

VERSO UN'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA INTEGRATA INCENTRATA SULLA PERSONA IN ITALIA

INCEPTION REPORT



Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali di OCSE &
Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale

Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia

Inception report (Output 1)

L'obiettivo di questo rapporto introduttivo è di riassumere la situazione e le discussioni attualmente in corso in Italia sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali a domicilio per le persone non autosufficienti. A tal fine sono state utilizzate tre fonti informative. In primo luogo, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica esistente per valutare l'impatto delle politiche volte a promuovere l'integrazione sociosanitaria. In secondo luogo, un'analisi documentale ha esplorato la normativa e le linee guida a livello nazionale, regionale e delle province autonome. Infine, per integrare le informazioni raccolte, sono state condotte interviste semi-strutturate con una varietà di stakeholder, tra cui autorità nazionali e locali, istituzioni, organizzazioni della società civile, università e centri di ricerca.

Il rapporto è il primo output di uno Strumento di sostegno tecnico (no. 23IT26). L'attività è stata finanziata dall'Unione europea attraverso questo Strumento di sostegno tecnico e attuata dall'OCSE, in collaborazione con la Direzione generale del Sostegno alle riforme strutturali della Commissione europea.

Il presente documento è stato realizzato con il sostegno finanziario dell'Unione europea. I pareri in esso contenuti non rispecchiano in alcun modo la posizione ufficiale dell'Unione europea.

Partner di progetto

La Direzione per l'occupazione, il lavoro e gli affari sociali guida il lavoro dell'OCSE sull'occupazione, le politiche sociali, la migrazione internazionale e la salute. La direzione supervisiona il lavoro dell'OCSE su politiche interconnesse che aiutano i paesi a promuovere l'occupazione e le competenze e a migliorare il benessere sociale e la salute. www.oecd.org/els

Il Centro OCSE di Trento per lo sviluppo locale è parte integrante del Centro per l'imprenditorialità, PMI, regioni e città dell'OCSE. Il Centro di Trento utilizza un approccio olistico "dai dati alla pratica" per le politiche di sviluppo locale sostenibile. Il Centro offre analisi delle politiche locali, affiancamento e programmi di potenziamento delle capacità per governi centrali e subnazionali per una migliore attuazione delle politiche per le persone, le imprese e i luoghi. www.trento.oecd.org

La Direzione Generale per il Sostegno alle Riforme Strutturali (DG REFORM) coordina e fornisce un supporto tecnico su misura agli Stati membri dell'UE, in collaborazione con i servizi competenti della Commissione. Il supporto viene fornito principalmente attraverso lo Strumento di Supporto Tecnico (STI). L'obiettivo è quello di sostenere gli sforzi degli Stati membri per progettare e implementare riforme che aumentino la resilienza, contribuendo così alla ripresa dell'UE dalla crisi COVID-19, migliorando la qualità dei servizi pubblici e tornando sulla strada della crescita sostenibile e inclusiva. <https://reform-support.ec.europa.eu>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali progetta, realizza e coordina interventi di politica del lavoro e sviluppo dell'occupazione, di tutela del lavoro e adeguatezza del sistema previdenziale, di politiche sociali, con particolare riferimento alla prevenzione e riduzione delle condizioni di bisogno e disagio delle persone e delle famiglie. www.lavoro.gov.it/

Ministero della Salute promuove e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse delle collettività, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione Italiana. www.salute.gov.it/

Il Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS), rappresenta la naturale evoluzione del Progetto Mattone Internazionale (PMI), nato per rispondere all'esigenza di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei Sistemi Sanitari delle Regioni italiane. <https://promisalute.it/>

OECD Papers should not be reported as representing the official views of the OECD or of its member countries. The opinions expressed and arguments employed are those of the author(s). OECD Papers describe preliminary results or research in progress by the author(s) and are published to stimulate discussion on a broad range of issues on which the OECD works. Comments on OECD Papers are welcomed, and may be sent to the OECD Trento Centre, vicolo San Marco 1, 38121 Trento, Italy or OECD Directorate for Employment, Labour and Social, 2 rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France. This document, as well as any statistical data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. This document was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.

© OECD 2022 You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgement of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org.

Indice

Partner di progetto	3
Sintesi	6
1 La popolazione di riferimento del progetto	7
1.1. Definire il perimetro della non-autosufficienza	7
1.2. I numeri della non-autosufficienza in Italia	9
2 I servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti in Italia	12
3 Uno sguardo al panorama internazionale dei servizi per la non autosufficienza	21
3.1. La non-autosufficienza: un trend crescente tra i paesi OCSE	22
3.2. La forza lavoro formale e informale per i servizi di assistenza alle persone non autosufficienti	25
3.3. La normativa sull'integrazione dei servizi sociosanitari nei paesi OCSE	29
4 La normativa vigente sull'integrazione dei servizi per persone non autosufficienti in Italia	35
4.1. La normativa italiana sull'integrazione sociosanitaria dagli anni '70 ad oggi	35
4.2. Verso delle politiche per la non autosufficienza, oltre i silos della disabilità e della popolazione anziana	36
4.3. Le riforme in corso e le riflessioni sull'implementazione	36
5 Le riflessioni in corso in Italia sul tema dei servizi di assistenza domiciliare integrati per le persone non autosufficienti	42
5.1. I servizi domiciliari in Italia: i principali elementi di discussione	42
5.2. La governance dell'integrazione sociosanitaria	44
5.3. Il settore informale (caregivers familiari e assistenti personali)	46
5.4. L'integrazione tra settore formale e informale	50
5.5. Sintesi delle riflessioni in corso	50
Annex A. Elenco delle parti interessate intervistate	53
Bibliografia	54

FIGURE

Figura 1. Quasi il 60% della popolazione di età superiore a 75 anni dichiara di avere limitazioni	10
Figura 2. La concentrazione di persone con limitazioni nelle ADL e IADL varia fra regioni	11
Figura 3. La percentuale di popolazione anziana che ha ricevuto servizi di ADI nel 2021 varia tra lo 0,6% e il 18,2%	14
Figura 4. In media in Italia una persona anziana riceve 16 ore di ADI all'anno, con variazioni regionali	15
Figura 5. Percentuale di persone con disabilità e persone anziane che ricevono servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.	16
Figura 6. Il 9% del totale della spesa del SSN per i livelli di assistenza è dedicato all'assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	17
Figura 7. I Comuni sono la principale fonte di finanziamento dei servizi SAD	18
Figura 8. L'Italia è il secondo paese OCSE con la più alta percentuale di popolazione anziana	22
Figura 9. Il 43% della popolazione anziana in Italia dichiara uno stato di salute buono o molto buono	23
Figura 10. Le condizioni lavorative in long-term care rendono il settore poco attraente	26
Figura 11. I lavoratori del settore LTC guadagnano meno dei loro omologhi nel settore ospedaliero	26
Figura 12. Circa il 60% delle persone anziane che ricevono assistenza ricevono solo cure informali	29

TABELLE

Tabella 1. Tipi di disabilità previsti dalla normativa italiana	9
Tabella 2. I servizi informali rappresentano la principale forma di assistenza per anziani con limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali (i.e. non autosufficienti)	13
Tabella 3. I tassi di non autosufficienza sono più alti in Italia rispetto alla media dell'Unione Europea	24
Tabella 4. L'accesso a forme di assistenza per la non autosufficienza in Italia è superiore alla media dell'Unione Europea	25
Tabella 5. Misure messe in atto nei paesi OCSE per migliorare le condizioni lavorative dei professionisti del settore <i>long-term care</i>	27
Tabella 6. Lista di paesi OCSE con un unico Ministero responsabile di politiche sanitarie e sociali	30
Tabella 7. Il quadro normativo dei servizi per la popolazione non autosufficiente, paesi OCSE selezionati	32
Tabella 8. Disposizioni della legge n.234/2021 rilevanti per l'integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti	38

Sintesi

Negli ultimi decenni, le autorità italiane hanno tentato di adottare un modello integrato di assistenza sanitaria e sociale, ma le iniziative di successo sono state sparse e limitate a poche aree. Di conseguenza, facendo leva sulle competenze attribuite in materia, ciascuna regione ha adottato un proprio approccio, contribuendo ulteriormente a creare forti differenze e disparità all'interno del Paese.

Per fronteggiare questa frammentazione e poter fornire un approccio assistenziale integrato, il Parlamento italiano ha adottato il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 ed il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024. Il primo definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Il secondo definisce per la prima volta i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali e stabilisce che alle persone anziane non autosufficienti o con limitata autonomia devono essere garantiti i servizi di assistenza domiciliare, di assistenza e sostegno. Altre iniziative rilevanti in materia di non autosufficienza sono la Legge n. 227/2021 “Delega al Governo in materia di disabilità”, la Legge n. 33/2023 “Delega al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane” ed il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvato dalla Commissione Europea il 22 Aprile 2021 che prevede sei Missioni, due delle quali sono rilevanti per un miglioramento dell'integrazione dei servizi sociosanitari: la missione 5 (coesione e inclusione) e 6 (salute).

L'attuazione del progetto “Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia” contribuisce alla riforma in corso sul rafforzamento dell'assistenza integrata a livello di comunità per affrontare meglio i bisogni sanitari e sociali delle persone con gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali (i.e. non autosufficienti) in Italia. L'effetto atteso a lungo termine di questo progetto è una maggiore disponibilità e una migliore qualità dell'assistenza fornita alle persone non autosufficienti che ricevono assistenza domiciliare.

L'obiettivo di questo rapporto introduttivo è di riassumere la situazione e le discussioni attualmente in corso in Italia sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali a domicilio per le persone non autosufficienti. A tal fine sono state utilizzate tre fonti informative. In primo luogo, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica esistente per valutare l'impatto delle politiche volte a promuovere l'integrazione sociosanitaria. In secondo luogo, un'analisi documentale ha esplorato la normativa e le linee guida a livello nazionale, regionale e delle province autonome. Infine, per integrare le informazioni raccolte, sono state condotte interviste semi-strutturate con una varietà di stakeholder, tra cui autorità nazionali e locali, istituzioni, organizzazioni della società civile, università e centri di ricerca.

Questo rapporto introduttivo sottolinea:

- L'ambiguità che caratterizza la definizione di persona non autosufficiente
- La bassa intensità dei servizi offerti a domicilio alle persone non autosufficienti
- Il basso livello di integrazione dell'assistenza formale ed informale
- La sfida di rendere più attraente per la forza lavoro la fornitura di servizi di assistenza sanitaria e sociale a domicilio a persone non autosufficienti
- L'opportunità unica offerta dall'attuale quadro normativo

1 La popolazione di riferimento del progetto

Per analizzare lo stato dell'arte dei servizi di assistenza per le persone non autosufficienti è necessario delineare la popolazione di riferimento, ovvero la popolazione destinataria di tali servizi di assistenza, sia in termini di definizione dei potenziali beneficiari dei servizi, sia in termini numerici.

1.1. Definire il perimetro della non autosufficienza

Una definizione precisa di popolazione non autosufficiente e internazionalmente condivisa che possa essere utilizzata per identificare le persone aventi il diritto di accedere a servizi di assistenza socio-sanitaria integrata non esiste ancora. Box 1 riporta la definizione di *long-term care* e di disabilità, due concetti cui spesso si fa riferimento nell'ambito dei servizi di assistenza socio-sanitaria, utili a chiarire il perimetro normativo italiano e ad inserirlo nel più ampio contesto internazionale.

In Italia, il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024 fa riferimento ad una platea di destinatari che includa persone anziane non autosufficienti con alto o basso bisogno assistenziale e persone con disabilità gravi o gravissime (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022⁽¹⁾).

Nell'ambito del progetto "Verso un'assistenza socio-sanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia", di cui il presente inception report fa parte, si fa riferimento alla popolazione italiana non autosufficiente come popolazione di riferimento. In questo contesto, quindi, la popolazione non autosufficiente viene definita come descritto nel PNNA, includendo:

- Persone anziane (≥65 anni) non autosufficienti con basso o alto bisogno assistenziale;
- Persone con disabilità grave o gravissima, inclusi coloro che rientrano nella definizione di invalidi civili, di persone con disabilità o handicap in base a quanto definito dalla normativa italiana e riportato nella Tabella 1.

Fatta eccezione per le definizioni di persone con invalidità civile, disabilità o handicap riportate in Tabella 1, la valutazione del bisogno assistenziale (basso o alto) e della disabilità (grave o gravissima) è rimessa al livello regionale, tramite l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale (e.g. SVAMA, SVAMDI, VALGRAF).

Box 1. Definizioni di *long-term care* e disabilità in Italia e nei paesi OCSE

A livello internazionale, due concetti cui si fa riferimento nell'ambito dei servizi di assistenza socio-sanitaria per persone non autosufficienti sono la *long-term care* e i servizi di assistenza per la disabilità.

Long-Term Care (LTC)

L'OCSE definisce i servizi di *long-term care* come servizi medici, di cura della persona e di assistenza che vengono forniti con l'obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute delle persone con un grado di dipendenza a lungo termine. Oltre ai servizi strettamente medici, la *long-term care* include servizi di assistenza nella cura personale (attraverso l'aiuto per le attività della vita quotidiana, come mangiare, lavarsi e vestirsi) e servizi di assistenza per permettere il mantenimento dell'indipendenza quanto più possibile (attraverso l'aiuto nelle attività strumentali della vita quotidiana, come cucinare, fare la spesa e gestire le finanze) (OECD/Eurostat/WHO, 2017^[2]).

Sebbene la definizione OCSE di *long-term care* non ponga vincoli di età per l'accesso ai servizi, alcuni paesi OCSE stabiliscono dei requisiti minimi di età per accedere ai servizi di *long-term care* (e.g. Giappone), mentre in altri paesi i servizi di *long-term care* sono accessibili a persone di tutte le età (e.g. Lituania). Inoltre, la maggior parte delle persone che ricevono servizi di *long-term care* nei paesi OCSE hanno un'età superiore ai 65 anni. In media nei paesi OCSE nel 2019 solo il 25% dei beneficiari dei servizi di *long-term care* avevano un'età inferiore ai 65 anni (OECD, 2021^[3]). Se si guarda ai servizi di *long-term care* a domicilio, nel 2021 in media nei paesi OCSE il 69% delle persone riceventi *long-term care* a domicilio era di età pari o superiore ai 65 anni (OECD, 2023^[4]). La concentrazione dei bisogni di *long-term care* in età superiore ai 65 anni è dovuta in parte all'aumento della prevalenza di malattie croniche in età avanzata e al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione con conseguente aumento della percentuale di popolazione di età pari o superiore ai 65 anni.

Nella normativa italiana non è ancora presente una definizione di *long-term care* e di popolazione di riferimento per tali servizi di assistenza. Il concetto di disabilità, invece, è stato più volte ripreso e rifinito dalla normativa italiana negli ultimi decenni.

Disabilità

Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), sono persone con disabilità coloro che hanno menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali di lunga durata che possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione alla società. La disabilità è quindi definita come costrutto sociale risultante dall'interazione tra le persone con disabilità e l'ambiente in cui vivono. Con tale definizione, la CRPD riconosce inoltre che la disabilità è un concetto che evolve nel tempo. La misurazione della disabilità e il confronto tra paesi possono risultare quindi complessi, vista la fluidità della definizione (OECD, 2022^[5]).

La normativa italiana fa attualmente riferimento a tre diverse definizioni di disabilità, che determinano il diritto di accedere a diversi servizi di assistenza: l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità. Tabella 1 riassume le definizioni di tali termini, come previsti dalla normativa vigente. La legge delega n. 227 del 2021 prevede un processo di riorganizzazione della definizione e legislazione riguardante la disabilità. La legge mira ad allineare la definizione italiana di disabilità con quella proposta dalla CRPD. A tal fine, con Decreto del Ministro per le Disabilità del 9 febbraio 2022 è stata istituita una Commissione di studio redigente per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità.

Tabella 1. Tipi di disabilità previsti dalla normativa italiana

Tipi di disabilità	Normativa di riferimento	Definizione
Invalidità civile	Legge n.118 del 1971	Sono invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi.
Handicap	Legge n. 104 del 1992	Si definisce persona con handicap una persona che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.
Disabilità	Legge n.68 del 1999	Si definiscono persone con disabilità: a) le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile; b) le persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti; c) le persone non vedenti o sordomute; d) le persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio.

Source: OECD Secretariat

1.2. I numeri della non-autosufficienza in Italia

L'eterogeneità delle definizioni per delineare i perimetri della non-autosufficienza si traduce, in Italia, in un quadro di dati frammentati sulla popolazione non autosufficiente e sui servizi sociosanitari che tale popolazione riceve.

L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) pubblica regolarmente stime sulla popolazione italiana affetta da limitazioni gravi e non gravi. Tali stime vengono calcolate sulla base di un indicatore internazionalmente riconosciuto che fa parte del sistema delle statistiche europee: il Global Activity Limitation Indicator (GALI)¹. L'indicatore riporta la percentuale di popolazione che dichiara di avere limitazioni nello

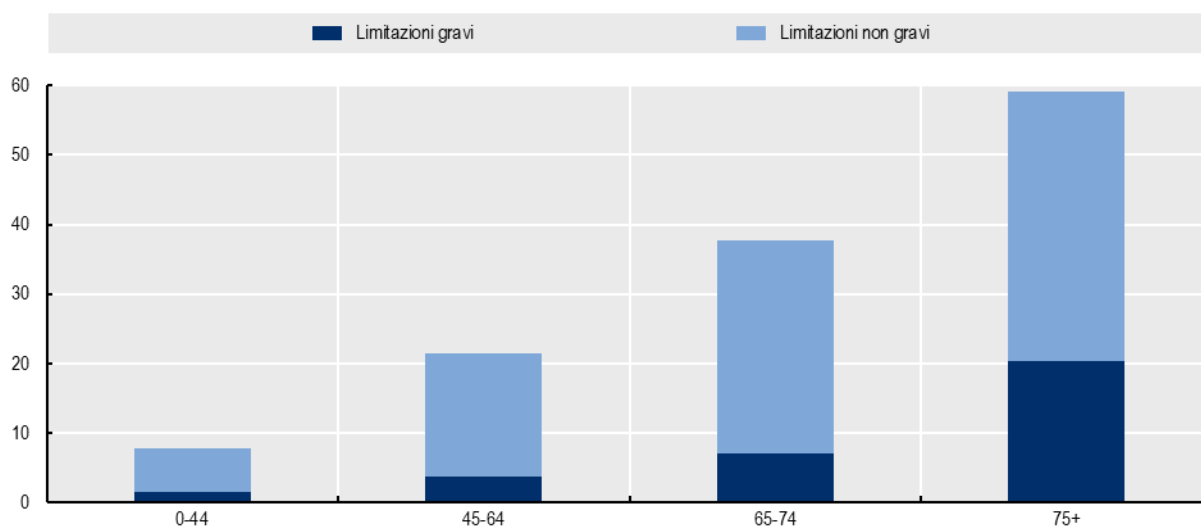
¹ L'indicatore si basa sul seguente quesito: "A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni, che durano da almeno sei mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono? (Limitazioni gravi, Limitazioni non gravi, Nessuna limitazione)". Il quesito è sottoposto alle persone che vivono in famiglia, escludendo quindi chi vive in strutture residenziali.

svolgimento di attività abituali e ordinarie, a causa di problemi di salute. Sono escluse da tale indicatore le persone che vivono in strutture residenziali.

Nel 2021, rispettivamente il 5% e il 16,4% della popolazione dichiarava di avere limitazioni gravi e non gravi. In base a tale risultato, sarebbero 12 767 000 gli italiani che dichiarano di avere limitazioni nello svolgimento di attività ordinarie a causa di problemi di salute, tra gli italiani che vivono nella propria abitazione. La presenza di limitazioni mostra forti variazioni tra popolazioni di età diverse. Mentre nella popolazione di età inferiore ai 45 anni il 7,9% delle persone riportano limitazioni (gravi e non gravi), la percentuale sale al 59,1% nella popolazione di età superiore ai 75 anni (Figura 1) (ISTAT, 2023^[6]). Vale la pena notare che tale dato potrebbe rappresentare una sottostima dell'effettivo bisogno di servizi, essendo basato esclusivamente sulle informazioni riportate dalla popolazione che risiede nella propria abitazione e che partecipa all'indagine.

Figura 1. Quasi il 60% della popolazione di età superiore a 75 anni dichiara di avere limitazioni

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali), per età, 2021



Source: (ISTAT, 2023^[6])

Vista l'elevata concentrazione di persone con limitazioni all'autosufficienza tra la popolazione anziana, un'analisi più approfondita della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni può essere utile per ottenere un quadro più dettagliato dei bisogni di assistenza in Italia. Lo studio PASSI d'argento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) riporta dati sullo stato di salute e indipendenza della popolazione anziana², di età pari o superiore ai 65 anni. I dati riguardanti il biennio 2021-2022 mostrano che circa il 13% della popolazione di età superiore ai 65 anni ha almeno una limitazione nelle Activities of Daily Living (ADL), ovvero nello svolgimento delle funzioni fondamentali della vita quotidiana come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni. Il 17% della popolazione anziana (65 anni o più) presenta almeno una limitazione nelle Instrumental Activities of Daily Living IADL ovvero nelle funzioni complesse come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente o utilizzare un telefono. Ancora una volta, i dati mostrano una crescita importante delle limitazioni all'aumentare dell'età. Tra le persone di età pari o superiore agli 85 anni, rispettivamente il 41% e il 34% necessita supporto nello svolgimento di almeno una ADL e IADL. La

² L'analisi esclude la popolazione istituzionalizzata, ovvero persone anziane ospedalizzate o residenti in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Residenza Sociosanitaria Assistenziale (RSSA) o Case di riposo.

distribuzione della popolazione non autosufficiente varia sul territorio nazionale, con un maggior tasso di persone con limitazioni nel sud e nelle isole e un tasso inferiore nelle regioni del nord (Figura 2).

