

6. LE POLITICHE PER LA *LONG TERM CARE* IN ITALIA: LUCI E OMBRE DELLE RECENTI RIFORME

6.1 *Introduzione*

In questo capitolo si analizzano le due riforme parallele previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) in materia di disabilità e di non autosufficienza, esaminando il contesto in cui si inseriscono, i passi avanti realizzati e gli aspetti rimasti incompiuti.

La possibilità di dover ricorrere, da un certo momento della vita, a cure sanitarie e assistenziali continuative (*long term care*, LTC) è stata riconosciuta da tempo come uno dei nuovi rischi sociali che i sistemi di *welfare* tradizionali non erano preparati ad affrontare. L'Italia, con un'elevata speranza di vita e circa un quarto della popolazione con almeno 65 anni, è uno dei paesi dove questo rischio è più intenso e in cui l'esigenza di un intervento pubblico nel settore è più sentita. Tuttavia, il decennio passato è stato caratterizzato dal protrarsi di una sostanziale inerzia istituzionale a livello nazionale, a cui solo negli ultimi anni hanno fatto seguito gli attesi interventi di riforma, mentre le Regioni, che si erano attrezzate con i mezzi a disposizione per organizzare le politiche di LTC, hanno continuato a gestire modelli differenziati, a seconda delle risorse disponibili, delle capacità organizzative e delle preferenze per i diversi tipi di intervento.

Gli effetti devastanti della pandemia sulla popolazione anziana e fragile, soprattutto quella ospitata nelle strutture residenziali, hanno posto drammaticamente all'attenzione il problema della gestione delle persone con limitazioni dovute allo stato di salute. Il PNRR ha previsto due riforme in materia di politiche per la non autosufficienza e la disabilità, affiancate da una serie di investimenti, volte a rafforzare le misure sociali in questo campo e l'assistenza domiciliare, nell'ambito di un più generale riordino dell'assistenza sanitaria territoriale.

Le riforme sono state approvate entro le scadenze previste dal PNRR, ma al prezzo del rinvio di molte questioni fondamentali, tra cui la definizione dei diritti e quella degli standard dei servizi, che in parte dovrebbero essere affrontate con successivi decreti e regolamenti, ma che richiederanno uno sforzo finanziario per il quale si dovranno reperire nuovi spazi nel bilancio.

Di seguito ci si sofferma, innanzitutto, su alcuni aspetti che possono aiutare a comprendere l'urgenza di un intervento sul *welfare* per la non autosufficienza e di un riordino delle politiche per la disabilità: da un lato, si mostra l'estensione della platea delle popolazioni coinvolte, cui si prova a dare un contorno, accennando anche alla possibile evoluzione futura in base alle proiezioni demografiche per i prossimi decenni; dall'altro lato, si guarda all'esperienza internazionale, condensata essenzialmente in un sintetico quadro delle riforme adottate e in una comparazione tra i sistemi europei realizzata sulla base di alcuni studi recenti (par. 6.2). Quindi si dà conto, sia pure nei limiti dei dati disponibili, della situazione attuale delle politiche in Italia, avendo presente l'interagire

dei diversi livelli di governo ed enti coinvolti, considerando gli effetti degli interventi del PNRR e facendo il punto sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) in materia di disabilità e non autosufficienza (par. 6.3). Successivamente, si analizzano le due riforme previste dal PNRR, concentrandosi su alcuni aspetti ritenuti più critici e rilevanti (le risorse, i LEP, l'integrazione socio-sanitaria, le procedure di valutazione della condizione di disabilità e non autosufficienza, i servizi domiciliari e residenziali, le prestazioni monetarie) (par. 6.4) e si conclude con una valutazione generale, evidenziando luci e ombre degli interventi di riordino (par. 6.5).

6.2 Il rischio di non autosufficienza e le politiche adottate in Europa

L'emergere del rischio di non autosufficienza come fattore critico nei paesi avanzati (e non solo) è legato, da un lato, al progressivo invecchiamento della popolazione – sia pure in parte compensato dal miglioramento delle condizioni generali di salute⁴²⁸ – e, dall'altro, al cambiamento della struttura familiare, con la riduzione della dimensione del nucleo, e alla crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, con le difficoltà di conciliazione tra la vita professionale e quella familiare. Anche l'innalzamento dell'età di pensionamento contribuisce a ridurre la capacità della famiglia di gestire informalmente questa criticità⁴²⁹.

