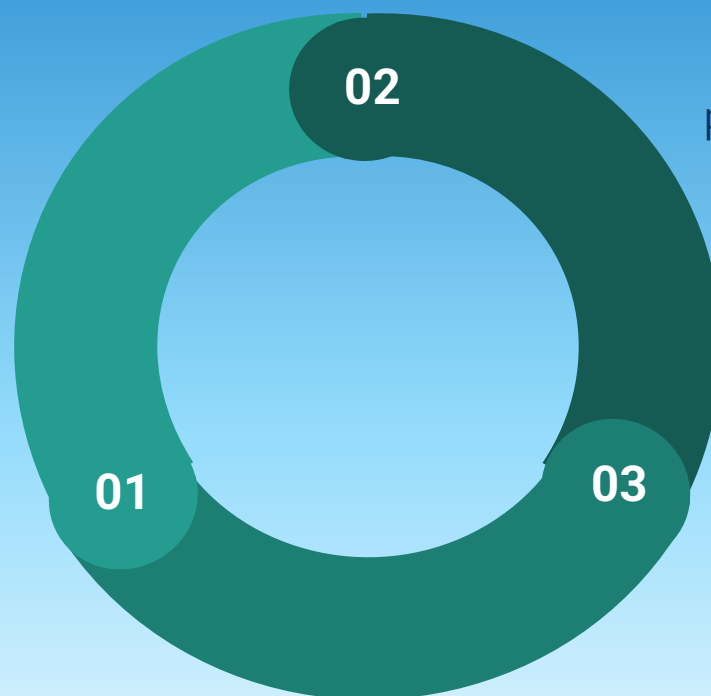
*Regolazione pubblica delle partecipazioni, specie nei servizi residenziali
→ URGENZA di REVISIONE in modo da garantire equità*

IL SECONDO PILASTRO INTEGRATIVO DEL SNA

FRANCA MAINO

Tre sfide, anche per il secondo pilastro LTC

Aumento della popolazione anziana
Tra il 2040 e il 2060 gli anziani raggiungeranno il 33% (attualmente è il 23%) del totale della popolazione (1 cittadino su 3)



Anziani sempre più dipendenti...
Vivere più a lungo non significa vivere più sani (il 31% degli over 65 anni è non autosufficiente, il 27% in Europa).

... e soli
Crescente contrazione delle famiglie più numerose, la diffusione di famiglie monocomponenti e monogenitoriali o di famiglie composte da coppie di anziani o anziani soli → **povertà relazionale** (esacerbate dalla pandemia da Covid-19)

Il secondo pilastro LTC

- Anche nel miglior scenario possibile il **sistema pubblico non potrà mai coprire integralmente le spese** per la non autosufficienza
- Necessario **dotare le famiglie anche di risorse ulteriori che contribuiscano ad affrontare la sfida della NA** attraverso un dispositivo che sia il più equo ed efficiente possibile
- Assicurazioni individuali (il terzo pilastro) rappresentano una alternativa ben più costosa (e quindi per pochi) al secondo pilastro

Primo e secondo pilastro, integrati da loro

Il secondo pilastro è da intendersi ad integrazione del pilastro pubblico

- La proposta del Patto prevede l'adozione di una **prospettiva integrata** che, accanto alle risorse pubbliche, fa ricorso a quelle di carattere privato adottando un modello di intervento volto a **garantire principi di equità e solidarietà nell'accesso alle cure**
- Il secondo pilastro integrativo **fa propria la definizione di non autosufficienza** utilizzata nella Valutazione Nazionale di Base (VNB) e adotta quest'ultima per definirne i diversi profili di bisogno

Le logiche alla base dei fondi integrativi

- I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza adottano **logiche mutualistiche e solidaristiche** ai fini della **tutela vitalizia** dal rischio di decadimento psicofisico e di non autosufficienza. L'adesione si deve basare sui principi di **non selezione dei rischi sanitari** e di **non discriminazione** nei confronti di particolari gruppi o soggetti
 - Si prevede l'attivazione della copertura e dei costi in **età attiva**, in **maniera continuativa**, su **base collettiva e ancorata alla contrattazione**, così da trarre il massimo vantaggio da una solidarietà ampia, condivisa e generalizzata tra le diverse categorie e generazioni ...
- ...per avere una platea più ampia possibile con ricadute positive sia in termini di copertura sia di sostenibilità**

Le risorse dei fondi integrativi

- Si propone di favorire l'attivazione di forme di copertura di carattere collettivo per i lavoratori autonomi e per le altre forme di lavoro non ricomprese nei CCNL
- Sono da prevedere inoltre modalità specifiche per adesioni di carattere **individuale e volontario**, anche da parte di soggetti che si sono ritirati dal mercato del lavoro
- Il secondo pilastro integrativo prevede la **copertura anche in caso di modifica contrattuale (portabilità)** e, al fine di promuovere la sostenibilità e l'equità tra i diversi soggetti, dovrebbe contemplare la copertura figurativa, a carico della fiscalità generale, per periodi di inattività e/o disoccupazione

Le prestazioni finanziate dai fondi integrativi

- Si prevede un sistema di **finanziamento a capitalizzazione collettiva**, con accantonamento di capitali
- I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza possono erogare **servizi e/o rendite**
- Le prestazioni per la copertura della non autosufficienza vengono garantite a coloro che diventano non autosufficienti (secondo la VNB), avendo **aderito** al Fondo per la non autosufficienza **in età attiva per almeno un anno**

Le prestazioni finanziate dai fondi integrativi

- Il secondo pilastro integrativo prevede **standard minimi di qualità delle prestazioni/servizi e prestazioni minime da inserire nell'accordo/statuto esito della contrattazione**
- Per promuovere l'integrazione sociosanitaria e un'efficace presa in carico dei bisogni, gli interventi sostenuti dai Fondi Integrativi LTC devono essere **coerenti con il percorso indicato nel Progetto assistenziale integrato (PAI)**

Come sostenere il secondo pilastro LTC

- Il **secondo pilastro non è alternativo al primo pilastro**, di natura pubblica, che rappresenta il principale obiettivo della riforma
- Pertanto, non si prevedono risorse pubbliche aggiuntive da destinare ad agevolazioni fiscali dedicate, ritenendo ora necessario concentrare tutti i fondi pubblici nella realizzazione di adeguati livelli essenziali
- Il secondo pilastro prevede la **riorganizzazione degli incentivi fiscali esistenti**, al fine di valorizzare l'esito della contrattazione tra le parti ed evitare di gravare sul costo del lavoro



Anziani non autosufficienti: Le proposte del Patto per un Sistema Nazionale di Assistenza

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

CONTATTI

SITO: WWW.PATTONONAUTOSUFFICIENZA.IT

MAIL: SEGRETERIA@PATTONONAUTOSUFFICIENZA.IT



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