Figura 2. La prevalenza di persone di età pari o superiore a 65 anni con limitazioni nelle Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental Activities of Daily Living (IADL) varia fra regioni

Limitazioni in almeno una ADL

Limitazioni in almeno una IADL



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi d'Argento

Source: (ISS, 2023^[7])

2 I servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti in Italia

Le persone non autosufficienti in Italia possono ricevere supporto sotto forma di trasferimenti monetari, servizi formali in strutture residenziali o semi-residenziali, servizi formali erogati a domicilio e supporto informale da parte di familiari, amici o assistenti personali.

Tra i trasferimenti monetari, il più diffuso è l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS a coloro che hanno un'invalidità certificata del 100%. L'indennità corrisponde ad un ammontare di euro 515 al mese e non sono richiesti criteri reddituali per accedervi. In alcuni casi esistono anche dei trasferimenti monetari erogati a livello comunale (i.e. assegni di cura o voucher), i cui criteri di accesso, importo e vincoli di utilizzo variano tra comuni.

I servizi semi-residenziali e residenziali offrono rispettivamente servizi diurni e servizi di assistenza 24 ore su 24 a persone non autosufficienti. Le condizioni di accesso, i servizi offerti e i costi di tali servizi variano a livello regionale.

Infine, le persone non autosufficienti possono accedere a servizi domiciliari.

Questo report analizza i servizi assistenziali a domicilio, come definiti dal decreto legislativo n. 299/1999, che includono:

- Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, offerte a domicilio, ovvero tutte le attività caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative;
- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale offerte a domicilio, ovvero le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Tali attività contribuiscono, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.
- Alcune prestazioni sociali a rilevanza sanitaria offerte a domicilio, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, inclusi i servizi domiciliari di cura della persona per le attività della vita quotidiana, come mangiare, lavarsi e vestirsi (i.e. Activities of Daily Living (ADL)) e i servizi di assistenza domiciliare nelle attività strumentali della vita quotidiana, come cucinare, fare la spesa e gestire le finanze (i.e. Instrumental Activities of Daily Living (IADL)).

In Italia esistono due tipi di servizi domiciliari per persone non autosufficienti: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). L'ADI consiste nell'erogazione di servizi sanitari prevalentemente da parte di personale infermieristico. L'accesso ai servizi si basa sull'intensità dei bisogni di assistenza. I servizi SAD consistono in prestazioni di tipo sociale spesso a cura del terzo settore, erogate previa analisi delle condizioni reddituali e dei bisogni.

I dati confermano un elevato bisogno di servizi sociosanitari su tutto il territorio nazionale, che i servizi formali di assistenza sociosanitaria attualmente disponibili non riescono a soddisfare. Sebbene la quasi

totalità delle persone di età pari o superiore ai 65 anni con almeno una limitazione nelle ADL e IADL dichiarati di ricevere aiuto (rispettivamente il 98.8% e il 99.3%), la maggior parte di essi riceve assistenza informale da parte di familiari, conoscenti, amici o assistenti personali, come riportato in Tabella 2.

Tabella 2. I servizi informali rappresentano la principale forma di assistenza per anziani con limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali (i.e. non autosufficienti)

Percentuale di anziani con una o più limitazioni in ADL e IADL che ricevono servizi di assistenza formali e informali

Tipo di assistenza ricevuta	Anziani con almeno una limitazione in ADL	Anziani con almeno una limitazione in IADL
Familiari	94,8%	96,1%
Conoscenti, amici	10,8%	13,4%
Associazioni di volontariato	2,5%	1%
Persona individuata e pagata in proprio (e.g. badante)	38,5%	21,1%
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	11,1%	2,4%
Assistenza presso centro diurno	2,2%	0,4%
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	25,9%	6,8%

Note: La somma degli anziani con almeno una limitazione in ADL che accedono ai servizi elencati è superiore al 100% in quanto i servizi non sono tra loro esclusivi (i.e. una persona non autosufficiente può accedere a servizi di assistenza a domicilio e ricevere assistenza informale da parte di familiari e assistenti personali a pagamento)

Source: (ISS, 2023^[7])

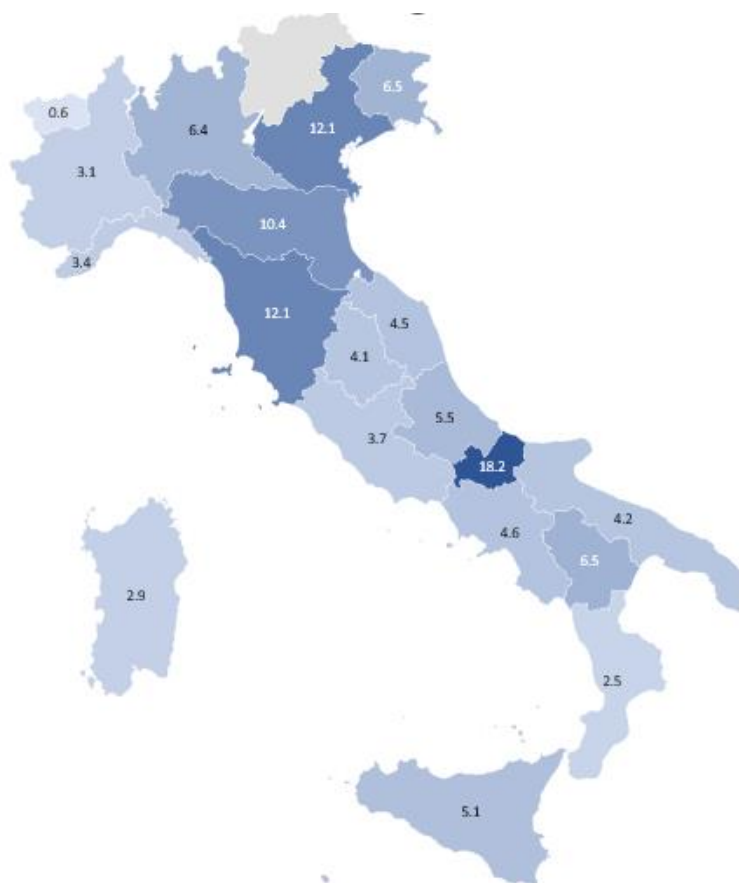
I servizi domiciliari rappresentano attualmente solo una minima parte dell'assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti. Nel 2021, erano 99 le ASL con servizi di assistenza domiciliare integrata attivi sul territorio italiano, due in meno rispetto ai dati rilevati nel 2019 (Ministero della Salute, 2023^[8]). (Cinelli G., 2021^[9]) riporta che su 2,9 milioni di anziani non autosufficienti, quasi la metà (48%) non riceve assistenza pubblica, ma si affida unicamente al supporto informale dalla propria famiglia e degli assistenti personali. Il restante 52% di anziani non autosufficienti riceve servizi pubblici non adeguati alle proprie necessità, principalmente sotto forma di indennità monetaria (nel 63% dei casi). Soltanto il 31% degli anziani non autosufficienti che riceve supporto pubblico ha accesso a servizi domiciliari (ADI e/o SAD)³. Nel 2021, il Ministero della Salute ha registrato quasi 1,2 milioni di casi trattati con ADI. Tra la popolazione anziana (65+)⁴, il 6,3% ha ricevuto servizi ADI, con variazioni regionali. Il dato più basso è stato registrato in Valle D'Aosta, con lo 0,6% (424 casi), mentre il Molise ha registrato il dato più alto, con 18,2% (16 708 casi) (Figura 3).

³ Le stime di (Cinelli G., 2021^[9]) si basano su dati INPS, l'annuario statistico del SSN, dati di spesa sociale dei Comuni, e indagini ISTAT.

⁴ Il dato si riferisce a tutta la popolazione di età pari o superiore ai 65 anni, con e senza limitazioni nell'autosufficienza.

Figura 3. La percentuale di popolazione anziana che ha ricevuto servizi di ADI nel 2021 varia tra lo 0,6% e il 18,2%

Percentuale di popolazione di età pari o superiore ai 65 anni che ha ricevuto servizi di ADI nel 2021, per regione

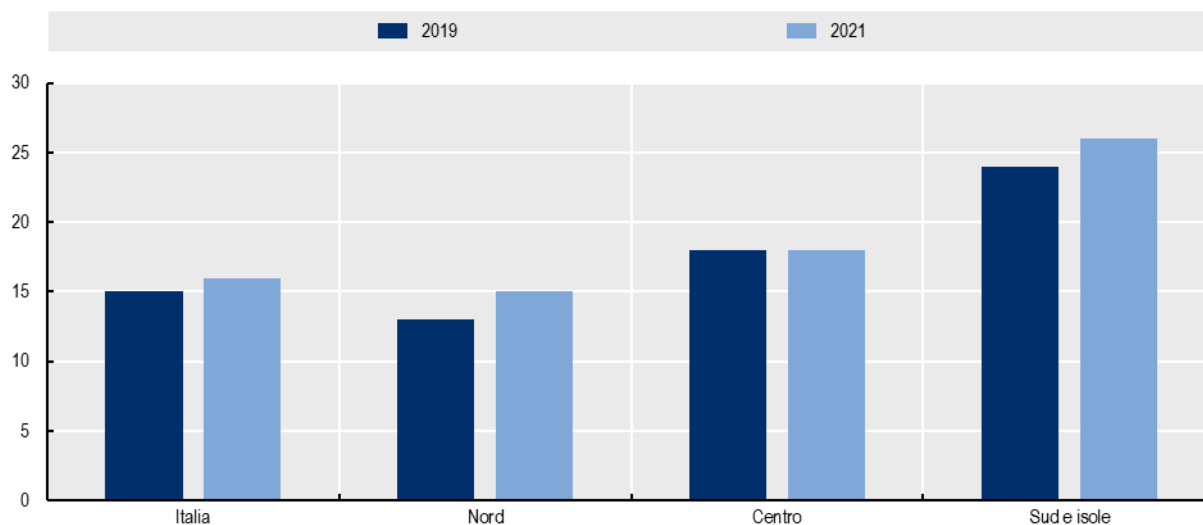


Note: Provincia Autonoma di Bolzano: 1%, Provincia Autonoma di Trento: 6,3%
Source: (Ministero della Salute, 2023^[6])

L'intensità dei servizi di ADI, inoltre, non è sufficiente a fornire un adeguato supporto a persone non autosufficienti. In base ai dati pubblicati dal Ministero della Salute, in media nel 2021 ogni anziano non autosufficiente assistito tramite ADI riceve 16 ore di assistenza all'anno, 10 delle quali vengono erogate da personale infermieristico, 3 da terapisti della riabilitazione e 3 da altri operatori. Il dato è rimasto piuttosto stabile negli ultimi anni, ma con importanti variazioni geografiche (Figura 4). Mentre le regioni del nord Italia coprono una percentuale più alta di popolazione anziana, ma offrono servizi di minore intensità (14 ore per caso anziano nel 2021), nel sud del Paese una minore percentuale di popolazione anziana riceve servizi ADI, ma con una maggiore intensità (30 ore per caso anziano nel 2021). Allo stato attuale, quindi, l'ADI si limita a supportare le persone non autosufficienti nel loro processo di transizione da un setting residenziale o ospedaliero ad un setting domiciliare.

Figura 4. In media in Italia una persona anziana riceve 16 ore di ADI all'anno, con variazioni regionali

Totale ore ADI per caso anziano, per macroaree geografiche, 2019 e 2021



Note: Nord include Piemonte, Valle D'Aosta, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna. Centro include: Toscana, Umbria, Marche, Lazio. Sud e isole include Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna

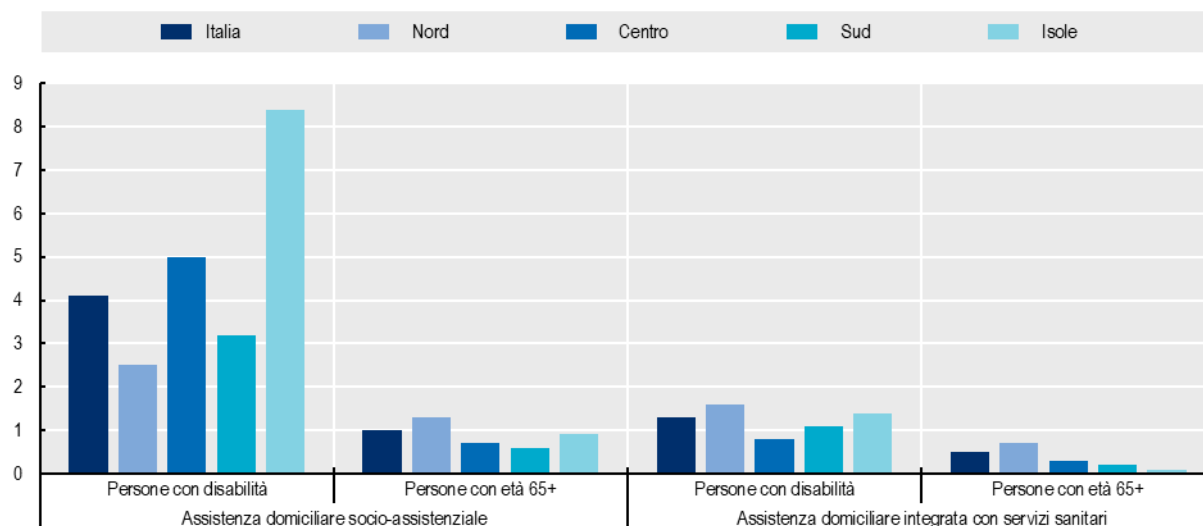
Source: (Ministero della Salute, 2023^[8])

L'accesso ai servizi SAD è ancora meno sviluppato dell'ADI. Figura 5 riporta la percentuale di persone con disabilità e persone di età superiore ai 65 anni che ricevono servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari erogati dai Comuni, per zone geografiche, sottolineando una forte variabilità regionale. A livello nazionale, nel 2020, il 4,1% e l'1,3% delle persone con disabilità riceveva rispettivamente servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Tra le persone di età pari o superiore ai 65 anni, rispettivamente l'1% e lo 0,5% riceveva servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari (ISTAT, 2020^[10]). Il numero di utenti è in calo rispetto al 2011.

Per sopperire a tale carenza di supporto pubblico per persone non autosufficienti, in Italia vi sono più di 1.1 milioni di assistenti personali (regolari e non regolari) nel 2021, in base alle stime di (CERGAS Bocconi, 2023^[11]).

Figura 5. Percentuale di persone con disabilità e persone anziane che ricevono servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

Percentuale di persone con disabilità e persone con età pari o superiore ai 65 anni che ricevono servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, 2020

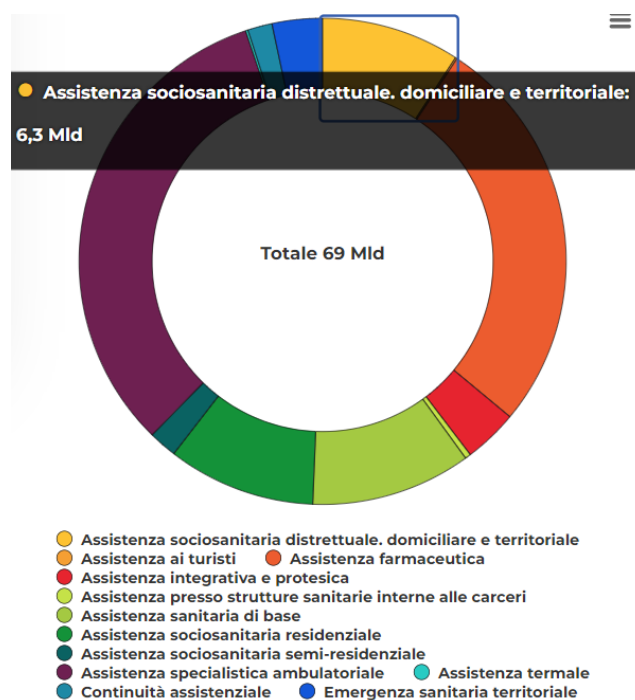


Source: (ISTAT, 2020^[10])

Nel 2021, il SSN ha speso 69 miliardi in costi dei livelli di assistenza, di cui 6,3 per assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale. I servizi di assistenza sociosanitaria distrettuale includono: servizi di assistenza alle persone con dipendenze patologiche, servizi di assistenza a minori, donne, coppie, famiglia, servizi di assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, servizi di assistenza alle persone con disabilità, assistenza alle persone con disturbi mentali e cure domiciliari (Figura 6).

Figura 6. Il 9% del totale della spesa del SSN per i livelli di assistenza è dedicato all'assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale

Totale spesa del SSN per i livelli di assistenza, per tipo di assistenza, 2021



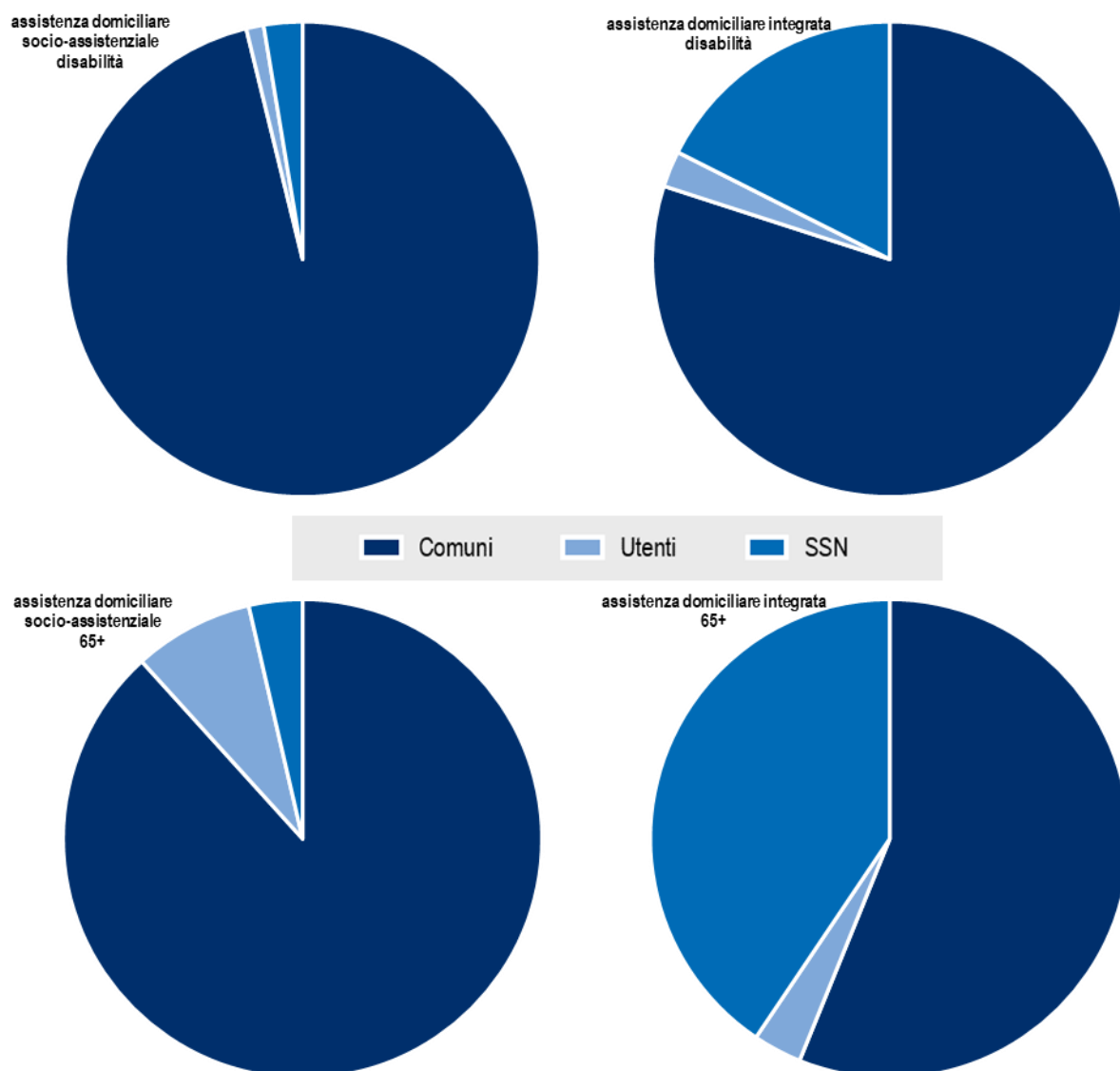
Source: (Open BDAP, 2023₍₁₂₎)

Dei 6,3 miliardi di euro spesi per assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale, 1,9 miliardi di euro sono dedicati alle cure domiciliari, con forti variazioni regionali. La spesa più alta per cure domiciliari nel 2021 si è registrata in Veneto con un totale di quasi 246 milioni di euro, mentre il dato più basso si registra in Molise con poco più di 56 milioni di euro. Tale dato non tiene conto dei diversi livelli di bisogno a livello regionale e tali confronti regionali non mirano quindi ad un giudizio qualitativo.