Per quanto riguarda il processo di invecchiamento, secondo lo scenario mediano delle recenti proiezioni demografiche dell'Istat la quota di popolazione con più di 64 anni si attesta nel 2022 al 23,8 per cento ed è prevista crescere costantemente fino al 2054, quando raggiunge il massimo del 34,5 per cento, per poi iniziare una lieve discesa fino al 34 per cento nel 2070. Per la popolazione dei grandi anziani (85 anni e più), pari al 3,8 per cento nel 2022, è previsto un costante aumento fino a raggiungere l'8,7 per cento della popolazione complessiva nel 2064, per poi segnare una leggera flessione attestandosi all'8,1 per cento nel 2070. Per comprendere meglio le possibili conseguenze di tali andamenti, è utile osservare l'evoluzione recente della speranza di vita e della percentuale di anni trascorsi con limitazioni rispetto alla vita attesa⁴³⁰, una variabile utilizzabile come *proxy* della presenza di disabilità e non autosufficienza.

I dati Eurostat mostrano che nel 2021 l'Italia presentava una speranza di vita a 65 anni (20,6 anni) tra le più elevate della UE, superata solo da Spagna e Francia (entrambe 21,4

⁴²⁸ Si vedano, tra gli altri, Commissione europea (2006), "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050) – Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN)", Special Report n. 1 e Seshamani, M. e Gray, A. (2004), "Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited", in *Health Economics*, vol. 13, n. 4, pagg. 303-314, aprile.

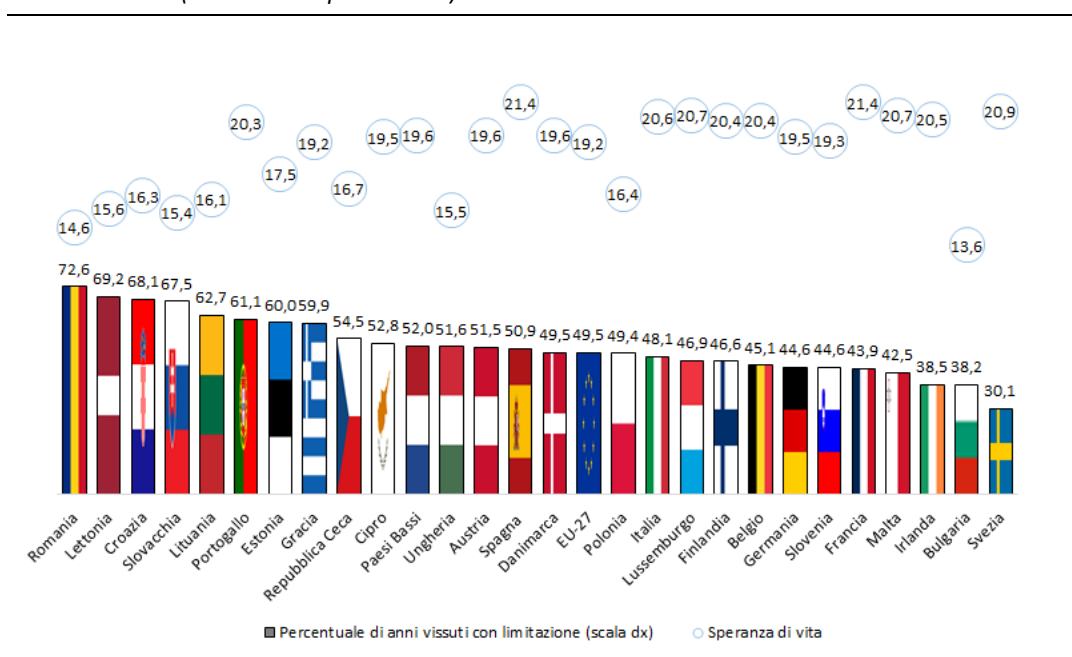
⁴²⁹ Si veda Spasova, S., Baeten, R. e Vanhercke B. (2018), "Challenges in long-term care in Europe", in *Eurohealth Observer*, Eurohealth, vol. 24, n. 4.

⁴³⁰ Gli anni trascorsi con limitazioni sono ottenuti come complemento tra il primo indicatore e il numero di anni vissuti in buona salute.

anni), Svezia, Lussemburgo e Malta⁴³¹. Le aspettative di vita più contenute, con circa 8 anni in meno rispetto ai paesi sopra citati, si registravano in Romania e Bulgaria (rispettivamente, 14,6 e 13,6 anni). Osservando l'incidenza degli anni vissuti con limitazioni rispetto alla speranza di vita, l'Italia si collocava poco al di sotto della media europea (48,1 per cento, contro 49,5). Tuttavia, rispetto ai paesi che la precedono in termini di aspettativa di vita, fatta eccezione per la Spagna (50,9 per cento), l'Italia è quello in cui la quota di anni vissuti con limitazione risulta più elevata. In Svezia (30,1 per cento) la popolazione anziana gode invece delle condizioni migliori (fig. 6.1).

