

## Elementi di commento

al DDL S. 506 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Il testo del DDL appare completo e molto ben articolato.

Non sembri inutile ricordare che la categoria delle persone anziane ha tradizionalmente ricevuto dal nostro sistema di welfare una attenzione spesso molto concentrata sul tema dell'intervento previdenziale, lasciando agli Enti locali la predisposizione di sistemi di intervento sanitario, soprattutto, e di tipo socio-assistenziale.

La materia viene invece affrontata con il DDL alla luce del più recente dibattito europeo e internazionale sul tema dell'invecchiamento attivo e della cura integrata della persona. Tali entrambi elementi non perdono di vista una delle politiche più innovative e anche più recenti del sistema di welfare italiano, quella relativa al Fondo per la non-autosufficienza.

Non spetta a me indicare l'importanza di sostenere percorsi assistenziali per le persone anziane, ma mi preme in questa nota evidenziare come l'integrazione dei sistemi sanitario, sociale, previdenziale, lavorativo, culturale sia essenziale nell'approccio olistico alla persona anziana e al nucleo familiare in cui vive o di cui fa parte (sia che si tratti di persona autosufficiente o meno).

L'integrazione tra le politiche e gli interventi per una persona anziana significa fare riferimento a quell'insieme di indicazioni finalizzate a promuovere la collaborazione tra servizi di tipo sanitario, sociale, previdenziale etc., al fine di rispondere in maniera globale ai bisogni della popolazione (Bissolo, Fazzi 2005). Due, infatti, sono gli aspetti che assumono rilevanza al riguardo: da una parte la necessità di considerare la persona come un *unicum* e, dall'altra, l'opportunità di creare modalità collaborative tra i comparti che compongono le risposte pubbliche del welfare italiano, allo scopo di condividere obiettivi e individuare risposte adeguate ai bisogni della popolazione (Perino 2018). L'obiettivo dell'integrazione dovrà quindi essere quello di considerare – in maniera globale e "integrata" appunto – tutti gli aspetti che contribuiscono alla realizzazione del benessere della persona (biologici, psicologici, socio-relazionali, spirituali) in linea con quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1978.

Il DDL si pone in maniera molto coerente con quanto espresso, prevedendo misure quali LEA-LEP-LEPS, PUA, UVM, PAI, SNNA, ATS e *caregiver*.<sup>1</sup> Tali interventi possono perseguire obiettivi realizzabili (in tutto il contesto nazionale) se si parte dai reali bisogni della persona, dalle sue risorse e capacità e dalle sue aspettative, ma anche se si dà rilievo al contesto in cui la stessa vive e alle risorse disponibili nel territorio, se si utilizzano in maniera oculata le risorse finanziarie disponibili e quelle che possono intervenire in seguito (considerando stati progressivi di deterioramento psico-fisico).

Due sono pertanto i contributi che si vogliono dare con la presente nota.

Il primo riguarda gli attori. La realizzazione delle azioni finalizzate alla costruzione dell'integrazione delle politiche per le persone anziane passa attraverso quelli che sono considerati i tre livelli dell'integrazione (Perino 2005 e 2018): istituzionale, gestionale, professionale. La costituzione di "Cabine di regia", o di "Commissioni tecniche", o anche di un "Comitato interministeriale" non può dimenticare che il sistema di welfare italiano si sostanzia in interventi di carattere locale, in cui sono gli operatori (del settore sanitario, sociale, occupazionale, culturale etc.) a implementare le misure

---

<sup>1</sup> Ci si scusa per l'utilizzo di acronimi che rimandano a quanto indicato nel testo normativo.

costruendo sulla persona, sulle sue risorse e su quelle del contesto in cui vive, l'intervento di carattere assistenziale. Pertanto si richiama l'importanza di prevedere che suddette misure assicurino la presenza e l'interazione di diversi attori, chiamati a individuare strategie e strumenti operativi volti alla realizzazione di azioni sinergiche complete.

A tale riguardo occorre sottolineare che appare sempre più necessaria l'armonizzazione delle competenze e delle attività dei professionisti chiamati a interagire, grazie ad azioni che abitano gli operatori con gli anziani a lavorare fianco a fianco, e con strumenti che permettano il rapido passaggio delle informazioni tra settori anche attraverso attività formative mirate (Perino 2005) per le figure professionali già in servizio e per quelle che si stanno formando. La complessificazione delle situazioni di bisogno delle persone anziane, rilevata da molti osservatori ed evidenziata nel recente periodo dell'epidemia da Covid-19, richiede, infatti, che si operi per le persone lavorando in rete e con strutture per équipe, che perseguano l'interazione di gruppi di lavoro accomunati da obiettivi professionali condivisi (Perino 2010) con una presa in carico congiunta e proattiva (secondo peraltro quanto già tracciato dai due DPCM del 2001).

Sembra quindi ancora più importante sottolineare che questo DDL possa aiutare a individuare un quadro di regole puntuali su cui impiantare il sistema di *governance* per l'integrazione delle misure rivolte alla popolazione anziana (o per chi ne abbia cura) a livello nazionale, ma anche regionale e locale, con particolare attenzione alla fase attuativa degli interventi assunti a carattere nazionale.

In tale contesto sembra utile ricordare quanto sia importante coinvolgere nella definizione delle regole gli Enti locali. Appare anche importante adeguare i "confini territoriali" tra ambiti sanitari e sociali (la coincidenza tra "zone" e distretti sanitari si realizza purtroppo solo in poche Regioni e le "Case della Comunità" previste dal PNRR potrebbero aiutare in tale sforzo).

Ma, secondo elemento di attenzione, sembra necessario chiarire, anche nel testo normativo, quale sia la messa a disposizione di risorse economiche e finanziarie per quelle realtà che perseguano gli obiettivi di integrazione sopra sottolineati. In particolare sembra importante comprendere come si pensi di poter rafforzare gli organici (non solo dei PUA e per i servizi residenziali) e sia possibile avere a disposizione del personale preparato a lavorare in équipe su problematiche di integrazione che prevedono efficaci meccanismi di coordinamento e di valutazione delle attività programmate e in essere.

Il viceCoordinatore del Corso di Studi  
Marco Accorinti