I servizi di SAD sono finanziati principalmente dai Comuni, che contribuiscono tra il 56% (assistenza domiciliare integrata per anziani) e il 96% (assistenza domiciliare socio-assistenziale per disabilità) al totale della spesa per tali servizi. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) contribuisce principalmente all'erogazione di servizi di assistenza domiciliare integrata per persone anziane, per i quali copre il 41% del totale della spesa. Il contributo richiesto agli utenti (out-of-pocket) per i servizi di assistenza domiciliare corrisponde ad una percentuale che varia tra l'1% e l'8% (Figura 7).

Figura 7. I Comuni sono la principale fonte di finanziamento dei servizi SAD

Partecipazione al totale della spesa per servizi di assistenza domiciliare, da parte di Comuni, sistema sanitario nazionale e utenti



Source: (ISTAT, 2020_[10])

È necessario sottolineare che non esiste una base dati integrata in Italia che consenta di identificare il punto di intersezione tra domanda e offerta nel settore assistenziale per la popolazione non autosufficiente. Box 2 sintetizza i sistemi informativi e di monitoraggio esistenti, e discute l'importanza di ampliare e migliorare il sistema di monitoraggio, oltre che massimizzare l'utilizzo dei dati attualmente disponibili.

Box 2. I sistemi informativi e le indagini campionarie

In Italia sono presenti diversi sistemi informativi e realizzate diverse indagini campionarie atti a tracciare il numero di individui non autosufficienti, l'utilizzo di servizi domiciliari e i relativi costi di erogazione. Di seguito sono riassunti i database e le indagini più significativi.

Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

L'istituzione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) – gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – mira a garantire una conoscenza completa dei bisogni sociali e delle prestazioni fornite dal sistema integrato di interventi e servizi sociali. Questo include tutte le informazioni necessarie per la pianificazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali. Inoltre, il sistema ha il compito di vigilare sul rispetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, intensificare i controlli su benefici indebitamente ottenuti e fornire un database unificato utile per la pianificazione e la progettazione integrata degli interventi. Questo viene realizzato attraverso l'integrazione con altri sistemi informativi rilevanti, come quelli sanitari, del lavoro e altre aree di intervento, oltre ai database di gestione delle prestazioni già a disposizione dei comuni. Infine, il SIUSS è utilizzato per l'elaborazione di dati a scopi statistici, di ricerca e di studio.

Fanno parte del SIUSS e sono di particolare interesse:

- Le banche dati delle prestazioni sociali (PS) e la banca dati delle prestazioni sociali agevolate (PSA) per quanto riguarda la raccolta dei dati sulle prestazioni SAD e ADI (per la componente sociale) erogate.
- La banca dati disabilità e non autosufficienza (SINA) per i dati di valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti beneficiarie di prestazioni a carattere domiciliare.

Ufficio di statistica del Ministero della Salute (Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica)

L'Ufficio di statistica del Ministero della Salute si occupa dell'adempimento dei requisiti previsti dal Sistema statistico europeo e coordina la Relazione sullo stato sanitario del Paese. L'ufficio applica i principi e le disposizioni del Codice delle statistiche ufficiali e si dedica a ricerche e pubblicazioni statistiche in ambito sanitario. È anche responsabile del monitoraggio, della verifica, dell'elaborazione, dell'analisi e della diffusione dei dati riguardanti le strutture, le risorse e le attività del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), fornendo supporto alle direzioni generali del Ministero e ad altri enti competenti, sia nazionali che internazionali. Ad esempio, l'ufficio raccoglie dati sul numero di persone che ricevono ADI ogni anno, e il numero di ore ADI erogate.

SIAD (Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare)

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) – gestito dal Ministero della Salute – aspira a creare una base dati nazionale integrata, centrata sul paziente, per raccogliere informazioni sugli interventi sanitari e sociosanitari erogati in modo programmato dagli operatori del Sistema Sanitario Nazionale nel contesto dell'assistenza domiciliare. Gli interventi presi in considerazione sono esclusivamente di natura sanitaria e sociosanitaria. Le informazioni raccolte coprono ambiti quali le caratteristiche anagrafiche del paziente (senza elementi identificativi diretti), la valutazione o la rivalutazione sociosanitaria e i relativi bisogni assistenziali, l'erogazione dell'assistenza, la sospensione della presa in carico e la dimissione del paziente.

Open BDAP

OpenBDAP è il sito web della Ragioneria Generale dello Stato che rende accessibili in modo chiaro e trasparente i dati relativi alla finanza pubblica conservati nella Banca Dati Amministrazioni Pubbliche (BDAP). Le numerose informazioni e dati gestiti dalla Ragioneria Generale dello Stato sono organizzati in settori tematici, uno dei quali è la Finanza delle Entità del Servizio Sanitario Nazionale, che include informazioni sulla spesa del SSN per i livelli di assistenza.

Indagini dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT):

- Conformandosi alle linee guida del sistema statistico europeo, l'ISTAT impiega un singolo indicatore, noto come Global Activity Limitation Indicator (GALI), nelle sue indagini di popolazione. Questo indicatore identifica gli individui che segnalano limitazioni nell'esecuzione di attività quotidiane a causa di problemi di salute.
- La *rilevazione sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati* offre dati sui servizi di welfare a livello locale. Specificamente, la rilevazione copre il numero di utenti e le spese sostenute per servizi sociali (tra cui i SAD) offerti dai comuni, dalle Province, dalle Regioni e da altri Enti territoriali che affiancano o sostituiscono i Comuni in questa funzione. Inoltre, fornisce dettagli sull'organizzazione territoriale dei servizi, sui costi condivisi tra famiglie e Sistema Sanitario Nazionale, e sulle fonti di finanziamento.

PASSI d'argento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

PASSI d'Argento è un'indagine focalizzata sugli individui di 65 anni o più e affianca il sistema PASSI, che è rivolto agli adulti. Questa iniziativa in ambito di Sanità Pubblica raccoglie dati sulla salute e sui fattori di rischio comportamentali legati a malattie croniche non trasmissibili dalla popolazione anziana residente in Italia. Lanciato inizialmente come progetto pilota nel 2009 e poi formalizzato nel 2012 come indagine trasversale, dal 2016 è un'indagine continua. Coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e gestito dalle ASL e dalle Regioni, fornisce dati territoriali utili per orientare e valutare le strategie preventive nel tempo.

Le possibili aree di miglioramento

Mentre esistono dati sulla non autosufficienza e sulle persone assistite attraverso l'ADI o attraverso il SAD, non vi è una base dati che correla specificamente le persone non autosufficienti assistite in ADI e/o SAD. Questa lacuna informativa rappresenta un ostacolo significativo per una pianificazione e valutazione efficace delle politiche di assistenza per la popolazione non autosufficiente.

Inoltre, i dati disponibili tendono a concentrarsi prevalentemente sulla copertura dei servizi, piuttosto che sull'intensità o la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza. Le informazioni sono spesso ottenute tramite indagini ad hoc, che possono essere campionarie e richiedono tempi di latenza e elaborazione significativi. Questa pratica limita la loro utilità per la programmazione e la valutazione dei servizi. In aggiunta, l'attuale sistema di raccolta e monitoraggio dei dati offre una prospettiva focalizzata sulle prestazioni, senza fornire una visione integrata del percorso assistenziale. Tutto ciò evidenzia la necessità di rafforzare e modernizzare il sistema di dati e di monitoraggio, affinché possa meglio informare le politiche e le strategie nel campo dell'assistenza agli anziani (Patto, 2023^[13]).

Oltre all'ampliamento e il miglioramento delle fonti informative esistenti, è essenziale utilizzare al meglio i database già a disposizione. Ad esempio, sistemi come il SIAD (Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) costituiscono un asset informativo di valore che potrebbe essere ulteriormente messo a frutto attraverso una più ampia condivisione e utilizzazione da parte delle autorità governative.

3

Uno sguardo al panorama internazionale dei servizi per la non autosufficienza

L'integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti è un tema complesso e attualmente centrale in molti paesi OCSE e nelle politiche dell'Unione Europea (Box 3). L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche hanno dato sempre maggiore centralità ai bisogni delle persone non autosufficienti e numerose normative e riforme si sono succedute a livello internazionale negli scorsi decenni. Per comprendere pienamente le sfide e le opportunità dell'integrazione sociosanitaria in Italia, può essere utile rivolgere lo sguardo alle esperienze internazionali, capirne il contesto, le misure attuate, le sfide affrontate e i successi ottenuti.

Box 3. Il quadro normativo e le iniziative dell'Unione Europea

Lo **European Pillar of Social Rights** per i servizi sociali afferma nel suo principio 18 che ognuno ha diritto a servizi di assistenza a lungo termine a prezzi accessibili e di buona qualità, in particolare assistenza domiciliare e servizi basati sulla comunità. Poiché la cura è di competenza degli Stati membri, l'UE li sostiene attraverso normative come la direttiva sull'equilibrio tra lavoro e vita privata, e con orientamenti, finanziamenti, monitoraggio e analisi.

Il 7 settembre 2022 la Commissione ha presentato una **European Care Strategy** che definisce una visione per trasformare l'assistenza al fine di garantire servizi di qualità, convenienti e accessibili in tutta l'Unione europea e migliorare la situazione sia per i destinatari dell'assistenza che per le persone che se ne prendono cura, a livello professionale o in modo informale. Parallelamente, la Commissione ha proposto due raccomandazioni del Consiglio, una delle quali sull'accesso a LTC di alta qualità e a prezzi accessibili. Ha raccomandato agli Stati membri di stabilire criteri e standard di alta qualità per tutte le strutture di LTC e di garantire condizioni di lavoro eque per gli operatori sanitari, compresi salari interessanti nel settore, promuovendo il dialogo sociale nazionale e la contrattazione collettiva. Per far fronte alle esigenze di competenze e alle carenze di lavoratori, gli Stati membri dovrebbero anche progettare e migliorare l'istruzione e la formazione iniziale e continua, costruire percorsi di carriera attraverso la riqualificazione e il miglioramento delle competenze, stabilire percorsi verso uno status occupazionale regolare per i lavoratori LTC non dichiarati, esplorare percorsi di migrazione legale per i lavoratori LTC e rendere la professione attraente sia per gli uomini che per le donne.

Il **Flagship Technical Support Project** per il 2023 "Verso un'assistenza integrata incentrata sulla persona in Italia" mira ad aiutare gli Stati membri a progettare e attuare riforme strutturali nei settori dell'assistenza sanitaria, sociale e a lungo termine. Il progetto contribuirà a rafforzare il coordinamento tra questi settori e l'integrazione dei diversi livelli di fornitura di assistenza.

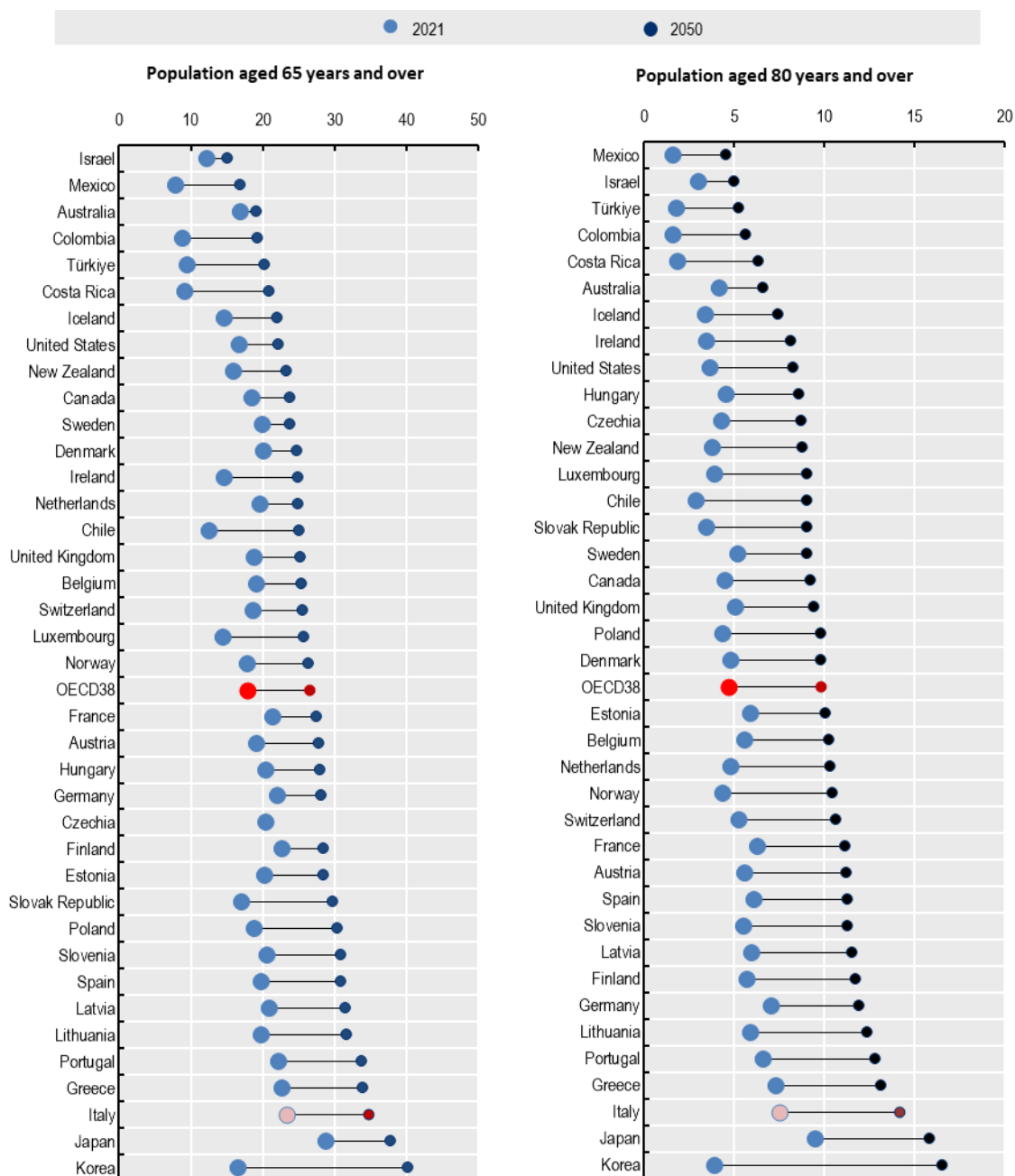
3.1. La non-autosufficienza: un trend crescente tra i paesi OCSE

Negli ultimi decenni è in corso nei paesi OCSE un trend di invecchiamento della popolazione e di aumento delle malattie croniche. La popolazione anziana è raddoppiata negli ultimi decenni e ulteriori aumenti sono previsti per prossimi anni. La popolazione di età pari o superiore ai 65 anni è infatti passata dal costituire il 9% della popolazione totale in media tra i paesi OCSE nel 1960, al 18% nel 2021 (OECD, 2023^[4]). Le stime OCSE inoltre prevedono un ulteriore aumento fino a raggiungere il 27% nel 2050. L'Italia è attualmente il secondo paese OCSE con la più alta percentuale di popolazione di età pari o superiore ai 65 anni, dopo il Giappone. Nel 2021, gli anziani (65 anni o più) rappresentavano già il 23.6% della popolazione italiana (

Figura 8).

Figura 8. L'Italia è il secondo paese OCSE con la più alta percentuale di popolazione anziana

Percentuale di popolazione di età pari o superiore a 65 anni (a sinistra) e a 85 anni (a destra), nel 2021 e 2050

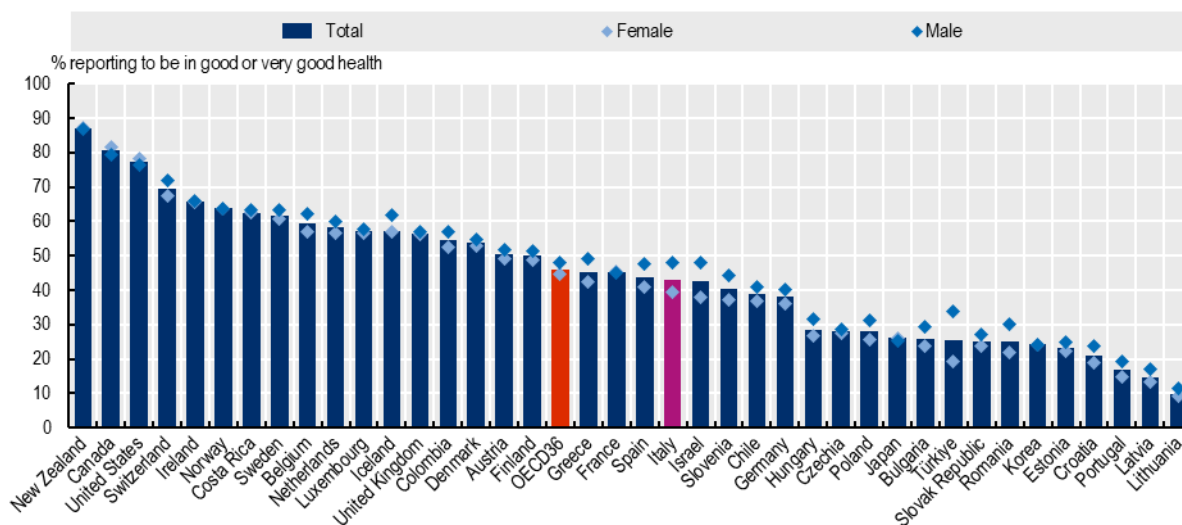


Source: (OECD, 2023⁽⁴⁾)

Una più alta percentuale di popolazione anziana si traduce anche in una più larga fetta di popolazione non autosufficiente. L'Italia riporta infatti livelli di bisogno di assistenza per la non autosufficienza più alti della media OCSE. In media nei paesi OCSE il 46% della popolazione adulta di età pari o superiore ai 65 anni riporta di avere un livello di salute buono o molto buono. L'Italia si attesta sotto alla media OCSE, con il 43% della popolazione adulta che dichiara un livello buono o molto buono di salute e un divario di genere superiore alla media (Figura 9).

Figura 9. Il 43% della popolazione anziana in Italia dichiara uno stato di salute buono o molto buono

Persone anziane (65 anni e più) che valutano la propria salute come buona o molto buona, 2021 (o anno più vicino)



Note: I dati per Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti sono distorti verso l'alto rispetto ad altri paesi e quindi non sono direttamente confrontabili.
Source: OECD Health Statistics 2023.

L'indagine Europea EHIS sulla salute della popolazione (European Health Interview Survey – EHIS) conferma che in Italia i tassi di non autosufficienza sono superiori rispetto alla media UE. In particolare, la percentuale di persone di età pari o superiore ai 65 anni che riporta difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche in Italia supera la media UE quando si guarda a livelli di difficoltà grave e alla popolazione più anziana (75 anni e più) (Tabella 3). In Italia il 28,8% degli intervistati riporta di avere difficoltà gravi nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, contro il 26,6% in media nell'UE. In particolare, rispettivamente il 18,4% e il 43,9% di Italiani di età pari o superiore ai 75 anni riporta di avere gravi limitazioni ADL e IADL, mentre la media UE di tale indicatore si attesta rispettivamente a 14% e 38,3%.

Tabella 3. I tassi di non autosufficienza sono più alti in Italia rispetto alla media dell'Unione Europea

Percentuale di persone anziane (65 anni e più) con difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, per livello di difficoltà e per gruppo di età, in una selezione di paesi dell'UE, 2019

	Difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche			Gravi ADL			Gravi IADL		
	Nessuna	Moderata	Grave	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
Italia	52,0	19,1	28,8	2,6	18,4	10,6	12,3	43,9	28,2
Unione europea (27 paesi)	50,3	23,1	26,6	3,3	14,0	8,4	14,7	38,3	25,8
Austria	54,9	18,0	27,1	2,6	19,3	10,8	10,5	43,1	26,5
Belgio	52,6	17,5	29,9	4,1	19,8	11,4	15,6	45,4	29,3
Danimarca	62,8	22,3	15,0	0,9	6,9	3,5	7,6	23,5	14,4
Finlandia	54,7	27,1	18,2	1,9	7,9	4,4	8,7	29,6	17,2
Francia	57,3	21,2	21,5	3,5	12,1	7,3	11,8	30,7	20,1
Germania	55,7	27,0	17,3	3,7	9,2	6,6	8,0	23,5	16,2
Grecia	49,3	21,7	29,0	3,3	15,1	9,3	13,6	44,0	28,9
Irlanda	59,8	19,4	20,8	1,9	7,7	4,2	12,2	34,1	20,8
Malta	52,9	24,5	22,6	1,1	6,8	3,3	13,3	37,9	22,6
Olanda	41,1	32,0	26,9	4,2	14,9	8,5	16,9	39,0	25,9
Polonia	36,2	27,9	35,9	3,9	16,4	8,9	20,4	58,1	35,5
Portogallo	47,5	19,9	32,7	2,7	16,5	9,4	18,0	46,3	31,6
Slovenia	54,0	16,5	29,5	2,8	16,3	9,0	13,7	46,8	28,9
Spagna	56,3	14,8	28,9	3,2	16,3	9,5	14,6	43,0	28,4
Svezia	61,8	26,0	12,3	1,3	7,3	4,0	5,6	19,1	11,8

Note: L'indicatore è calcolato escludendo i valori mancanti. Il livello di difficoltà nelle attività di cura della persona o attività domestiche è definito grave o non grave a discrezione dell'intervistato, in base alla risposta ottenuta alla domanda "A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni nelle attività che le persone abitualmente svolgono? Direbbe di avere limitazioni gravi, non gravi o nessuna limitazione?"