Per l'Italia, osservando congiuntamente, dal 2008 al 2022, l'andamento della speranza di vita a 65 anni e degli anni vissuti con limitazioni emerge che, mentre la prima ha segnato un percorso di crescita pressoché costante, con l'unica eccezione del 2020 causata dagli effetti della pandemia, gli anni vissuti con limitazioni sono rimasti sostanzialmente invariati. Gli andamenti osservati suggeriscono che, con lo spostamento della mortalità verso età più avanzate, lo stato di salute per età tenderebbe a migliorare e l'aggravamento legato all'anzianità sarebbe posticipato nella stessa misura degli anni di vita guadagnati, confermando l'ipotesi cosiddetta di "equilibrio dinamico"⁴³² per l'evoluzione delle condizioni di salute⁴³³. Questo compenserebbe in qualche misura

Fig. 6.1 – Speranza di vita a 65 anni e incidenza degli anni vissuti con limitazioni nel 2021
(anni e valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat.

⁴³¹ Prima della pandemia solo la Spagna e la Francia presentavano una speranza di vita superiore all'Italia.

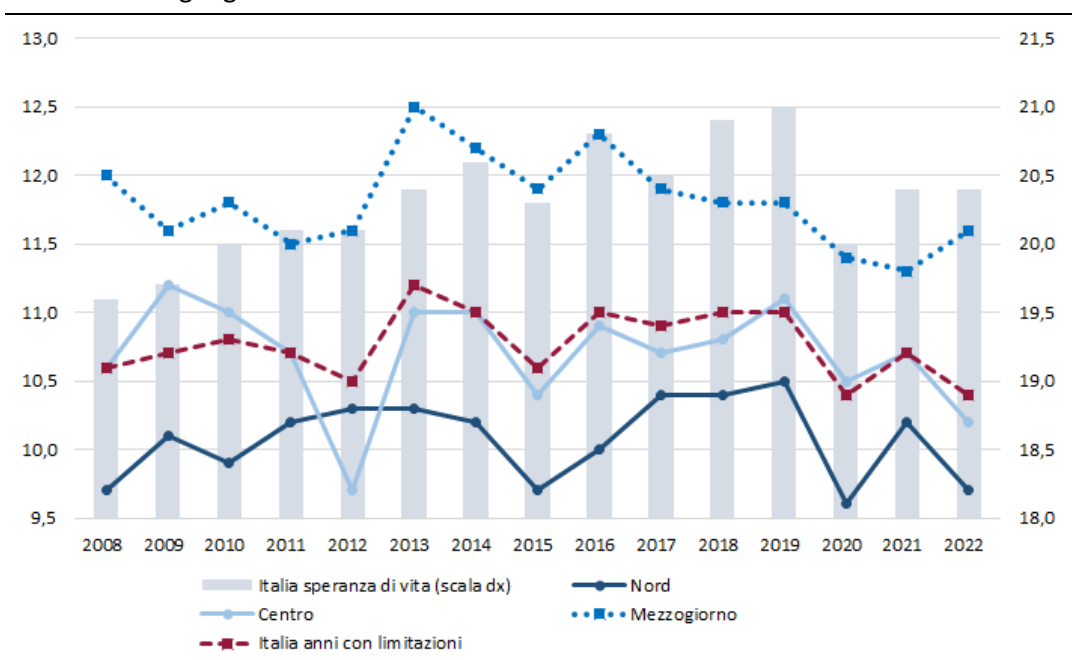
⁴³² Secondo tale ipotesi il profilo per età dello stato di salute si sposta con gli anni di vita guadagnati perché ogni anno di vita in più è vissuto in buona salute.

⁴³³ In proposito si veda Costa, G. e Di Girolamo, C. (2023), "Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti", in *Politiche sociali*, n. 3, pagg. 245-268.

l'effetto dell'invecchiamento sui bisogni di cure sanitarie e di LTC, introducendo una nota di ottimismo anche sugli aspetti della sostenibilità finanziaria del *welfare* nel lungo periodo.