Source: (ISTAT, 2023_[14])

Il più alto bisogno di assistenza in Italia sembra essere guidato da un livello minore di autosufficienza tra le donne. In media, gli uomini italiani che riportano gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche rappresentano il 19,2%, in linea con la media UE (19,3%), mentre le donne rappresentano il 28,8%, un dato più alto rispetto alla media UE del 26,6% (ISTAT, 2023_[14]).

Tra le persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, il 42,9% riferisce di ricevere un aiuto sufficiente (Tabella 4), un dato superiore alla media UE (40,1%), ma dietro al quale si nasconde un ampio ricorso al settore informale di cura, di cui si è precedentemente discusso (si veda Tabella 2) (ISTAT, 2023_[14]).

Tabella 4. L'accesso a forme di assistenza per la non autosufficienza in Italia è superiore alla media dell'Unione Europea

Percentuale di persone con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, per entità di aiuto ricevuto, in una selezione di paesi dell'UE, 2019

	Aiuto non necessario	Aiuto sufficiente	Mancanza di aiuto
Italia	13,0	42,9	44,2
Unione europea (27 paesi)	13,4	40,1	46,5
Austria	7,2	60,4	32,4
Danimarca	21,2	35,8	43,0
Finlandia	13,6	16,0	70,4
Francia	15,4	45,9	38,7
Germania	6,0	44,3	49,7
Grecia	3,9	53,0	43,1
Irlanda	13,2	38,3	48,5
Malta	26,9	16,9	56,3
Olanda	17,2	58,3	24,5
Polonia	22,7	30,6	46,7
Portogallo	16,7	44,4	38,9
Slovenia	14,9	46,4	38,8
Spagna	6,6	45,4	47,9
Svezia	8,1	38,3	53,6

Note: L'indicatore è calcolato escludendo i valori mancanti

Source: (ISTAT, 2023^[14])

3.2. La forza lavoro formale e informale per i servizi di assistenza alle persone non autosufficienti

Sebbene il bisogno di assistenza sociosanitaria integrata sia in crescita, l'invecchiamento della popolazione e le condizioni di lavoro difficili rendono l'offerta di servizi formali insufficiente per soddisfare la domanda.

Nel settore *long-term care*, stipendi bassi, contratti part-time e a tempo determinato e fattori di rischio fisico e psicologico sono problematiche che persistono da parecchi anni e che la pandemia da COVID-19 ha messo in risalto in molti paesi OCSE. I lavoratori⁵ del settore *long-term care* percepiscono in media l'8% in meno dei loro omologhi impiegati nel settore ospedaliero, a fronte di elevati fattori di rischio fisico e mentale, che si attestano al di sopra della media del mercato del lavoro. Circa il 65% del lavoratori del settore sono esposti a fattori di rischio mentale e più del 70% a fattori di rischio fisico. Inoltre, nel settore LTC la forza lavoro femminile è fortemente predominante e rappresenta l'87% della forza lavoro totale (Figura 10). Tale composizione della forza lavoro, insieme a condizioni di lavoro poco gratificanti, acuiscono il già esistente divario di genere del mercato del lavoro.

⁵ In questa sezione, i dati sui lavoratori in *long-term care* si riferiscono al personale infermieristico e assistenti personali che lavorano nel settore.

Figura 10. Le condizioni lavorative in long-term care rendono il settore poco attraente

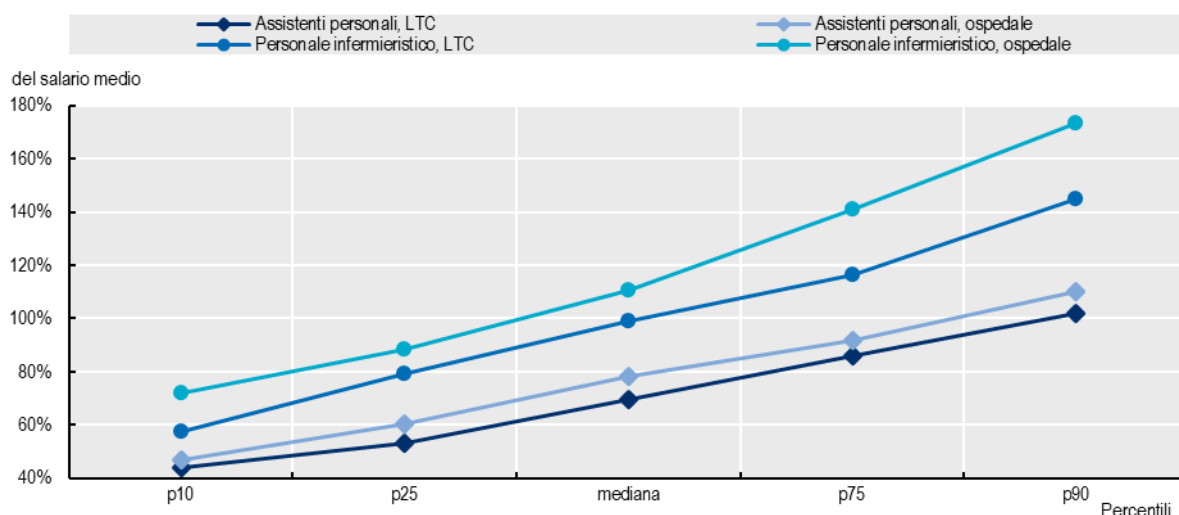


Source: (OECD, 2023^[15])

La Figura 11 mostra più in dettaglio che la retribuzione dei lavoratori del settore LTC è in media inferiore rispetto al settore ospedaliero. Sia per gli assistenti personali che per il personale infermieristico, il salario medio è inferiore nel settore LTC che nel settore ospedaliero. La mediana dei salari per assistenti personali e personale infermieristico del settore LTC corrisponde rispettivamente al 70% e 99% del salario medio nell'economia totale.

Figura 11. I lavoratori del settore LTC guadagnano meno dei loro omologhi nel settore ospedaliero

Percentili selezionati della distribuzione salariale di occupazioni selezionate nei settori LTC e ospedaliero, 2017 o ultimo anno disponibile



Note: Sulla base dei microdati di PIAAC per 31 Paesi OCSE. Il settore LTC comprende i seguenti settori NACE: 871, 873 e 881. Il settore ospedaliero è il settore NACE 861. Gli addetti all'assistenza personale sono identificati dal codice 532 della classificazione ISCO.

Source: (OECD, 2023^[15])

Le condizioni lavorative difficili nel settore LTC sono ampiamente riconosciute tra i paesi OCSE. Alcuni paesi hanno messo in atto delle misure per migliorare le condizioni contrattuali e il riconoscimento sociale delle Figure professionali operanti nel settore Tabella 5. In particolare, 16 paesi hanno aumentato la retribuzione dei professionisti del settore LTC in modo permanente o temporaneo (per es. attraverso dei bonus una tantum assegnati durante la pandemia per remunerare gli sforzi straordinari richiesti al settore durante lo shock). Inoltre 8 paesi hanno riformato il sistema educativo per permettere agli studenti di alcuni corsi universitari di convertire l'esperienza precedentemente maturata nel settore LTC (per es. come assistenti personali) sotto forma di crediti formativi universitari. Il Belgio e l'Irlanda hanno anche introdotto dei corsi di formazione obbligatoria che i professionisti del settore LTC devono svolgere annualmente per assicurare il mantenimento e miglioramento delle competenze. Infine, 5 paesi hanno organizzato delle campagne di informazione per migliorare il riconoscimento sociale dei professionisti del settore LTC, nel tentativo di aumentare l'attrattiva di una carriera in questo settore. L'Italia non ha ancora messo in pratica misure simili per migliorare le condizioni lavorative e il riconoscimento sociale delle professioni sociosanitarie del settore *long-term care* e, in generale, l'attrattiva dei percorsi professionali nell'ambito dei servizi di assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti.

Tabella 5. Misure messe in atto nei paesi OCSE per migliorare le condizioni lavorative dei professionisti del settore *long-term care*

	Aumento salariale permanente	Aumento salariale temporaneo o bonus una tantum	Corsi di formazione obbligatoria	Riconoscimento di esperienza professionale in LTC sotto forma di crediti formativi universitari	Campagne di informazione
Australia	•	•			•
Austria					•
Belgium	•		•		
Canada		•			
Chile					
Colombia					
Costa Rica					
Czechia	•				
Denmark				•	
Estonia					
Finland					
France	•	•			
Germany	•	•			•
Greece					
Hungary	•	•			
Iceland					
Ireland			•		
Israel					
Italy					
Japan	•	•		•	•
Korea	•	•			
Latvia ¹	•	•			
Lithuania	•	•			
Luxembourg	•	•			•
Mexico					
Netherlands	•	•			
New Zealand					
Norway				•	
Poland					

Portugal				•	
Slovak Republic					
Slovenia	•	•			
Spain					
Sweden				•	
Switzerland				•	
Türkiye					
United Kingdom				•	
United States ²		•		•	

Note: ¹In Lettonia, i salari dei lavoratori LTC sono stabiliti dai comuni, anche se all'interno di un range determinato dalla legge e dai regolamenti governativi. Nell'ambito di una più ampia riforma dei salari dei lavoratori del settore pubblico, che entrerà gradualmente in vigore nel periodo 2022-27, il salario massimo per i lavoratori LTC sarà sostanzialmente aumentato e sarà introdotto un salario minimo. Tuttavia, non è chiaro in che misura le retribuzioni dei lavoratori LTC saranno impattate.

² Negli Stati Uniti, il governo federale non ha previsto pagamenti di bonus per gli operatori LTC in risposta alla COVID-19, ma i bonus sono stati previsti da diversi Stati.

Source: (OECD, 2023^[15])

L'OCSE ha selezionato le seguenti 7 aree nelle quali i paesi possono intervenire per migliorare le condizioni lavorative del settore LTC e rispettarne i professionisti:

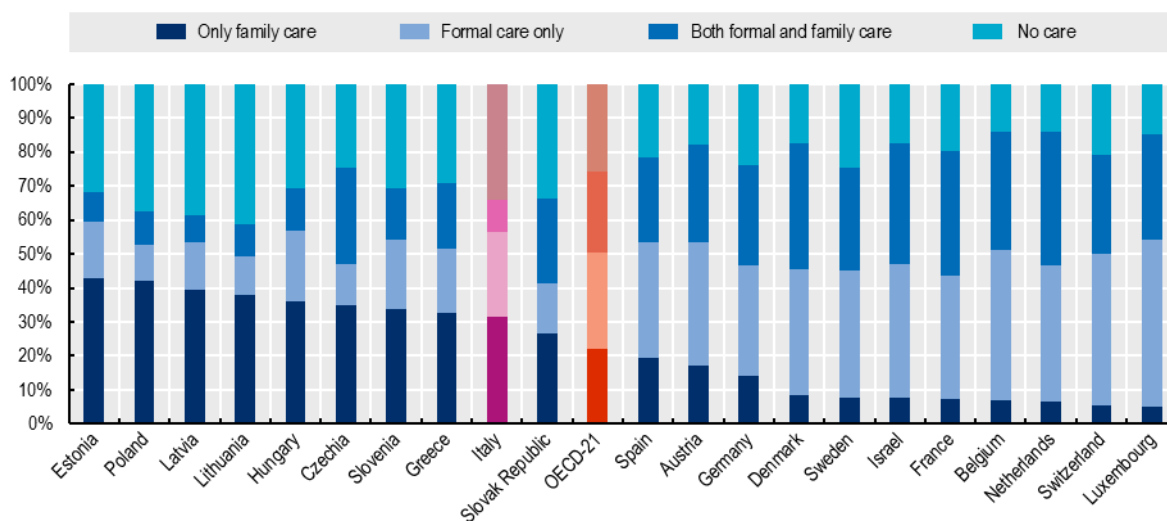
- Riconoscere, da un punto di vista economico e sociale, i lavoratori del settore LTC
- Implementare regolamentazioni efficaci per migliorare la governance del settore
- Stabilire finanziamenti sostenibili e adeguati
- Pagare salari più elevati
- Equipaggiare la forza lavoro con nuove tecnologie
- Tavoli di contrattazione collettiva per migliorare le condizioni di lavoro
- Training e formazione continua per i professionisti del settore

A fronte di un settore formale attualmente impreparato a fronteggiare i bisogni di assistenza sociosanitaria, il settore informale gioca un ruolo fondamentale nell'assistenza alle persone non autosufficienti nei paesi OCSE. Circa il 60% delle persone anziane (65 anni o più) che ricevono assistenza riporta di ricevere supporto solo tramite il settore informale, mentre più di un terzo riceve un mix di servizi formali e informali. In Italia, la percentuale di persone anziane che riportano di ricevere soltanto servizi informali è superiore alla media OCSE, raggiungendo quasi il 70% (Figura 12). La maggior parte delle persone impegnate nell'assistenza di un familiare o conoscente sono donne che forniscono assistenza a partner o ai genitori dei partner. In media tra 25 paesi OCSE il 61% dei caregiver familiari che forniscono assistenza su base giornaliera sono donne, spesso di età compresa tra i 50 e i 65 anni. In Italia tale percentuale è superiore alla media e si attesta al 65%, in base ai dati 2020 (Rocard and Llena-Nozal, 2022^[16]).

Il ruolo predominante del settore informale è evidente e non può essere sottovalutato. Parallelamente alle misure per il miglioramento delle condizioni lavorative dei professionisti del settore formale dell'erogazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti, è fondamentale prevedere delle forme di regolamentazione e supporto dei caregivers familiari e degli assistenti personali informali. Le direttive dell'Unione Europea sull'equilibrio tra vita privata e lavoro, pubblicate nel 2019, prevedono che le persone che forniscono servizi di cura informali per un familiare debbano godere di almeno 5 giorni di congedo annuale dal lavoro per potersi dedicare alle attività di cura (European Commission, 2019^[17]). In Italia, il congedo per caregivers familiari è già abbastanza ben sviluppato, con 3 giorni di congedo retribuito ogni mese. L'integrazione tra il settore formale e informale di cura in Italia è però piuttosto carente e necessita di ulteriori azioni di miglioramento, come discusso a pagina 51.

Figura 12. Circa il 60% delle persone anziane che ricevono assistenza ricevono solo cure informali

Percentuale di persone di età pari o superiore a 65 anni che ricevono assistenza, per tipo di assistenza che riportano di ricevere, 2020



Note: L'assistenza familiare viene ricevuta dalla famiglia e dagli amici; l'assistenza formale è fornita da assistenti retribuiti. I paesi sono ordinati in base al numero di persone che ricevono assistenza formale.

Source: (OECD, 2023^[15])

3.3. La normativa sull'integrazione dei servizi sociosanitari nei paesi OCSE

Come precedentemente chiarito, non esiste ancora una definizione internazionalmente condivisa di persone non autosufficienti. In molti paesi OCSE, come in Italia, le persone con limiti all'autosufficienza ricevono un mix di servizi prevalentemente sanitari e di servizi prevalentemente sociali e la loro erogazione è spesso scarsamente integrata. Anche la governance di tali servizi è quindi spesso divisa tra il Ministero della Salute e il Ministero delle Politiche Sociali e la responsabilità è spesso condivisa tra governo centrale ed enti locali. Gli enti locali inoltre spesso ricoprono il ruolo principale nell'erogazione dei servizi (OECD, 2022^[18]). L'importante ruolo del settore informale (i.e. caregivers familiari e assistenti personali) e la scarsa integrazione dei sistemi informativi rappresentano ulteriori sfide condivise da molti paesi OCSE.

La frammentazione dei servizi per la non autosufficienza è quindi una sfida cui molti paesi fanno fronte e un numero crescente di paesi sta mettendo in pratica misure per migliorare l'integrazione dei servizi sociali e sanitari. Finlandia, Slovenia, Spagna e Regno Unito stanno attualmente attraversando un lungo processo di riforma dei servizi sanitari e sociali. Ottenere una maggiore integrazione dei servizi sociosanitari prevede che si migliori l'integrazione a livello politico-istituzionale, organizzativo, funzionale ed operativo. I principali esempi internazionali di meccanismi di coordinamento e integrazione sociosanitaria includono infatti elementi per migliorare l'integrazione ad ogni livello (politico-istituzionale, organizzativo e assistenziale). Tra le misure più frequentemente attuate in altri paesi OCSE, vi sono le seguenti:

- **11 paesi hanno un unico Ministero o Dipartimento che si occupa di politiche sanitarie e sociali** (Tabella 6). Anche l'Italia, nel 2008, aveva istituito un unico Ministero per le politiche sanitarie e sociali, denominato Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Tale Ministero è stato poi nuovamente suddiviso in due organismi separati nel 2009.

Tabella 6. Lista di paesi OCSE con un unico Ministero responsabile di politiche sanitarie e sociali

Paese	Ministero
Austria	Ministero degli Affari Sociali, della Salute, dell'Assistenza e della Protezione dei Consumatori
Colombia	Ministero della Salute e della Protezione Sociale
Corea	Ministero della Salute e del Welfare
Estonia	Ministero degli Affari Sociali
Finlandia	Ministero degli Affari sociali e della Salute
Giappone	Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare
Norvegia	Ministero della Salute e dei Servizi di assistenza
Paesi Bassi	Ministero della Salute, del Benessere e dello Sport
Regno Unito	Dipartimento della Sanità e dell'Assistenza sociale
Stati Uniti	Dipartimento della Salute e Servizi sociali
Svezia	Ministero degli Affari Sociali

Source: OECD Secretariat, 2023

- **Istituzione di un unico istituto pubblico incaricato della gestione dei servizi per la popolazione non autosufficiente.** In alcuni paesi, la responsabilità dei servizi sociosanitari per persone anziane, persone con disabilità o persone non autosufficienti è stata affidata in capo ad un singolo ente pubblico, in certi casi appositamente creato per migliorare il livello di integrazione nella governance ed erogazione di tali servizi. Nel 2020, la Francia ha affidato un ruolo crescente alla cassa nazionale della solidarietà per l'autonomia (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)). L'ente, storicamente responsabile del finanziamento dei servizi per persone con disabilità, diventerà interamente responsabile del finanziamento e dell'erogazione di servizi per la popolazione anziana e la popolazione con disabilità entro il 2030. Anche la Slovenia, attualmente in fase di riforma del sistema di *long-term care*, prevede di affidare al fondo di assicurazione sanitaria crescenti responsabilità nella gestione dei fondi per l'erogazione di servizi di *long-term care*.
- **Creazione di organismi intergovernativi per favorire la comunicazione tra gli attori coinvolti nella programmazione e gestione dei servizi.** In altri paesi, tra cui Francia e Spagna, esistono degli organismi incaricati di favorire il coordinamento tra attori nazionali e locali nell'ambito dei servizi di *long-term care*. Per esempio il Consiglio Territoriale del Sistema pubblico per l'Autonomia e l'assistenza per la Dipendenza è un organismo Spagnolo all'interno del quale le regioni e il governo centrale discutono le caratteristiche dei servizi per la non-autosufficienza. In Francia, una "conferenza dei finanziatori" è incaricata di discutere misure e finanziamenti per i servizi dedicati alla popolazione over 60 non autosufficiente. In Finlandia, il processo di riforma prevede l'istituzione di 21 "distretti per i servizi di benessere", finanziati dal governo centrale e in capo ai quali accentrare le responsabilità per i servizi sociali e sanitari, attualmente gestiti dai comuni.
- **Attivazione di sistemi di coordinamento e comunicazione tra gli attori coinvolti nella programmazione e gestione dei servizi.** Altri paesi OCSE hanno attivato dei sistemi di coordinamento tra gli enti responsabili dei servizi (e.g. comitati intergovernativi, riunioni con cadenza regolare), per migliorare l'integrazione e cooperazione tra diversi attori. In Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia, il governo centrale e gli enti locali si incontrano regolarmente per discutere le misure riguardanti i servizi e le eventuali difficoltà cui far fronte. In Finlandia, per esempio, si prevede che il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, il Ministero dell'Interno e il Ministero delle Finanze conducano negoziati annuali con ciascuno dei 21 "distretti per i servizi di benessere" descritti al punto precedente. In alcuni paesi sono anche previsti degli incentivi per la cooperazione a livello locale. In Francia, i comuni vengono incentivati ad entrare a far parte dei cosiddetti "esercizi pubblici per la cooperazione intermunicipale" (EPCI), tramite specifiche sovvenzioni destinate unicamente ai comuni che partecipano in un EPCI.

- Riconoscimento e integrazione tra il settore formale e i caregivers familiari, gli assistenti personali (i.e. badanti) e i lavoratori stranieri. I caregivers familiari e gli assistenti informali rappresentano spesso la colonna portante del sistema di cura per le persone non autosufficienti. L'aumento previsto dei bisogni di cura e le carenze di personale e cure formali per le persone non autosufficienti che si stanno verificando in molti paesi OCSE sottolineano l'importanza di riconoscere il ruolo del settore informale, supportando e formalizzando il loro ruolo e migliorandone l'integrazione con il settore formale. Inoltre i lavoratori stranieri svolgono un ruolo sempre più importante nei sistemi sociosanitari di molti paesi OCSE. Attualmente nella maggior parte dei paesi OCSE vi sono dei meccanismi di supporto per caregivers familiari e assistenti informali. Circa due terzi dei paesi OCSE prevedono il congedo per caregiving, seppure non sempre retribuito, mentre le opportunità di formazione sono spesso limitate e offerte online dal terzo settore. Alcuni paesi, tra cui Israele, Canada, Germania e Spagna hanno previsto dei meccanismi per facilitare la regolarizzazione degli assistenti informali migranti. Nel 2022 la Spagna ha riconosciuto il ruolo dei lavoratori stranieri, semplificando i sistemi di immigrazione per facilitare ed incoraggiare l'immigrazione regolare di assistenti sociosanitari regolarmente iscritti a dei corsi di formazione (European Commission, 2022^[19]).
- Miglioramento dell'integrazione dei sistemi informativi dei due settori (sanitario e sociale). In Finlandia, per esempio, l'istituto statistico nazionale (THL) sta riformando il sistema statistico con l'obiettivo di creare un unico registro di dati per tutti i servizi erogati, basato sul [modello Kanta](#)⁶. Vale la pena notare che in Finlandia esiste un unico Ministero per le politiche sanitarie e sociali, fattore che probabilmente facilita il coordinamento e integrazione dei dati e dei servizi per le persone non autosufficienti.
- Rafforzamento della forza lavoro nel settore sanitario e dell'assistenza: Il Regno Unito è fortemente impegnato a sostenere il personale del NHS, della sanità pubblica e dell'assistenza sociale, con un focus su capacità e competenze. Si prevede l'assunzione di 50.000 infermieri in più nel NHS e un investimento senza precedenti di almeno £500 milioni nella riforma dell'assistenza agli adulti (*People at the Heart of Care*). Nel contesto della pianificazione della forza lavoro, l'attuale assenza di forum condivisi e di chiarezza riguardo alle competenze necessarie e alle responsabilità multilivello porta i fornitori di assistenza sociale, autorità locali e NHS a competere per l'attrazione e la ritenzione del personale. Per far fronte a questa sfida, Health Education England è stata incaricata di esaminare le tendenze a lungo termine del personale (sia sociale che sanitario), fornendo un quadro che guiderà la pianificazione per i prossimi 15 anni. Sul fronte della formazione, l'obiettivo è migliorare sia la formazione iniziale che quella continua, soprattutto per personale con ruoli all'interfaccia tra sanità e assistenza sociale, al fine di garantire che abbiano le competenze e le conoscenze necessarie per lavorare in modo collaborativo tra diversi settori. Si prevede inoltre di creare opportunità per l'apprendimento congiunto e lo sviluppo professionale su temi condivisi come la capacità mentale e la fragilità, e promuovere le carriere sia nel settore sanitario che dell'assistenza sociale, al fine di rafforzare la visione di sanità e assistenza sociale come un sistema integrato di pari valore. Parlando di mobilità e progressione di carriera, esistono barriere che impediscono il movimento tra i vari settori sanitari e dell'assistenza. Per superare queste barriere, sono in programma ruoli lavorativi condivisi tra settore sociale e sanitario e l'introduzione di un "Passaporto di Competenze Integrato" per facilitare il trasferimento di competenze e conoscenze tra il NHS, la sanità pubblica e l'assistenza sociale. Si prevede infine di espandere le occasioni formative in assistenza sociale, con l'ambizione che ogni studente di medicina acquisisca esperienza pratica in questo settore per favorire la collaborazione interdisciplinare e la mobilità di carriera (Department of Health and Social Care, 2022^[20]).

⁶Il modello Kanta è un sistema di dati nazionale, centralizzato e integrato. È condiviso tra settore sanitario e sociale, farmacie e cittadini. Le informazioni dei pazienti sono disponibili attraverso MyKanta in una cartella clinica elettronica. MyKanta ha un buon livello di diffusione, il 63% della popolazione finlandese adulta ha infatti utilizzato MyKanta entro il 2020. Entro il 2024, la Finlandia prevede di aumentare ulteriormente l'uso di MyKanta, poiché la nuova legge sull'elaborazione elettronica dei dati sui servizi sanitari e sociali ne renderà obbligatorio l'uso per tutti i fornitori.

Per un maggiore dettaglio su come altri paesi hanno legiferato negli scorsi decenni nel tentativo di migliorare l'integrazione sociosanitaria dei servizi di assistenza alla popolazione con limiti all'autosufficienza, la Tabella 7 riassume le normative più rilevanti in 13 paesi OCSE.

Tabella 7. Il quadro normativo dei servizi per la popolazione non autosufficiente, paesi OCSE selezionati

	Main legal acts structuring the LTC framework	Description
Austria	<ul style="list-style-type: none"> - Federal <i>Long-term care</i> Allowance Act (Bundespflegegeldgesetz), 1993 - Agreement according to article 15a of the Austrian Constitutional Act' between the Federal Republic and the federal provinces, 1993 - '24-hour home-based care', 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - The Act codifies cash benefits for people in need of <i>long-term care</i> - This agreement defines the responsibilities of federal provinces. They are responsible for developing and upgrading the decentralised and nationwide delivery of institutional inpatient, short-term inpatient, semi-inpatient (day care) and outpatient/mobile care services. - The 2007 reform legalises privately organised 24-hour home-based care LTC, which is primarily dependent on temporary migrant carers from countries like the Slovak Republic and Romania.
Belgium	6th State Reform, 2014	- The federal level is responsible for home nursing and physiotherapy (Federal health insurance), service vouchers (Unemployment insurance and tax rebate), and integration allowance for disabled persons (Federal ministry of social affairs). Regions are responsible for residential care for the elderly, including price control, day care facilities, home care, care allowance for the elderly, other service vouchers and care for disabled persons. Only Flanders has a regional LTC insurance (VSB).
Denmark	Consolidation Act on Social Services, 2018 ¹ (first version in 1998)	-The Act on Social Services municipalities are responsible for residential care in a nursing home or in a non-profit care home, and that waiting time cannot exceed two months. The Act on Social Services also prescribes that the municipal council shall offer (i) personal care and assistance, (ii) assistance or support for necessary practical activities in the home and (iii) meals services. The assistance mentioned is offered to persons who are unable to carry out the activities due to temporary or permanent impairment of physical or mental function or special social problems
Estonia	Health Services Organisation Act The Social Welfare Act	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing care service providers need to have a permit from the Health Care Board. The Ministry of Social Affairs regulates nursing services and requirements. - Municipalities to provide 11 social services (among them some LTC services), but not all municipalities abide by the law and the law allows broad interpretation.
Finland	- Health and social services reform in process	- 21 wellbeing services counties would be established in Finland and entrusted with the health, social and rescue services duties that are currently the responsibility of municipalities and joint municipal authorities. The counties would be public law entities that have autonomy in their areas. A county council, elected by direct popular vote, would be the highest decision-making body of wellbeing services counties. There would be five collaborative catchment areas for regional coordination, development and cooperation in healthcare and social welfare. The Government would confirm the strategic objectives of healthcare, social welfare and rescue services every four years. The Ministry of Social Affairs and Health, the Ministry of the Interior and the Ministry of Finance would hold annual negotiations with each wellbeing services county. The operation of wellbeing services counties would be financed mainly from central government funds and partly from client fees to be collected from the users of services.
France ²	<ul style="list-style-type: none"> - Specific allowance for dependency, 1997, reformed in 2002 - Law on solidarity and loss of autonomy, 2004 - the Hospital, Patients, Health and Territories Act, 2009 - Act on adapting society to an ageing population, 2015 	<ul style="list-style-type: none"> -The cash-for-care scheme is paid to any person aged 60 or over who needs assistance to accomplish everyday activities or who needs to be continuously watched over. Each level of dependency gives access to a maximum amount), which is then adjusted according to the recipient's needs and level of income. At home, the allowance is paid either to finance a specific 'care plan' in the home elaborated by a multidisciplinary team (health and social professionals from the <i>départements</i>) after an assessment of needs, or in a residential home. The APA represents over EUR 5 billion of expenditure, of which 70% comes from the <i>départements</i> and 30% from the CNSA. - The 2004 law introduced the CNSA (the national solidarity fund for autonomy), a new institution responsible for implementing policy measures aimed at older and disabled people -The 2009 law created a new regional institution representing central government that encompass regional and local health administrations and included interventions to the social sector -The 2015 law aims to support older people facing loss of autonomy, with a priority given to homebased care, but also included healthy ageing policies and housing adaptations.

Germany	<ul style="list-style-type: none"> - Long term care insurance, 1995, major reform in 2017 	<p>-Statutory health insurance (SHI) members are insured under the social LTCI scheme and all members with private health insurance (PHI) are insured under the private scheme. The structure and level of benefits does not differ between social and private LTCI. Since 2009, insurance has been mandatory for every citizen.</p> <p>In 2017, the social LTCI covered 72.7 million citizens and private LTC covered 9.4 million citizens (2015). Under the social LTCI, 71.9% of benefit recipients were being cared for at home, most of them by female family members or unpaid carers. In 2017, total expenditure on benefits paid under the social LTCI scheme was EUR 35.54 billion.</p> <p>The 2017 reform included an expansion of eligibility criteria to include mental and psychological disabilities (e.g. dementia). In 2017, the LTCI expenditure rose of 26% compared with 2016.</p>
Latvia	<ul style="list-style-type: none"> - Law on Social Services and Social Assistance - Health care laws for health care - Programme of mobile teams, 2010 	<p>The official institutional norms are formulated in the Law on Social Services and Social Assistance, as well as in the internal regulations of the social service agencies. The official institutional norms are: assessment of the individual's needs; provision of services at the place of residence of the client; inter-professional and inter-institutional cooperation; user participation; cost control.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Health care for older people are regulated based on the health care laws - Mobile teams of specialists (i.e. social worker, social care worker, psychologist), provide social services to the elderly in their homes. These mobile teams are becoming the standard suppliers of care services in rural areas, especially those with low population density.
Netherlands	<ul style="list-style-type: none"> - Social Support Act (Wmo), 2015 - Long-term care Act (Wlz), 2015 	<ul style="list-style-type: none"> -Wmo: municipalities provide social services funded by block grants from the state. They are responsibilities for providing help with IADLs (cleaning, cooking, etc.) for the elderly. Municipalities have very limited tax-raising abilities. - Wlz: it is a statutory social insurance scheme.
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> Decree Law 265/99, 14 of July - National Network for Integrated Continuous Care (RNCCI), 2007 	<p>Regulates the supplement for dependency, the cash benefit for people having LTC needs</p> <p>The RNCCI provides convalescent care, post-acute rehabilitation services, medium- and long-term care, home care and palliative care. The Ministries of Health and Social Solidarity jointly set up the network. It comprises both public and private not-for-profit units (funded by the state jointly by both Ministries). The financing model is based on the types of services provided, with joint protocols across the health and social sectors.</p>
Spain	<ul style="list-style-type: none"> - Dependency Act, 2007 - Regulation on foreigners, 2022 	<ul style="list-style-type: none"> -The law guarantees a right to long-term care services to all those assessed to require care subject to an income and asset test. Entitlements to cash and in-kind services are slightly different, with cash allowances being universal, while not all individuals might receive in-kind services. Recipients are expected to pay one third of total costs of services. The central government and the regions are jointly responsible for the funding and provision of LTC. - As part of the care reform, Spain has foreseen the modernization of the migration law in order to facilitate the regularization of the situation of migrant workers working in the care sector (as well as other sectors where labor supply is low). The workers are required to enroll in a training course in order to obtain a work permit.
Sweden	<ul style="list-style-type: none"> - Social Services Act, 2001 - National Centre for support of Informal Care Providers and law in support to informal caregivers, 2008 	<ul style="list-style-type: none"> - The management and planning of care for the elderly is split between three authorities – the central government, the county councils, and the local authorities. Each unit have different but important roles in the welfare system of Sweden. They are represented by directly elected political bodies and have the right to finance the activities by levying taxes and fees within the frameworks set by the Social Services Act. - The Centre is co-run by several research institutes in Sweden with mandate from the National Board of Health and Welfare. Its aim is to coordinate research and development, supply information and documentations to caregivers and increase the awareness among the public and the authorities. In addition, since 2009, the municipalities are by law required to support informal caregivers.
United Kingdom	<ul style="list-style-type: none"> - Health and care act, 2022 	<p>The health and care act 2022 sets the scene for reforming health and social care in England. It aims at reducing bureaucracy and at facilitating communication and integration between the social and health sectors.</p>
United Kingdom (England)	<ul style="list-style-type: none"> - Health and Social Care Act, 2012 	<p>The Health and Social Care act defines the role of the Health and Social Care Information Centre Special Health Authority. It is a non-departmental public body which collects, analyses and published information on health and social services for adults at the national level. The act also establishes funding mechanisms for health and social services for adults, as well as defining monitoring and regulating powers on such services.</p>
United Kingdom (Scotland)	<ul style="list-style-type: none"> - Regulation of Care Act, 2001 - Community Care and Health Act, 2002 	<ul style="list-style-type: none"> - The 2001 Act aimed to improve standards of social care services. - The 2002 Act introduced 2 new changes: free personal care for older people, regardless of income or whether they live at home or in residential care and

<ul style="list-style-type: none"> - Public Bodies (Joint working) Act, 2014 - The Social Care (Self-directed Support) Act, 2013 - Carers Act, 2016 	<p>the creation of rights for informal or unpaid carers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - The 2013 Act enshrines in the law that people who are eligible for social care support must be involved in decisions about what their support looks like and how it is delivered. - The 2014 Act sets the framework for integrating adult health and social care, particularly for people with multiple, complex, long-term conditions. - The 2016 Act includes a duty for local authorities to provide support to carers, based on the carer's identified needs which meet the local eligibility criteria, a carer support plan, a requirement for local authorities to have an information and advice service for carers, and a requirement for the responsible local authority to consider whether respite care should be provided, including on a planned basis.
--	---

Note: ¹ The latest translated consolidation act is from 2015, and the latest consolidation act in Danish is from 2018. ²In France, there are 101 *départements* (implemented in 1789) and 18 *régions* (implemented in 1956).

Source: country-specific ESPN reports on challenges in *long-term care*. For [Finland](#), [Sweden](#), [Scotland](#), click on hyperlinks. For Denmark, see the Questionnaire on the rights of older persons with disabilities, the Danish Institute for Human Rights (2019), for Spain (European Commission, 2022^[19]).

4

La normativa vigente sull'integrazione dei servizi per persone non autosufficienti in Italia

Il tema dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari in Italia è stato ripetutamente affrontato dalla letteratura e normativa vigente a partire dalla fine degli anni 70 del secolo scorso ed ha visto una crescente attenzione negli ultimi anni. Il focus sempre più importante verso questo tema è stato in parte guidato dai trend di invecchiamento della popolazione e di aumento della diffusione delle malattie croniche.

4.1. La normativa italiana sull'integrazione sociosanitaria dagli anni '70 ad oggi

Già nella legge n.833/1978, la normativa italiana sottolineava l'importanza dell'integrazione tra il settore sanitario e sociale. La legge infatti istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e prevedeva il coordinamento tra servizi sanitari e sociali a livello locale. Il decreto legislativo n. 299/1999 rappresenta uno tra i primi punti salienti della normativa italiana sull'integrazione sociosanitaria, introducendo la definizione di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, e prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria.

La legge quadro n. 328/2000 ha poi richiesto la definizione di livelli essenziali di assistenza sociale, da affiancare ai già esistenti livelli essenziali di assistenza sanitaria. La definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale ha poi incontrato numerosi ostacoli ed è ancora attualmente in fase di sviluppo. Nel 2001, la Legge costituzionale n. 3 – nota come riforma del titolo V – ha attribuito alle regioni la potestà legislativa concorrente in materia sanitaria e potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza sociale, delegando quindi alle regioni la responsabilità dell'integrazione sociosanitaria.

Qualche anno dopo, il piano sanitario nazionale 2003-2005 ha definito l'integrazione sociosanitaria come uno dei principi fondamentali del sistema sanitario italiano e ha posto la costruzione di una rete integrata di servizi sociali e sanitari tra gli obiettivi fondamentali del piano. Il piano sanitario nazionale 2006-2008 e il piano sanitario nazionale 2011-2013, il patto per la salute 2007-2009 e il patto per la salute 2010-2012 hanno tutti fatto riferimento all'importanza dell'integrazione sociosanitaria in Italia. Ciononostante, nel 2011 la manovra finanziaria ha azzerato il Fondo nazionale non autosufficienze, rallentando il processo di integrazione sociosanitaria nel paese.

Nel 2015, il Decreto Ministeriale 70/2015 stabilì le linee guida per la promozione e il coordinamento delle attività di assistenza domiciliare integrata e promuoveva quest'ultima come alternativa all'ospedalizzazione. La legge 328/2016, il decreto legislativo 107/2018 e la legge 114/2018 ripresero più volte il tema dell'integrazione sociosanitaria enfatizzandone l'importanza e allocando risorse finanziarie al potenziamento dei servizi sociosanitari, anche a domicilio (i.e. legge 114/2018).

Negli ultimi anni, il tema dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali per persone non autosufficienti ha ricevuto crescente attenzione. Il rinnovato interesse verso questo tema ha condotto ad un crescente numero di normative, piani nazionali e fondi dedicati al miglioramento dell'integrazione sociosanitaria. Attualmente è quindi in corso in Italia un processo di riforma dei servizi di assistenza sociosanitaria integrata per persone non autosufficienti. Per comprendere meglio gli sviluppi normativi italiani degli ultimi anni e le sfide all'implementazione delle riforme in corso, i paragrafi seguenti si propongono di approfondire i punti salienti delle riforme attualmente in atto nel paese.

4.2. Verso delle politiche per la non autosufficienza, oltre i silos della disabilità e della popolazione anziana

Una delle sfide strutturali sul tema della non autosufficienza risiede nella separata gestione dei temi legati alla disabilità ed alla popolazione anziana, sebbene entrambe le categorie siano comunemente classificate come 'non autosufficienti'. Questa distinzione si manifesta sia a livello ministeriale che nella pratica, attraverso servizi e associazioni dedicati.

Tuttavia, esistono casi che evidenziano gli sforzi delle istituzioni, sia a livello nazionale che regionale, di andare oltre la dicotomia tra disabilità e anzianità, adottando un approccio integrato alla 'non autosufficienza'.

A livello Nazionale, si manifesta un crescente interesse per il tema della non autosufficienza attraverso la costituzione di diverse commissioni ministeriali e interministeriali, nonché gruppi di lavoro che si sono recentemente dedicati all'approfondimento del tema e alla formulazione di proposte di intervento o riforma. Ad esempio, nel marzo 2021, è stato creato presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali il gruppo di lavoro denominato "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza" (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022^[1]). Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) inoltre costituisce un'iniziativa significativa volta a incentivare un dibattito costruttivo sul tema della non autosufficienza, fornendo al contempo una definizione omogenea su scala nazionale.

Anche a livello regionale si possono notare esempi di coordinamento sul tema della non autosufficienza. Ad esempio, per poter avere accesso al Fondo Nazionale Non Autosufficienza, le regioni sono chiamate a redigere un piano regionale non autosufficienza.⁷ Alcune regioni dispongono di enti di coordinamento affinché la redazione del piano regionale non autosufficienza avvenga in maniera partecipata e coordinata, utilizzando i contributi di vari stakeholders. Ad esempio, nelle Marche, è stato istituito il gruppo di lavoro per la non autosufficienza per redigere il Piano Regionale non Autosufficienza. Nella regione Umbria, con la DGR n. 1400 del 28/12/2022, è stato costituito lo Steering committee⁸ per la redazione del Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) per il triennio 2022-2024.

4.3. Le riforme in corso e le riflessioni sull'implementazione

4.3.1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato approvato dalla Commissione Europea il 22 Aprile 2021 e prevede investimenti pari a 191,5 miliardi di euro finanziati tramite il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, con ulteriori 30,6 miliardi di euro finanziati tramite il Fondo Complementare. Il PNRR prevede sei Missioni, due delle quali sono rilevanti per un miglioramento dell'integrazione dei servizi sociosanitari: la missione 5 (coesione e inclusione) e 6 (salute).

Come parte della missione 5, il Piano prevede interventi di costruzione e ristrutturazione di immobili destinati a persone con disabilità gravi e anziani non autosufficienti e percorsi di autonomia per persone con disabilità, per un totale di 1 miliardo di euro. La missione 6 prevede interventi per il rafforzamento dei servizi di cura sul territorio, l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e l'integrazione di tutti i servizi sociosanitari, oltre che la digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (i.e. diffusione del

⁷ Strumento di programmazione che permette di definire le modalità di integrazione sociosanitaria, la modalità di individuazione dei beneficiari, la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, e il sistema di monitoraggio.