Più preoccupante appare la permanenza nel tempo di differenze territoriali, con la popolazione del Mezzogiorno che rimane costantemente svantaggiata rispetto a quella del Centro e del Nord (fig. 6.2).

Fig. 6.2 – Speranza di vita a 65 anni e anni vissuti con limitazioni per ripartizione geografica



Fonte: elaborazioni su dati Istat.

6.2.1 Disabilità e non autosufficienza: un quadro d'insieme

Gli indicatori sopra presentati condensano al loro interno condizioni e bisogni di soggetti che appartengono a varie categorie, tra cui le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti, di cui è opportuno evidenziare alcune caratteristiche.

Innanzitutto, è utile chiarire alcuni aspetti definitori. L'individuazione delle persone con disabilità e/o non autosufficienza può seguire due approcci differenti, quello medico-legale e quello bio-psicosociale⁴³⁴. Nel primo caso si prendono a riferimento coloro che sono in possesso di un certificato rilasciato da un'apposita commissione. La seconda impostazione, quella utilizzata nel contesto internazionale e a cui per lo più si farà riferimento nel seguito, adotta criteri che garantiscono la confrontabilità del fenomeno

⁴³⁴ Si veda Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità (2023), "Nota dell'Istituto Nazionale di Statistica", 6 dicembre.

nel tempo e nello spazio, non essendo condizionati dalle diverse e mutevoli normative dei paesi.

Per le persone con disabilità si adotta generalmente la definizione nota come *Global activity limitation indicator (GALI)*, che rileva, attraverso l'autovalutazione dell'intervistato, la presenza di limitazioni dovute a problemi di salute (problema fisico, mentale o emotivo) nello svolgimento di attività abituali e ordinarie. L'indicatore contempla diversi gradi di limitazione, anche se generalmente si fa riferimento a quelle gravi.

Nel caso della non autosufficienza, invece, si rilevano congiuntamente il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento quotidiano di attività di cura della persona (*Activities of daily living, ADL*) e di attività domestiche (*Instrumental activities of daily living, IADL*). L'indicatore ADL considera cinque fondamentali attività quotidiane⁴³⁵; l'indicatore IADL misura, invece, il grado di autosufficienza necessario per vivere autonomamente, individuando sette attività strumentali⁴³⁶.

L'appartenenza delle persone a una o più delle tre definizioni utilizzate delinea perimetri che racchiudono popolazioni tra loro differenti, sovrapponibili solo in parte. A titolo di esempio si può ricordare che, ai fini dell'elaborazione delle proiezioni di spesa di lungo periodo legate all'invecchiamento nei paesi della UE⁴³⁷, su cui si tornerà più avanti (par. 6.3), si riconosce che persone con forme di disabilità possono condurre una vita indipendente senza bisogno di assistenza, mentre altre, che non rientrano nelle definizioni (anche semplicemente per una differente percezione delle loro condizioni), possono essere non autosufficienti.

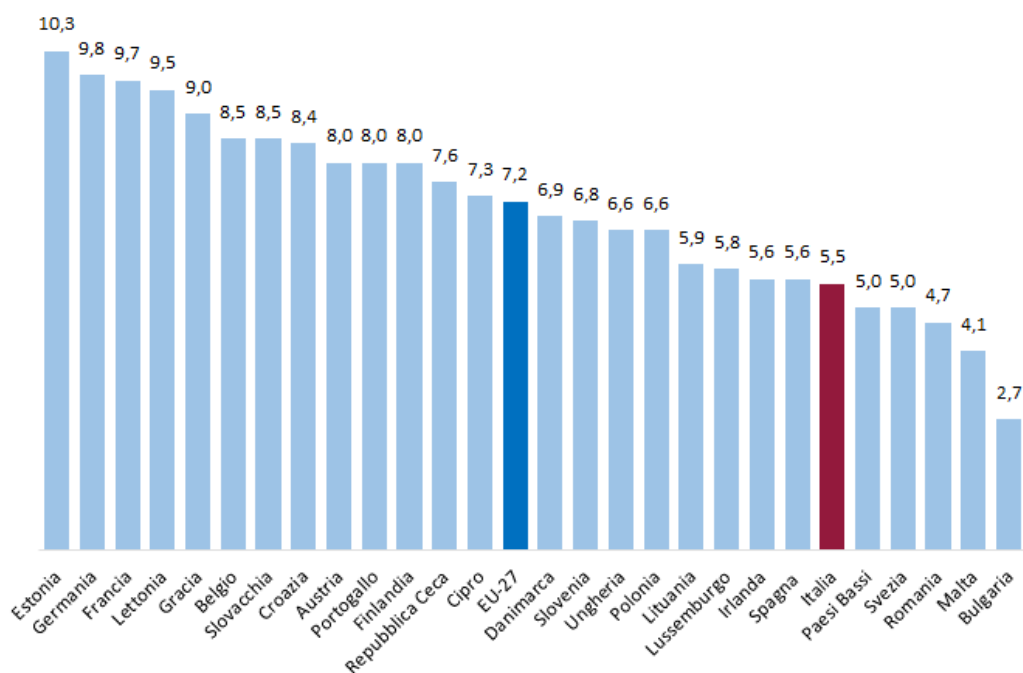
Nel 2022, in Europa, il 7,2 per cento della popolazione con più di 16 anni ha dichiarato gravi limitazioni nelle attività secondo la definizione GALI (rilevata nell'indagine EU-SILC), con i diversi paesi che si collocavano in un *range* compreso tra il 10,3 per cento dell'Estonia e il 2,7 per cento della Bulgaria. L'Italia, con il 5,5 per cento, è tra i paesi in cui è minore l'incidenza di persone con disabilità, preceduta solo da Paesi Bassi, Svezia, Romania, Malta e Bulgaria (fig. 6.3).