⁸ Composto da: Direttore regionale alla Salute e Welfare, o Dirigenti della Direzione Salute e Welfare o Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, o Presidente Anci, o Presidente dell'Osservatorio per le Disabilità, o Garante per i diritti delle persone con disabilità.

Fascicolo Sanitario Elettronico) e il monitoraggio ed erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per un totale di 15,63 miliardi di euro di investimenti (PNRR, 2021^[21]).

Il PNRR rappresenta quindi un'opportunità unica, assegnando risorse finanziarie specifiche per l'espansione e il miglioramento dei servizi di assistenza domiciliare. Tuttavia, in conformità con le testimonianze raccolte da diversi portatori di interesse intervistati nell'ambito di questo progetto, il PNRR presenta varie sfide legate alla sua implementazione.

Prima fra tutti è il fatto che le risorse finanziarie allocate dal PNRR debbano essere impiegate entro un periodo di tre anni. Secondo alcuni stakeholders, tale finestra temporale risulta eccessivamente limitata per poter essere ragionevolmente perseguita dalle regioni. In particolare, secondo alcuni stakeholders, l'obiettivo di espandere la copertura dell'ADI al 10% della popolazione over 65 non sembra perseguibile in alcune regioni (principalmente del Sud) che mostrano un ritardo notevole rispetto ad altre regioni che invece sono già prossime al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

In secondo luogo, diverse metriche utilizzate per misurare il raggiungimento degli obiettivi del PNRR suscitano interrogativi sia tra gli stakeholders intervistati che nella letteratura accademica. Secondo Gugliatti, Lecci e Rotolo (2022^[22]) gli indicatori di output proposti nel PNRR (come il numero di pazienti assistiti a domicilio e il numero di prestazioni domiciliari da erogare) mancano di dettagli specifici riguardanti i fabbisogni di riferimento, o la loro distribuzione omogenea sul territorio. Inoltre, secondo molteplici stakeholders intervistati, l'obiettivo del PNRR di espandere la platea di utenti ADI (per raggiungere il 10% degli over 65) appare limitante se non affiancato da un impegno ad aumentare l'intensità dell'assistenza, oggi molto basso in Italia.

Inoltre, il piano omette di stabilire uno standard assistenziale minimo dei servizi domiciliari, che rende difficile garantire un livello di cura uniforme e di alta qualità su tutto il territorio nazionale, e non fornisce una roadmap di politica industriale chiara per lo sviluppo e l'implementazione di servizi domiciliari, a volte oggi del tutto inesistenti in alcune aree del Paese.

Infine, la limitata partecipazione dei comuni nella stesura della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta un'opportunità per un ulteriore affinamento del processo. Un coinvolgimento più esteso a livello comunale avrebbe potuto arricchire e potenziare l'applicabilità delle misure previste, valorizzando la riforma in una prospettiva di attuazione territoriale.

La legge 22 dicembre 2021, n. 227. Delega al Governo in materia di disabilità

La legge delega n. 227/2021 pone l'obiettivo di rivedere e riordinare le norme vigenti in Italia in materia di disabilità. La legge delega il governo ad adottare decreti legislativi sui seguenti temi:

- Riordino della normativa riguardante la definizione della condizione di disabilità;
- Miglioramento dei sistemi di valutazione per l'accertamento della condizione di disabilità, la valutazione multidimensionale dei bisogni e il progetto di vita individuale;
- L'informatizzazione dei processi di valutazione dei bisogni e di archiviazione dei dati;
- Riqualficazione dei servizi pubblici per migliorarne l'inclusione e l'accessibilità;
- Istituzione di un Garante nazionale delle disabilità;
- Potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità.

L'implementazione dei decreti attuativi della legge è in corso ma mostra una certa cautela nel procedere, secondo alcuni stakeholders intervistati. È da notare che aspetti come l'assistenza domiciliare e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali non sono ancora emersi in maniera esplicita nella legge.

Dalle interviste con gli stakeholders inoltre emerge che la legge delega n. 227/2021 (Delega al Governo in materia di disabilità) e la legge 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) operano su binari paralleli senza intersezione, perpetuando una frammentazione che non favorisce una gestione olistica dei bisogni della popolazione non autosufficiente.

Questa separazione è tanto più evidente nei tavoli di lavoro dedicati, che non condividono né obiettivi né strategie.

4.3.2. La legge 30 dicembre 2021 n.234. Legge di bilancio 2022

La legge n. 234/2021 ha definito i Punti Unici di Accesso (PUA), le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il Progetto di Assistenza individuale Integrata (PAI) e i nuovi Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (LEPS), come descritto in Tabella 8. L'articolo 1, comma 4-bis, prevede la realizzazione di progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità, alle quali sono stati destinati 25 milioni di euro per l'anno 2020 e 25 milioni di euro per l'anno 2021, da ripartire tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in base alle rispettive quote di accesso al finanziamento del SSN per gli anni di riferimento 2020 e 2021. Inoltre il comma 168 determina anche l'incremento del fondo per le non autosufficienze progressivamente negli anni 2022-2025. Tale fondo è integrato, in base alla legge n. 324/2021, per euro 100 000 000 nel 2022, 200 000 000 nel 2023, euro 250 000 000 nel 2024 e euro 300 000 000 nel 2025.

Tabella 8. Disposizioni della legge n.234/2021 rilevanti per l'integrazione dei servizi sociosanitari per persone non autosufficienti

Riferimento normativo	Misura definita	Definizione
Legge n. 234/2021, Articolo 1, Comma 159	Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)	I LEPS sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.
Legge n. 234/2021, Articolo 1, Comma 163	Punti Unici di Accesso (PUA)	Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità ». Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.
Legge n. 234/2021, Articolo 1, Comma 163	Progetto di Assistenza individuale Integrata (PAI)	Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Source: Legge n. 234/2021

4.3.3. Il Piano Nazionale Non Autosufficienza

Il Piano Nazionale Non-Autosufficienza 2019-2021 ha incentivato un potenziamento dei servizi per persone non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di appianare il più possibile le discrepanze regionali. Il Piano introduce una definizione nazionale di disabilità gravissima e sottolinea la necessità di introdurre una definizione nazionale univoca della popolazione non autosufficiente, insieme ad un sistema di identificazione dei beneficiari di benefit e servizi per persone non autosufficienti.

Il PNNA 2022-2024 fa riferimento alla normativa esistente, in particolare la legge di bilancio n. 234/2021, e al PNRR per definire una matrice di programmazione di misure per migliorare l'assistenza sociosanitaria per persone non autosufficienti⁹. La matrice di programmazione include 7 assi:

- Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- Servizi sociali di sollievo (e.g. sostituzione temporanea dei caregivers, supporto ai caregivers familiari);
- Servizi sociali di supporto (e.g. supporto per favorire l'incontro di domanda e offerta di assistenti personali, assistenza legale e amministrativa alle famiglie di persone non autosufficienti);
- Contributi per il sostegno alla domiciliarità e dell'autonomia personale;
- Percorso Assistenziale Integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità, che include le seguenti fasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute;
- Rafforzamento della dotazione organica degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS);
- Attività di formazione.

Il piano inoltre riporta l'ammontare del Fondo per la Non Autosufficienza (FNA) per il triennio 2022-2024, corrispondente a 822 milioni per il 2022, 865,3 milioni per il 2023 e 913,6 per il 2024, e la ripartizione del fondo per regione (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2022₍₁₁₎).

Se il PNNA va nella direzione giusta, ci sono alcune sfide all'implementazione, secondo gli stakeholders intervistati nell'ambito di questo progetto. Le regioni sono chiamate a mettere in atto il PNNA in un momento in cui si sta ridefinendo il sistema dell'assistenza per la non autosufficienza, aggiungendo complessità all'attuazione del medesimo. Ad esempio, è rilevante notare che l'adozione del PNNA ha coinciso con il concludersi delle discussioni concernenti la legge 23 marzo 2023, n. 33. (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane). Tale sovrapposizione temporale potrebbe limitare l'efficace attuazione del piano stesso.

Inoltre, si prevede che alcune regioni avranno una maggiore capacità di attuare il PNNA rispetto ad altre. Le limitate competenze di gestione di alcune amministrazioni pubbliche regionali, unitamente al ristretto intervallo temporale disponibile per l'attuazione, potrebbero ostacolare una realizzazione soddisfacente del PNNA in determinate regioni. Sussiste il rischio che, in tali circostanze, si verifichi un indirizzamento dei fondi assegnati verso la fornitura di prestazioni monetarie (come assegni di cura), anziché concentrarsi sulla promozione dell'ottimizzazione dei servizi.

⁹ Come precedentemente descritto, la popolazione target del PNNA 2022-2024 sono le persone anziane (≥ 65 anni) non autosufficienti con basso o alto bisogno assistenziale e le persone con disabilità grave o gravissima, inclusi coloro che rientrano nella definizione di invalidi civili, di persone con disabilità o handicap in base a quanto definito dalla normativa italiana.

4.3.4. La legge 23 marzo 2023, n. 33. Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

La legge delega n.33/2023 delega il governo ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, decreti legislativi per la promozione della dignità, autonomia, inclusione sociale, invecchiamento attivo e prevenzione della fragilità e disabilità nella popolazione anziana. La legge specifica i seguenti criteri direttivi per la definizione dei decreti legislativi:

- Promozione di salute e prevenzione lungo tutta la vita, anche attraverso campagne informative e iniziative nelle scuole e sul luogo di lavoro;
- Contrasto all'isolamento e all'esclusione sociale delle persone anziane;
- Offerta di servizi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane;
- Coinvolgimento delle persone anziane in attività di volontariato;
- Facilitazione dell'autonomia e mobilità nelle città;
- Promozione di forme di domiciliarità e coabitazione solidale per persone anziane;
- Alfabetizzazione informatica della popolazione anziana;
- Promozione di percorsi per il mantenimento delle capacità fisiche e mentali attraverso l'attività sportiva e la relazione con animali domestici;
- Promozione del turismo lento e turismo del benessere;
- Supporto dell'intergenerazionalità attraverso esperienze di solidarietà e promozione culturale tra le generazioni;
- Implementazione di valutazioni multidimensionali dei bisogni.

Sull'assistenza domiciliare, alcune delle principali innovazioni includono una durata e intensità di assistenza domiciliare più flessibili, una combinazione di vari professionisti per fornire le cure e una migliore collaborazione tra comuni e distretti sanitari. Si propone inoltre l'introduzione di un assegno universale destinato agli anziani in condizione di non autosufficienza (Box 4).

Tuttavia, la legge affronta sfide implementative significative. Innanzitutto, la questione delle risorse finanziarie emesse per implementare la riforma rimane incerta e sarà al centro dei dibattiti nei prossimi mesi, in particolare nella preparazione della prossima Legge di Bilancio.

Un ulteriore fattore strutturale che potrebbe ostacolare la buona riuscita dell'implementazione è la grave carenza di personale sanitario di cui soffre attualmente il Paese, tra cui personale infermieristico fondamentale per l'assistenza domiciliare.

Alcuni stakeholder intervistati hanno inoltre fatto notare la contraddizione tra le direzioni della Legge Delega e gli obiettivi del PNRR sull'ADI. Il PNRR punta ad aumentare l'utenza degli over 65 utilizzatori dei servizi di ADI al 10%, mantenendo i livelli di durata e intensità dei servizi invariati, con un approccio monoprofessionale. Questo è in contraddizione con la Legge Delega, che invece ambisce a un sistema di assistenza più duraturo e multiprofessionale. Se non corretto, questo potrebbe portare a un allineamento incoerente tra la nuova legge e le iniziative finanziarie future.

Tra le altre sfide citate durante le interviste con gli stakeholders, emerge la mancanza di esperienza consolidata sia a livello di governo che nel mondo accademico sulla tematica della *long-term care* e della non autosufficienza; un limitato dialogo con le autorità regionali e comunali nella fase di approvazione della legge; la complessità del testo legislativo e la mancanza di documenti ufficiali che ne facilitino la comprensione.

In sintesi, benché la Legge Delega Anziani costituisca un avanzamento significativo verso un'assistenza domiciliare più flessibile, duratura e multidimensionale, la sua efficacia finale sarà strettamente legata ai decreti attuativi e all'effettiva esecuzione delle politiche sul terreno.

Box 4. L'assegno universale destinato agli anziani in condizioni di non autosufficienza

Tra gli elementi salienti della Legge Delega Anziani del 30 marzo 2023 si annovera l'introduzione di un assegno universale destinato agli anziani in condizioni di non autosufficienza. Tale prestazione economico-assistenziale assorbirà e sostituirà le precedenti indennità concesse (ad esempio, assegno di cura).

L'iniziativa corrente è indirizzata a correlare l'importo monetario — attualmente erogato senza vincoli di reddito o di impiego specifico — con l'utilizzo di servizi sociosanitari formali (tra cui l'assistenza domiciliare). In particolare, i beneficiari potranno scegliere tra due opzioni: a) un contributo economico senza vincoli d'uso; b) la fruizione di servizi alla persona (forniti da gestori privati, enti pubblici o da badanti regolarmente assunte). Per favorire l'utilizzo di servizi formali, l'opzione b) comporta una maggiorazione dell'importo.

La riforma in questione offre vari vantaggi che meritano considerazione. In primo luogo, è progettata per stimolare la creazione di servizi attraverso incentivi orientati alla domanda, fornendo un quadro favorevole per lo sviluppo di servizi di qualità. Inoltre, essa incoraggia la formalizzazione dei contratti di lavoro, inclusi quelli per le badanti, contribuendo a un mercato del lavoro più trasparente e regolamentato. Infine, la riforma vuole favorire la libera scelta dei servizi da parte degli utenti, offrendo flessibilità e opzioni personalizzate per soddisfare diverse esigenze.

L'implementazione della riforma, benché promettente, comporta una serie di complessità e sfide, che sono state segnalate da vari stakeholders e riportate qui di seguito:

- Una di queste è rappresentata dalla disuguaglianza regionale nel livello di fornitura dei servizi attuale. In alcune regioni (soprattutto nel meridione), la presenza di servizi adeguati è quasi inesistente, rendendo così la realizzazione della riforma più ardua in queste aree.
- Non è ancora chiaro quali entità (pubbliche, private o accreditate) potranno essere finanziate dai trasferimenti di cassa.
- Rimane incerto se l'assegno sarà erogato direttamente ai beneficiari, che poi sceglieranno in quale struttura utilizzare i fondi (e in tal caso sarà importante determinare quale entità avrà il compito di supervisionare il corretto utilizzo del contributo), oppure se l'assegno sarà versato direttamente agli erogatori dei servizi.
- È ancora poco chiaro se ASL e comuni avranno un ruolo puramente orientativo per i beneficiari, o se saranno direttamente coinvolte nell'erogazione dei servizi.
- Un ulteriore elemento da considerare è il meccanismo di aggiustamento dei trasferimenti di denaro, per tener conto delle variazioni del potere d'acquisto nel tempo. Questo necessita la preparazione di una formula chiara e trasparente, che non è ancora stata stabilita.
- Vi è anche una questione aperta legata alla potenziale erosione del sistema sanitario pubblico, a causa dello spostamento di risorse pubbliche verso strutture private accreditate.

In sommario, la riforma ha il potenziale di apportare miglioramenti significativi, ma la sua efficacia sarà strettamente legata ai decreti attuativi e alla qualità della sua implementazione.

5

Le riflessioni in corso in Italia sul tema dei servizi di assistenza domiciliare integrati per le persone non autosufficienti

Sulla base di un'ampia revisione della letteratura e di interviste con i principali stakeholder, questa sezione del rapporto si propone di esaminare in profondità le riflessioni in corso in Italia sul tema dei servizi di assistenza domiciliare integrati per le persone non autosufficienti.

5.1. I servizi domiciliari in Italia: i principali elementi di discussione

L'Italia affronta sfide significative nell'offrire servizi domiciliari integrati, con implicazioni particolari per le popolazioni non autosufficienti. Uno degli ostacoli alla piena integrazione tra assistenza sanitaria e servizi sociali in Italia è la presenza di due distinti sistemi di assistenza domiciliare, gestiti da entità istituzionali differenti. Da una parte, c'è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sotto l'egida delle Aziende Sanitarie Locali (ASL); dall'altra, vi è un servizio di assistenza domiciliare, noto con varie denominazioni come SAD, AD, o altri nomi a seconda della regione, che è di competenza dei comuni.

La differenza sostanziale tra ADI e SAD risiede nella natura e nel perimetro dei servizi, così come nei beneficiari target (Longo and Maino, 2021^[23]). Mentre l'ADI si focalizza principalmente su prestazioni di tipo medico-infermieristico, rispondendo a necessità cliniche specifiche, il SAD dei comuni ha un approccio più orientato al sostegno sociale. L'ADI è in genere limitato nel tempo e guidato da una logica clinico-ospedaliera. In contrasto, il SAD è incline a considerare la mancanza di reti di supporto familiare e risorse economiche come fattori prioritari per l'erogazione del servizio.

I professionisti coinvolti variano anch'essi: l'ADI è gestito da infermieri e operatori sanitari, mentre il SAD è di competenza di ausiliari socioassistenziali o personale con un background nell'aiuto sociale. Queste divergenze riflettono la prevalenza di due culture differenti: l'ADI è ancorata a una visione più ospedaliera, mentre il SAD è più in sintonia con una cultura assistenziale radicata nei servizi sociali comunali.

Esiste una necessità di unificare questi due approcci per fornire una risposta più olistica ai bisogni dell'assistenza. Infatti, i dati ci mostrano che ad oggi soltanto il 7% degli anziani che usufruiscono dell'ADI accede anche a servizi integrati con il SAD (Patto, 2023^[13]).

Oltre alla mancata integrazione tra servizi, l'accessibilità all'assistenza a domicilio è ancora limitata. La copertura attuale dell'ADI raggiunge solo il 6% degli over 65 (Longo and Ricci, 2022^[24]), con ampie disparità regionali.

Esistono gap regionali significativi: il Molise copre circa i due terzi del gruppo target, mentre Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano raggiungono appena il 2% della popolazione pertinente. Escludendo il Molise come un caso anomalo, le altre regioni si raggruppano in tre categorie: le regioni del Centro-Nord¹⁰,

¹⁰ Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento

che coprono oltre un quarto del fabbisogno; un secondo gruppo con una copertura tra il 10 e il 20%¹¹; e infine, una serie di regioni¹² che non raggiungono nemmeno il 10% del target (Fosti, Notarnicola and Perobelli, 2023^[25]).

Oltre all'accesso, l'ADI risulta limitato in termini di intensità e non soddisfa adeguatamente i bisogni reali di assistenza. Tale situazione appare uniformemente distribuita su tutte le regioni italiane. In effetti, l'ADI è prevalentemente fornita per brevi periodi, solitamente da 2 a 3 mesi, con una modesta intensità di assistenza. In media, un utente riceve 9 ore di assistenza infermieristica e 6 ore da altri operatori sanitari all'anno, e l'80% degli assistiti accede al servizio tra 1 e 3 volte al mese (Patto, 2023^[13]). Tale approccio è incongruente con le necessità di assistenza a lungo termine, spesso di diversi anni, esibite dalla popolazione non autosufficiente.

L'adeguatezza dei servizi di assistenza domiciliare ha subito un ulteriore contraccolpo a causa dell'impatto della pandemia COVID-19. Tra il 2019 e il 2020, c'è stato un calo del 16% nelle ore di ADI erogate. In particolare, durante i primi mesi critici da marzo a giugno 2020, le restrizioni e la sospensione di servizi considerati non essenziali hanno reso quasi impossibile l'assistenza a domicilio, con effetti negativi che hanno persistito anche nei mesi successivi (Fosti, Notarnicola and Perobelli, 2023^[25]).

Il SAD viene offerto dai comuni in modo discontinuo e occasionale, e presenta uno sviluppo ancor meno uniforme rispetto all'ADI. I dati del 2020 della *rilevazione sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, rivelano anche significative disparità regionali: nel Sud Italia, quasi il 30% dei comuni non fornisce assistenza domiciliare socio-assistenziale agli anziani (65 anni e oltre) (38% ai disabili), rispetto a solo il 6% nel Nord (30% ai disabili). In aggiunta, si registra un calo persistente dell'utenza a partire dagli anni 2011, un trend che solleva ulteriori preoccupazioni riguardo alla sostenibilità e all'efficacia dei servizi (ISTAT, 2023^[14]).

In alcune regioni la carenza di servizi domiciliari (ADI o SAD) fa sì che il sistema di assistenza si orienti verso soluzioni basate su trasferimenti monetari (Tagliabue and Tesauo, 2011^[26]). Anche se le risorse finanziarie disponibili (ad esempio tramite il Fondo Non Autosufficienza) vengono effettivamente utilizzate dalle regioni, esse spesso non vengono utilizzate per potenziare i servizi esistenti, ma per erogare benefit monetari (ad esempio, assegni di cura).

Ad esempio, dal Piano Sociale Regionale della Campania 2022-2024 si evidenzia che alcuni Ambiti Territoriali hanno effettivamente sostituito i servizi con assegni di cura. Questa scelta ha l'effetto di distorcere la natura sia del servizio che dell'assegno, i quali dovrebbero invece agire in modo complementare. Questa complementarità è fondamentale non solo per assicurare la continuità assistenziale, ma anche per garantire assistenza a coloro che non possono accedere all'Assegno di cura, ad esempio per mancanza di idoneità ai criteri di eleggibilità (Consiglio Regionale della Campania, 2022^[27]).

Un'altra difficoltà nel settore dell'assistenza domiciliare in Italia è la carenza di personale qualificato, in particolare infermieri, ma anche OSS e assistenti sociali. Ad esempio, nel 2020, in Italia c'erano 6,3 infermieri per ogni 1.000 abitanti, uno dei valori più bassi in Europa. In confronto, la media nei paesi dell'Unione Europea era di 8,3 infermieri per 1.000 abitanti (OECD/European Union, 2022^[28]). Nonostante la domanda, l'Italia fatica da anni a riempire i posti disponibili nelle facoltà di infermieristica, segnalando una mancanza di attrattività della professione.

Inoltre, l'ADI soffre particolarmente di questa mancanza di personale infermieristico rispetto ad altri settori. Gli operatori del settore spesso non hanno ricevuto una formazione specifica sull'assistenza domiciliare, per affrontare le esigenze uniche di questo ambito di lavoro. Secondo alcuni degli stakeholders intervistati, inoltre, l'ADI è poco allettante per gli infermieri, che tendono a preferire l'impiego in altri contesti, come ad esempio gli ospedali. L'ADI viene percepita infatti come poco utile, poco gratificante, e come un settore

¹¹ Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio

¹² Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta

che offre poche opportunità di carriera. L'assenza di incentivi finanziari e meccanismi di premialità per il personale che opera in assistenza domiciliare limita ulteriormente l'attrattività del settore. Di fatto, l'ADI tende ad attrarre personale meno qualificato e spesso poco motivato, e diventa un'opzione lavorativa per quei professionisti che non trovano opportunità altrove.

Una delle leve per una migliore integrazione dei servizi sociali e sanitari è il Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) (concettualizzato nella Legge n. 234/2021, e ripreso nel PNNA). Il PAI è un piano scritto, elaborato da un team di diverse specialità e supervisionato da un responsabile del progetto. Questo piano dettaglia gli interventi assistenziali e le mete di miglioramento della salute che il paziente dovrebbe ottenere in un periodo di tempo specifico, anche attraverso servizi di assistenza domiciliare.

Tuttavia, la sua implementazione è spesso lacunosa e non uniforme. Alcuni problemi chiave includono:

- La valutazione del paziente è generalmente condotta solo dalla parte sanitaria, concentrando l'assistenza unicamente sulle necessità mediche e trascurando un approccio più olistico che includa altri tipi di supporto e tutela.
- Quando la dimensione sociale è presa in conto, la tendenza è di creare due PAI distinti, uno di natura sociale e uno sanitario, invece di un unico piano integrato che affronti entrambe le dimensioni.
- Il PAI dovrebbe essere un piano condiviso tra il paziente, i suoi familiari, e l'assistente personale. In pratica, però, è spesso unilaterale, impostato esclusivamente dal personale sanitario.
- Anche se il PAI dovrebbe essere flessibile per adattarsi alle mutevoli esigenze del paziente e al contesto in cui vive, questo raramente avviene.
- Un'altra questione riguarda le sfide nel monitoraggio continuo del PAI, specialmente in relazione ai risultati attesi e agli esiti degli interventi.

L'esperienza di alcune regioni conferma che l'utilizzo e l'effettiva implementazione dei PAI potrebbe essere migliorato. Ad esempio, in Campania, i PAI sono prevalentemente concentrati sulle prestazioni sanitarie. Manca spesso un approccio integrato che includa anche aiuto infermieristico e tutela, poiché né le ASL né gli Ambiti dispongono delle Figure professionali come Operatori Socio-Sanitari (OSS) necessarie per garantire un'assistenza domiciliare davvero integrata (Consiglio Regionale della Campania, 2022^[27]).

5.2. La governance dell'integrazione sociosanitaria

L'argomento dell'integrazione sociosanitaria è un tema dibattuto da decenni in Italia e, nonostante numerosi interventi normativi, la sua realizzazione rimane un obiettivo ancora da raggiungere in molti territori.

Di conseguenza, oggi in Italia i cittadini affrontano la complicata sfida di navigare autonomamente attraverso molteplici servizi, sociali e sanitari, ognuno con i suoi canali e requisiti di accesso, generando confusione su diritti e opportunità.

La strutturazione istituzionale che vede il Ministero della Salute occuparsi delle politiche sanitarie, e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali gestire l'aspetto sociale, evidenzia una frammentazione intrinseca a livello nazionale tra questi due settori cruciali. Il governo Berlusconi IV nel 2008 aveva creato un nuovo Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ma fu poi scorporato di nuovo alla fine del 2009.

Nella stessa direzione, secondo alcuni stakeholders ci sarebbe la necessità di evolvere il modello esistente da un semplice Servizio Sanitario Nazionale a un più completo e integrato Servizio Sociosanitario Nazionale. Questo permetterebbe di affrontare in modo più olistico le esigenze della popolazione, unendo assistenza medica e supporto sociale in un unico sistema.

Un ulteriore ostacolo all'integrazione tra i settori sanitario e sociale, collegato alla questione precedente, è rappresentato dalla presenza di differenti enti finanziatori per la spesa sanitaria e quella sociale. Tale

separazione complica sia l'armonizzazione delle iniziative sia la valutazione globale del fabbisogno assistenziale.¹³

La letteratura evidenzia ulteriori criticità, oltre a quelle già citate, nell'attuale modello di integrazione tra servizi sanitari e sociali. Ad esempio, secondo Accorinti et al., (2022^[29]) vi è la complessità intrinseca del sistema, che conta numerosi attori con ruoli e interessi diversificati, creando così barriere alla collaborazione efficace. A ciò si aggiunge la frammentazione della legislazione a livello sia nazionale che locale, che spesso dà luogo a confusione ed errori interpretativi.

L'assenza di coordinamento a livello nazionale si manifesta analogamente in una carenza di coordinamento ai livelli regionale e locale. L'analisi condotta attraverso le interviste agli stakeholder ha confermato la presenza di marcata disuguaglianza territoriale nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria. Si evidenzia come alcune regioni del centro-nord abbiano raggiunto un livello di integrazione più avanzato, a differenza di regioni del centro-sud che invece presentano livelli di integrazione tra i più bassi in ambito europeo.

Tale scenario di disparità è stato prima di tutto consentito da una mancanza di coordinamento a livello centrale. La responsabilità dell'erogazione dei servizi sociosanitari è devoluta alle autorità regionali, il che ha contribuito a delineare notevoli differenze tra regioni, con alcune di esse conseguendo risultati più positivi rispetto ad altre (Tagliabue and Tesauro, 2011^[26]).

Ma anche altri fattori contribuiscono a questa frammentazione. A livello locale, la discrepanza territoriale tra Ambiti e Distretti Sanitari, i cui confini spesso non coincidono, costituisce un significativo ostacolo all'integrazione sociosanitaria a livello locale. Questa incongruenza territoriale complica notevolmente l'efficacia operativa e l'erogazione coordinata dei servizi, con ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza fornita (Patto, 2023^[13]).

In alcune regioni (come Liguria e Lazio), Ambiti e Distretti Sanitari sono fusi all'interno del Distretto Sociosanitario, una struttura territoriale che mira a integrare interventi sanitari e sociali. Tuttavia, questa entità non è formalmente riconosciuta dalla legislazione nazionale ed è esclusiva prerogativa delle regioni (Accorinti et al., 2022^[29]).¹⁴ In altre regioni esistono meccanismi alternativi per l'integrazione (come l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito in Piemonte, che facilita la coordinazione tra ATS e Distretto Sanitario)¹⁵, ma tali iniziative spesso rimangono circoscritte e ad hoc.

Infine, gli stakeholders consultati hanno anche sottolineato delle situazioni paradossali che meritano considerazione. Ad esempio, in regioni con un basso costo della vita, sovvenzioni pubbliche (ad esempio l'indennità di accompagnamento), seppure modeste, possono consentire alle famiglie di assumere un assistente familiare e assicurare un adeguato livello di assistenza domiciliare. Questo contrasta con aree ad alto costo della vita, dove nonostante un maggiore sviluppo dei servizi sociosanitari formali, le sovvenzioni pubbliche sono sufficienti ad assumere un assistente personale e garantire un'assistenza adeguata.

Tuttavia, esistono esempi di buone pratiche di coordinamento tra sociale e sanitario al livello regionale, che vale la pena sottolineare:

- Alcune regioni organizzano già una programmazione territoriale integrata, attraverso piani regionali sociali e sanitari integrati (ad esempio, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto). Il piano sociale e sanitario integrato è lo strumento di programmazione

¹³ Ad esempio, alcune spese come quelle per i badanti, non sono catturate dalle tradizionali metriche di spesa "out-of-pocket".

¹⁴ Mentre l'Ambito è chiaramente delineato dalla Legge 328/2000 e il Distretto Sanitario è disciplinato da normative come il Dlgs 502/92, la struttura e la funzione del Distretto Sociosanitario sono una prerogativa esclusiva delle Regioni.

¹⁵In Piemonte, lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo.

intersectoriale con il quale alcune regioni definiscono gli obiettivi di politica sanitaria e sociale integrata e i criteri per l'organizzazione dei servizi sociosanitari, in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, la programmazione multilivello e gli strumenti della integrazione.

- Anche quando i piani sociali e sanitari non sono integrati, esistono esempi di collaborazione tra il settore sociale e quello sanitario. Ad esempio, in Puglia, il Dipartimento al Welfare, con il concorso dell'A.Re.S.S., ha chiesto alla parte sanitaria di contribuire al Piano Regionale delle Politiche Sociali 2022-2024 e condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati aspetti di competenza sociosanitaria.

L'avvio dell'Osservatorio sull'integrazione sociosanitaria (OISS) da parte di AGENAS e Federsanità ANCI, in collaborazione con il gruppo PONGOV ICT e Cronicità, rappresenta un'importante iniziativa per la promozione delle buone pratiche nel campo sociosanitario. Con più di 80 esperienze documentate nel primo anno, provenienti da diverse strutture come Aziende Sanitarie Territoriali, Aziende Ospedaliere e Comuni, l'OSS mira a fornire dati e insight utili ai decisori istituzionali e alle organizzazioni sia pubbliche che private.

5.3. Il settore informale (caregivers familiari e assistenti personali)

L'assistenza domiciliare in Italia si basa in gran parte sull'aiuto informale fornito da membri della famiglia o da assistenti familiari (comunemente chiamati badanti), evidenziando un sistema che sposta il peso della cura sulle spalle delle famiglie (Longo and Maino, 2021^[23]); (Tagliabue and Tesauro, 2011^[26]). Per una famiglia con un membro non autosufficiente, la soluzione più frequentemente adottata è quella dell'assistenza domiciliare, mentre l'uso di strutture residenziali è limitato: tra i 3,9 milioni di persone non autosufficienti, attualmente solo circa 300 000 sono ospitati in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) (Longo, 2023^[30]). Tra i 3,6 milioni di individui non autosufficienti che non usufruiscono delle RSA, 1,1 milioni ricevono assistenza da assistenti personali, mentre i restanti 2,5 milioni sono curati da membri della famiglia (Longo, 2023^[30]).

5.3.1. Caregivers familiari

La figura del caregiver familiare è quella di un individuo responsabile di un altro soggetto, spesso dipendente o disabile, cui fornisce assistenza in ambito domestico. Solitamente, si tratta di un familiare che organizza e determina il tipo di cure necessarie per l'assistito (Camera dei Deputati, 2023^[31]). La Legge di Bilancio 2018 (L'articolo 1, comma 255, della Legge 205/2017) ha ufficialmente definito e riconosciuto il caregiver familiare come la "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti".

Secondo dati dell'Indagine europea sulla salute (Ehis) del 2019, in Italia il 13,5% della popolazione (di 15 anni e più) – oltre 7 milioni di persone –, fornisce cure e assistenza a persone bisognose almeno una volta a settimana, principalmente in ambito familiare. Le donne rappresentano una quota percentuale maggiore nell'ambito dell'assistenza fornita, con un 15,1%, rispetto alla percentuale di uomini, che è del 11,7%.

I principali fornitori di assistenza e cure in Italia appartengono alla fascia d'età tra i 45 e i 64 anni (oltre il 20% delle persone in questa fascia di età forniscono assistenza in ambito familiare). Anche qui esistono divari di genere importanti: nella fascia d'età 55-64 anni, quasi il 26% delle donne in Italia fornisce assistenza e cure, un dato significativo che sottolinea il ruolo centrale delle donne in questo ambito (ISTAT, 2019^[32]).

Nell'ambito della legislazione vigente, alla figura del caregiver sono concessi vari permessi e facilitazioni per sostenere il suo impegno nell'assistenza alla persona non autosufficiente (Vegliante, 2021^[33]). Ad esempio:

- In modo indiretto, i caregiver familiari possono trarre vantaggio anche dall'indennità di accompagnamento, una misura regolamentata dalla Legge 18 del 1980;
- Possono attivare l'Ape Sociale, un'opzione di anticipo pensionistico, in alcuni casi;¹⁶
- Hanno il diritto di usufruire di tre giorni di permesso retribuito al mese per assistere un familiare malato o disabile (Legge 104/92);
- Possono usufruire di congedi straordinari (Legge 104/92);
- Hanno la possibilità di scegliere il luogo di lavoro, con l'obiettivo di avvicinare il proprio domicilio lavorativo a quello della persona da assistere (Legge 104/92);
- Hanno accesso a diverse detrazioni fiscali per l'acquisto di mezzi di trasporto, spese sanitarie o mezzi di ausilio.¹⁷

Inoltre, con la Legge di Bilancio del 2018 è stato creato il Fondo per il Caregiver Familiare¹⁸ dedicato a fornire supporto finanziario alle regioni per iniziative legislative che mirano a riconoscere il valore sociale ed economico dell'assistenza fornita dai caregiver familiari. Inoltre, la Legge di Bilancio 2021¹⁹ ha creato un 'Fondo per gli interventi legislativi di valorizzazione dell'attività di cura non professionale del caregiver', gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con una dotazione di 30 milioni di euro all'anno per il triennio 2021-2023 (Camera dei Deputati, 2021^[34]).

In Italia si possono osservare iniziative positive anche a livello regionale in materia di caregivers familiari. L'Emilia-Romagna, prima fra tutte le regioni, ha riconosciuto la figura del caregiver attraverso una legge del 2014, fornendo formazione e vari tipi di supporto, da prestazioni sanitarie a domicilio a flessibilità nell'orario di lavoro. La Lombardia si è anch'essa distinta con progetti sperimentali come il supporto finanziario alle famiglie dei malati terminali e un programma specifico per i caregiver di persone con disabilità grave, con un budget di 3,9 milioni di euro. Entrambe le regioni puntano a integrare i caregivers nella rete di assistenza, offrendo servizi e sostegni economici per migliorare la qualità della cura fornita (Camera dei Deputati, 2023^[31]).

Nonostante le positive iniziative legislative a livello nazionale e regionale, il settore dei caregiver familiari è attraversato da diverse sfide. Una delle sfide principali è la diminuzione delle Figure potenzialmente disponibili per fornire cure, in particolare le donne in ruoli di figlie e nuore, che va di pari passo all'incremento del numero di individui anziani. Secondo dati Istat del 2020, il rapporto tra donne di età compresa tra 46 e 69 anni e individui ultra-settantenni è diminuito da 2,3 a 1,6 negli ultimi trent'anni (Longo and Maino, 2021^[23]).

La contrazione del pool di potenziali caregiver è ulteriormente aggravata dall'aumento delle donne impegnate nel mercato del lavoro, un fenomeno destinato a intensificarsi in futuro a seguito dell'innalzamento dell'età pensionabile. Di conseguenza, le donne dispongono di meno tempo per dedicarsi a cure non retribuite, esacerbando la necessità di trovare soluzioni per conciliare impegni lavorativi e responsabilità familiari.

¹⁶ Se si assiste un coniuge o un parente di primo o secondo grado da almeno sei mesi; oppure nel caso in cui i genitori o il coniuge della persona affetta da malattia o disabilità abbiano almeno 70 anni e siano affetti da patologie che causano invalidità.

¹⁷ Applicazione dell'IVA al 4% per l'acquisto di un'automobile; Detrazione dell'IPERF al 19% sul costo d'acquisto di mezzi di locomozione; Detrazione dell'IRPEF al 19% per le spese sanitarie o per l'acquisto di mezzi di ausilio.

¹⁸ Legge di Bilancio del 2018, Legge 205/2017, art. 1, cc. 254-256

¹⁹ comma 334, art. 1 della Legge n. 178/2020

I caregiver familiari incontrano anche sfide nell'accesso ai servizi e non sono ancora pienamente integrati nel sistema formale di assistenza. In un sondaggio rivolto a 1 032 caregiver residenti in Lombardia, si evince un marcato senso di insoddisfazione nei confronti delle istituzioni (Pasquinelli and Assirelli, 2021^[35]). Infatti, oltre la metà dei partecipanti riferisce di sentirsi poco o per nulla supportata dalle istituzioni, e in uno su due casi, c'è il desiderio di alleggerire almeno parzialmente il carico di assistenza.²⁰

La lontananza dai servizi di assistenza formali può costituire un impedimento notevole per l'ingresso dei caregiver familiari nel mercato del lavoro. Questa situazione è particolarmente problematica per le famiglie in condizioni di vulnerabilità elevata e, all'interno di tali famiglie, per le donne. Le analisi indicano infatti una marcata correlazione inversa tra il livello di reddito delle famiglie e il coinvolgimento dei familiari nella cura di persone anziane o non autosufficienti (Longo and Maino, 2021^[23]).

Rinforzare il supporto ai caregivers familiari e delle riforme di policy nel settore dei caregiver familiari è divenuto un imperativo ineludibile alla luce dei mutamenti demografici e delle dinamiche socio-economiche.

In particolare, secondo alcuni stakeholder, sembra di fondamentale importanza che l'Italia introduca benefit pensionistici – ad esempio attraverso il riconoscimento della contribuzione figurativa per i periodi di lavoro di assistenza e cura svolto in qualità di caregiver – per i caregiver al fine di prevenire situazioni di instabilità finanziaria e povertà in età avanzata. Tale provvedimento – già proposto da alcuni disegni di legge in esame (Camera dei Deputati, 2023^[31]) – non solo riconoscerebbe l'inestimabile contributo fornito dai caregiver, ma allineerebbe anche l'Italia alle migliori pratiche in materia di protezione sociale.

Un'altra area di intervento prioritario riguarda la fornitura di servizi informativi ai caregiver familiari per supportarli nelle loro attività assistenziali. In un sondaggio online del 2020 che ha coinvolto 1.000 partecipanti da tutta Italia (Pasquinelli and Assirelli, 2021^[35]), emerge un quadro sorprendente sul tipo di assistenza che i caregiver ritengono più utile. Contrariamente all'aspettativa comune che mette in primo piano la preferenza per gli aiuti economici, in questo caso il 43% dei caregiver esprime una chiara predilezione per i servizi domiciliari (e solo il 33% richiede un sostegno finanziario diretto). E tra coloro che richiedono servizi, l'88% è maggiormente interessato ad ottenere informazioni sulle risorse disponibili nel loro territorio.²¹

Esistono vari disegni di legge – tra cui il ddl [n. 1461](#) dal titolo 'Disposizioni per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare' – che affrontano queste problematiche, ma che sono ancora in esame (Camera dei Deputati, 2023^[31]) (Senato della Repubblica, 2019^[36]).

5.3.2. Assistenti personali (badanti)

L'assistente personale (o badante), è un assistente familiare incaricato di prendersi cura di una persona non autosufficiente, sempre sotto la supervisione, diretta o indiretta, di un membro della famiglia (Camera dei Deputati, 2023^[31]).

In Italia, oltre un terzo degli anziani affetti da problematiche legate alla non autosufficienza ricorre al supporto di un assistente familiare (Pasquinelli and Pozzoli, 2021^[37]); (Pozzoli and Pasquinelli, 2021^[38]).

²⁰ Alla domanda sul perché vi sia una così limitata fruizione dei servizi pubblici, una larga parte dei caregiver non sa rispondere o afferma di non conoscerli (più della metà non ha alcuna esperienza diretta con i servizi offerti e, quindi, non è in grado di esprimere un giudizio né positivo né negativo). Le ragioni che emergono per la mancata fruizione sembrano attribuibili più ai servizi stessi piuttosto che a un rifiuto aprioristico di utilizzarli. Tra queste, si registrano spesso difficoltà burocratiche di accesso (28%), costi elevati (24%) e requisiti di ammissibilità stringenti che rendono impossibile l'accesso per il 9% dei caregiver. Una piccola percentuale, pari al 2,3%, critica la qualità dei servizi offerti, mentre un altro 2,1% segnala un rifiuto da parte della persona anziana assistita (Pasquinelli and Assirelli, 2021^[35]).

²¹ Altri tipi di assistenza che suscitano interesse includono, in ordine di importanza: supporto nell'assistenza diretta alla persona, sostegno psicologico sia per il caregiver che per la persona assistita, assistenza domestica e infine, l'accesso a tecnologie più avanzate come computer e connessioni internet migliori.

²² In conformità con alcune stime, circa 1,4 milioni di famiglie italiane ricorrono al supporto di assistenti familiari, sostenendo una spesa media annuale di 11.325 euro (Longo and Maino, 2021^[23]). ”

Il settore dell'assistenza domiciliare privata è fortemente caratterizzato da un profilo di genere e di nazionalità specifici, con un dominio di donne non italiane. Le donne costituiscono il 90% della forza lavoro, e l'88% sono straniere (Pasquinelli and Pozzoli, 2021^[37]).

Il mercato degli assistenti personali in Italia è caratterizzato da un invecchiamento della forza lavoro e da una scarsa rinnovazione. L'età media degli assistenti personali è 49 anni. Attualmente, circa il 54% ha un'età superiore ai 50 anni e, tra questi, un terzo ha più di 60 anni (Pasquinelli and Pozzoli, 2021^[37]). E il tasso di turnover nel mercato degli assistenti personali è ridotto, in parte a causa della presenza di flussi migratori instabili che limitano il ricambio del personale.

Secondo alcuni stakeholder intervistati, c'è mancanza di assistenti disposti alla convivenza, in quanto molti assistenti si sono ormai integrati e emancipati. Questo significa che esiste una domanda insoddisfatta per assistenza a tempo pieno per coloro che preferiscono non ricorrere a strutture residenziali e che desiderano rimanere nelle proprie abitazioni ma non riescono a trovare l'assistente appropriato.

In Italia, inoltre, la questione del lavoro sommerso tra gli assistenti familiari rappresenta un problema di rilievo. Una recente indagine condotta da Pasquinelli e Pozzoli (2021^[37]) ha rivelato che il 76% degli assistenti personali intervistati ha affermato di aver lavorato, attualmente o in passato, senza un contratto formale di lavoro. Inoltre, una stima di Fosti et al. (2022^[39]) indica che nel 2020 vi fossero oltre un milione di badanti in Italia, di cui il 60% lavorava in condizioni irregolari.²³

La connessione tra assistenti familiari e servizi formali è notevolmente limitata, con meno di un terzo che segnala una presenza significativa di tali servizi, secondo dati autoriportati (Pasquinelli and Pozzoli, 2021^[37]).

Esiste una lacuna normativa nella regolamentazione degli assistenti personali, che di fatto erogano servizi sociosanitari in assenza di linee guida e strutture organizzative appropriate. Ad esempio, allo stato attuale, non esistono ancora standard e linee guida nazionali che definiscano specificamente le competenze richieste per queste Figure professionali, né criteri per la valutazione delle competenze pregresse (Patto, 2023^[13]). E di fatto, secondo una ricerca di Pasquinelli e Pozzoli (2021^[37]), oltre un terzo delle badanti operanti nel Paese non ha mai partecipato a un corso di formazione (e tra coloro che hanno frequentato corsi, la maggioranza ha optato per lezioni di lingua italiana).²⁴

Secondo alcuni stakeholders intervistati, è imperativo trasformare e elevare il livello di professionalità del milione e centomila badanti attualmente impiegati in ambito familiare. La Legge Delega Anziani cerca di andare in questa direzione, in quanto:

- prevede l'introduzione di standard formativi per gli assistenti familiari al fine di promuovere la loro qualificazione professionale. Tuttavia, è importante notare che questi standard saranno delineati in apposite linee guida nazionali e non saranno imposti come requisiti di accesso alla professione.

²² Sulla base dell'incrocio tra i dati forniti dall'INPS riguardanti il lavoro domestico e le statistiche demografiche dell'ISTAT, è possibile aggiornare annualmente il numero di assistenti familiari, noti come "badanti", presenti in Italia. Per l'anno 2021, la stima complessiva del numero di badanti, inclusi sia i lavoratori regolari che irregolari, è pari a 1.128.428 individui. In termini di incidenza percentuale, ciò equivale a una presenza di un assistente familiare per ogni 15,77 cittadini di età superiore ai 75 anni, o per ogni 37,32 cittadini oltre i 75 anni in condizione di non autosufficienza (Fosti, Notarnicola and Perobelli, 2023^[25]).

²³ Secondo alcuni stakeholders, agevolazioni fiscali destinate alle famiglie che intendono assumere assistenti familiari potrebbero incentivare l'assunzione di personale qualificato, contribuendo al miglioramento della qualità dell'assistenza familiare e all'integrazione del settore nell'economia formale.

²⁴ Da una parte, l'accesso alla formazione è strettamente legato alla disponibilità di corsi gratuiti e la creazione di borse di studio diventa un elemento chiave, in quanto molti assistenti familiari non possono permettersi periodi di inattività lavorativa.

- allude in modo considerevole all'importanza dell'integrazione di questi lavoratori nella rete di servizi esistenti, sollevando la questione di quali meccanismi di connessione potrebbero essere sviluppati con la rete formale di servizi.²⁵

5.4. L'integrazione tra settore formale e informale

L'integrazione tra il settore formale e informale dell'assistenza domiciliare rappresenta un'area di miglioramento significativa. Come si è visto nei paragrafi precedenti, caregivers familiari e assistenti personali svolgono un ruolo cruciale nel panorama dell'assistenza domiciliare del Paese. Tuttavia, questi attori, pur essendo fondamentali, rimangono spesso disconnessi dai servizi formali esistenti. Tale disconnessione non solo impedisce una gestione olistica dell'assistenza, ma limita anche l'efficacia e la sostenibilità dei servizi forniti.

Ad esempio, sulla base delle interviste condotte con vari stakeholder, emerge un consenso sul fatto che il Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) debba essere sviluppato in collaborazione con i membri della famiglia e gli assistenti personali per garantire la sua fattibilità operativa. Il PAI dovrebbe inoltre essere dotato di meccanismi flessibili che consentano revisioni periodiche, al fine di adattarsi all'evoluzione delle esigenze del paziente e al contesto assistenziale, che può includere fattori familiari, sociali o sanitari. Tuttavia, tale flessibilità e inclusività non sono attualmente una pratica comune nell'implementazione del PAI.

5.5. Sintesi delle riflessioni in corso

Una delle principali complessità nell'assistenza domiciliare in Italia risiede nella coesistenza di due differenti modelli di servizio, ciascuno sotto la giurisdizione di diverse istituzioni. Da un lato, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), gestita dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL); dall'altro, i servizi di assistenza domiciliare noti come SAD, che rientrano nella competenza dei comuni.

Questi due modelli seguono filosofie differenti: mentre l'ADI è fondata su un approccio di tipo prestazionale legato al contesto medico e sanitario, il SAD è più vicino a un approccio di tipo assistenziale, che ha le sue radici nei servizi sociali locali. L'assenza di coordinamento tra i due sistemi è evidente.

Inoltre, nel quadro generale dell'assistenza sociosanitaria, i servizi domiciliari costituiscono attualmente solo una frazione dell'offerta destinata alle persone non autosufficienti. L'accesso ai servizi ADI è limitato e, inoltre, l'intensità delle cure fornite non è adeguata per coprire i bisogni delle persone non autosufficienti. In questo contesto, l'ADI finisce per rappresentare principalmente un supporto nel processo di transizione dalla struttura residenziale o ospedaliera al domicilio. Per quanto riguarda il SAD, la situazione è ancor più frammentata, con una distribuzione dei servizi significativamente disomogenea sul territorio nazionale.

In alcune regioni, la scarsità di servizi domiciliari, sia ADI che SAD, spinge il sistema assistenziale a privilegiare soluzioni basate su trasferimenti monetari. Spesso le risorse finanziarie a disposizione nelle regioni (come ad esempio i fondi del Fondo Non Autosufficienza) vengono utilizzate non per potenziare i servizi esistenti, ma piuttosto per erogare benefit economici, come gli assegni di cura.

Vi sono anche ostacoli a livello di governance che limitano l'integrazione efficace dei servizi. Di conseguenza, in Italia, i cittadini si trovano di fronte al complesso compito di orientarsi autonomamente tra vari servizi, sia sociali che sanitari. Ognuno di questi ha i propri canali e criteri di accesso, rendendo difficile la comprensione dei propri diritti e opportunità.

²⁵ Un possibile percorso, secondo alcuni stakeholders, potrebbe essere l'implementazione di sportelli informativi specifici per le famiglie alla ricerca di assistenti familiari. Questi centri, già esistenti in alcune regioni, potrebbero fornire consulenza e assistenza nella selezione del personale più adatto alle esigenze specifiche.

Questa complessità è in parte dovuta alla strutturazione istituzionale a livello nazionale: il Ministero della Salute si occupa delle politiche sanitarie, mentre il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali gestisce l'ambito sociale. Questa divisione pone in evidenza una frammentazione intrinseca tra questi settori.

Collegato a questo, un altro impedimento all'integrazione dei settori sanitario e sociale è la separazione dei flussi finanziari destinati alla spesa in ciascun ambito. Questo dualismo complica ulteriormente sia l'integrazione delle iniziative che la valutazione complessiva dei bisogni assistenziali.

La mancanza di coordinamento non è solo un problema a livello nazionale, ma si riflette anche su scala regionale e locale. Ad esempio, a livello locale esistono discrepanze territoriali tra Ambiti e Distretti Sanitari, i cui confini spesso non coincidono, ostacolando l'integrazione sociosanitaria. In alcune regioni, come Liguria e Lazio, queste entità sono integrate in un unico Distretto Sociosanitario. Tuttavia, tale soluzione non gode di un riconoscimento nella legislazione nazionale e non viene applicata in tutte le regioni, con altri meccanismi di coordinamento alternativi adottati ad hoc.

Un'altra sfida cruciale per l'Italia consiste nel perfezionare i sistemi di monitoraggio per ottimizzare i servizi domiciliari destinati a persone non autosufficienti. Sono disponibili flussi informativi sulle persone non autosufficienti e su quelle assistite attraverso ADI o SAD, ma manca una base di dati integrata. Questa mancanza rappresenta un serio ostacolo alla pianificazione e valutazione delle politiche assistenziali. Non solo, i dati esistenti si focalizzano principalmente sulla copertura dei servizi, trascurando aspetti come l'intensità, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

Al di là dell'espansione e del miglioramento delle procedure di raccolta dati, è imperativo massimizzare anche l'efficacia nell'utilizzo dei database già disponibili.

Un'altra sfida nel panorama dell'assistenza domiciliare in Italia è rappresentata dalla scarsità di personale qualificato, sia infermieri che operatori sociosanitari e assistenti sociali. Molti professionisti del settore non sono adeguatamente formati per gestire le necessità peculiari di un'assistenza domiciliare integrata, che necessita di competenze trasversali in particolare per la comunicazione e la collaborazione e per la gestione di compiti complessi. Inoltre, il settore dell'assistenza domiciliare incontra difficoltà nel reclutare personale qualificato, in quanto è spesso percepito come poco stimolante e con scarse prospettive di carriera.

Infine, il settore informale composto da caregivers familiari e assistenti personali, costituisce la colonna vertebrale dell'assistenza domiciliare in Italia. Tuttavia queste Figure incontrano diverse difficoltà nel fornire assistenza alle persone non autosufficienti. Da una parte, la diminuzione del numero di potenziali caregivers familiari – imputabile a diverse variabili come la riduzione delle dimensioni familiari, l'accresciuta mobilità geografica e la crescente presenza femminile nel mercato del lavoro – genera un incremento nella domanda di servizi domiciliari formali.

In aggiunta, si registra una carenza di assistenti personali disponibili alla coabitazione, risultando in una domanda insoddisfatta per assistenza domiciliare a tempo pieno. Ciò riguarda individui che, pur preferendo evitare strutture residenziali, hanno difficoltà nell'individuare l'assistente adatto per restare nelle proprie case.

Nell'attuale contesto di cambiamenti demografici e dinamiche socio-economiche, potenziare il supporto ai caregivers familiari e agli assistenti personali, e attuare riforme politiche in questo ambito è diventato una necessità inderogabile.

In particolare, l'integrazione tra il settore formale e informale dell'assistenza diventa un campo in cui sono possibili significativi miglioramenti. Ad esempio, il Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) potrebbe essere co-progettato con i membri della famiglia e gli assistenti personali per assicurare la sua applicabilità pratica, e aggiornato continuamente secondo le mutevoli necessità dell'assistito.

L'Italia si sta distinguendo per il suo impegno nel definire politiche volte a migliorare il livello di integrazione dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale. Ad esempio:

- Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, pionieristico nella definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, getta le basi per un'assistenza equa e umanizzata.
- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza punta i riflettori sull'integrazione dei servizi sociosanitari, mettendo a disposizione appositi budget per implementare le politiche di riforma.
- Svareti decreti legislativi ambiscono a modernizzare e rafforzare la normativa relativa ai servizi domiciliari per le persone non autosufficienti—come il Decreto del 23 maggio 2022, n. 77; la Legge Delega sulla Disabilità e la Legge Delega non Autosufficienza.

Le riforme attualmente in corso offrono un'opportunità irripetibile in Italia per aumentare l'offerta, migliorare la qualità ed incrementare l'efficacia dei servizi di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti. Tuttavia, il successo delle riforme in questione sarà condizionato dalla capacità ' di implementazione a livello locale e dalle risorse allocate per la loro realizzazione.

Ad esempio, alcuni stakeholder hanno evidenziato contraddizioni tra la Legge Delega e gli obiettivi del PNRR relativi all'ADI. Mentre il PNRR mira a una maggiore inclusione degli over 65 nei servizi di ADI, mantenendo inalterati livelli di durata e intensità con un approccio monoprofessionale e prestazionale, la Legge Delega punta a un'assistenza multidisciplinare e continuativa. Questa discrepanza, se non risolta, potrebbe comportare un non allineamento tra la nuova normativa e le future iniziative finanziarie.

Anche la Legge Delega sulla Non Autosufficienza rappresenta un passo avanti verso un sistema di assistenza più flessibile e multidimensionale, ma la sua effettiva realizzazione rimarrà strettamente condizionata dai decreti attuativi e dall'implementazione pratica delle politiche sul campo.

Annex A. Elenco delle parti interessate intervistate

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS)
- Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale, Puglia
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- Associazione Salute Diritto Fondamentale
- CERGAS Bocconi
- Istituto per la Ricerca Sociale, Milano
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)
- Fondazione GIMBE
- Ministero della Salute
- Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza
- Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS-INRCA (Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico – Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani)

Bibliografia

- Accorinti, M. et al. (2022), *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, Università degli studi Rome Tre, [2
9]
<https://iris.unitn.it/bitstream/11572/372245/3/A.Perino%2C%20L%27integrazione%20socio-sanitaria%20dalla%20teoria....pdf>.
- Camera dei Deputati (2023), *Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del caregiver familiare*, [3
1]
https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html?tema=temi/19_politiche-per-la-non-autosufficienza-e-la-disabilit.
- Camera dei Deputati (2021), *La figura del caregiver nell'ordinamento italiano*, [3
4]
<https://www.camera.it/temiap/2021/03/09/OCD177-4856.pdf>.
- CERGAS Bocconi (2023), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, [1
1]
https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Def_5%20Rapporto%20OLTC.pdf?VersionId=nBCtXf8Sb8l.5ue0Ksy5vUcrNiVTCJvI (accessed on 2 November 2023).
- Cinelli G., L. (2021), *Un Servizio Nazionale per gli anziani Non Autosufficienti*, [9]
<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/20210330%20Un%20Servizio%20Nazionale%20per%20i%20Non%20Autosufficienti.pdf>.
- Consiglio Regionale della Campania (2022), *Piano Sociale Regionale della Campania 2022-2024*. [2
7]
- Department of Health and Social Care (2022), *Joining up care for people, places and populations*, [2
0]
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/105568/7/joining-up-care-for-people-places-and-populations-web-accessible.pdf.
- European Commission (2022), *Spain: Government adapts immigration law to include migrant workers in the labour market*, [1
9]
https://ec.europa.eu/migrant-integration/news/spain-government-adapts-immigration-law-include-migrant-workers-labour-market_en (accessed on 2 November 2023).
- European Commission (2019), *work-life balance directives*, [1
7]
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9438&furtherNews=yes>.
- Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli (2023), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore long term care: 5 Rapporto Osservatorio Long Term Care*, EGEA. [2
5]
- Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli (2022), *Il presente e il futuro di long-term care: cantieri aperti*, EGEA, [3
9]
<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/4%C2%B0%20Rapporto%20OLTC%20-%20volume%20finale%20-%20oa.pdf>.
- Gugiatti, A., F. Lecci and A. Rotolo (2022), *Le metriche di monitoraggio e valutazione dell'implementazione del PNRR*, CERGAS Bocconi. [2
2]

- ISS (2023), *Passi d'argento*, <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili>. [7]
- ISTAT (2023), *Disabilità in cifre*, [https://disabilitaincifre.istat.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4W000GaG&a2=_&n=\\$\\$\\$1\\$\\$\\$\\$\\$\\$\\$&o=5L&p=0&sp=null&l=0&exp=0](https://disabilitaincifre.istat.it/dawinciMD.jsp?a1=u2i4W000GaG&a2=_&n=$$$1$$$$$$$&o=5L&p=0&sp=null&l=0&exp=0) (accessed on 2023). [6]
- ISTAT (2023), <http://dati.istat.it/#>. [1
4]
- ISTAT (2020), *Interventi e servizi sociali dei comuni*, http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=22823&metadata=DCIS_SPESESERSOC1. [1
0]
- ISTAT (2019), *CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI IN ITALIA E NELL'UNIONE EUROPEA - INDAGINE EHIS 2019*, <https://www.istat.it/it/archivio/265399>. [3
2]
- Longo, F. (2023), *Legge Delega Anziani e Long-Term Care: un contributo di Francesco Longo*, I luoghi della cura rivista online, <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2023/06/legge-delega-anziani-e-long-term-care-un-contributo-di-francesco-longo/>. [3
0]
- Longo, F. and F. Maino (2021), *Platform Welfare: nuove logiche per innovare i servizi locali*, EGEA. [2
3]
- Longo, F. and A. Ricci (2022), *La divaricazione tra narrazioni ed evidenze e l'aumento dell'autonomia implicita del management del SSN*, CER GAS Bocconi. [2
4]
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2022), *Piano Nazionale per la Non-Autosufficienza 2022-2024*, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Documents/Piano-Non-Autosufficienza-2022-2024.pdf> (accessed on 3 August 2023). [1]
- Ministero della Salute (2023), *Ufficio di statistica direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica*. [8]
- OECD (2023), *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>. [1
5]
- OECD (2023), *Health at a glance 2023*, <https://doi.org/10.1787/19991312>. [4]
- OECD (2022), *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1eaa5e9c-en>. [5]
- OECD (2022), *Integrating Services for Older People in Lithuania*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c74c44be-en>. [1
8]
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>. [3]
- OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [2
8]
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [2]
- Open BDAP (2023), *I costi dei livelli di assistenza*, https://openbdap.rgs.mef.gov.it/SSN/Esplora?modello=livellidiassistenza&costi_ricavi=costi&attivita_passivita=attivita%20C3%A0&tipologia=assistentiadistrettuale&det_costi_ricavi=totali&det_attivita_passivita=totali&territorio=italia&anno=2021. [1
2]

- Pasquinelli, S. and F. Pozzoli (2021), *Badanti dopo la pandemia: vent'anni di lavoro privato di cura in Italia*, Quaderno WP3 del progetto 'Time to Care'. [3
7]
- Patto (2023), *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: a che punto siamo? Una guida per orientarsi*, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2023/05/Guida-Delega-Anziani-Maggio-2023-DEF.pdf>. [1
3]
- PNRR (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, <https://www.governo.it/it/approfondimento/pnrr-gli-obiettivi-e-la-struttura/16702>. [2
1]
- Pozzoli, F. and S. Pasquinelli (2021), "Badanti (e caregiver) dopo la pandemia", *Prospettive sociali e sanitarie* Prendersi cura dopo la tempesta. [3
8]
- Rocard, E. and A. Llana-Nozal (2022), "Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind", *OECD Health Working Papers*, No. 140, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>. [1
6]
- sanitarie, P. (ed.) (2021), "L'Italia che aiuta chiede servizi", *Prospettive sociali e sanitarie* Prendersi cura dopo la tempesta. [3
5]
- Senato della Repubblica (2019), *Disposizioni per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare*, <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01123433.pdf>. [3
6]
- Tagliabue, M. and T. Tesauro (2011), *Soluzioni "made in Italy" alla non autosufficienza: dall'utopia della deistituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, Quaderno n.16 / 2011, http://service.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauro.pdf. [2
6]
- Vegliante, A. (2021), *Cosa vuol dire caregiver familiare e cosa dice la legge*, https://www.abilitychannel.tv/caregiver-familiare-cosa-significa/#Cosa_prevede_la_legge_italiana_sul_caregiver_familiare. [3
3]

Maggiori informazioni:
<https://www.oecd.org/health/towards-person-centered-integrated-care-in-italy.htm>