⁴³⁵ Le attività considerate sono: mangiare da solo, anche tagliando autonomamente il cibo; sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia; vestirsi e spogliarsi; usare i servizi igienici; fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione. L'indicatore è costruito secondo le indicazioni di Eurostat, considerando i due massimi livelli di difficoltà: "molta difficoltà" e "non sono in grado".

⁴³⁶ Le attività considerate sono: preparare i pasti; usare il telefono; fare la spesa; prendere le medicine; svolgere lavori domestici leggeri; svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti; gestire le proprie risorse economiche. Analogamente all'ADL, sono considerati i massimi livelli di difficoltà: "molta difficoltà" e "non sono in grado". Sono esclusi coloro che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo e quindi non hanno problemi di autonomia.

⁴³⁷ Commissione europea (2024), "2024 Ageing Report", Institutional paper n. 279, European Economy, aprile.

Fig. 6.3 – Persone con più di 16 anni con gravi limitazioni nel 2022
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati Eurostat.

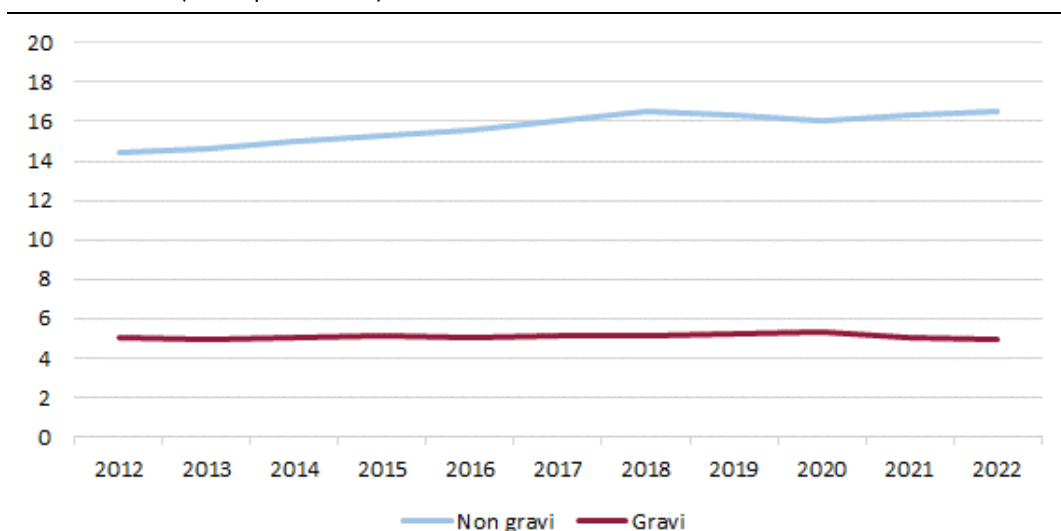
Inoltre, la quota di persone con disabilità in Italia, nel periodo 2012-2022, è rimasta sostanzialmente stabile⁴³⁸ e pari circa al 5 per cento della popolazione, che nel 2022 corrisponde a 2,9 milioni di persone, di cui il 62,3 per cento ha più di 65 anni (1,8 milioni), il 23,8 per cento (695.000) ha un'età compresa tra 45 e 64 anni e il restante 13,9 per cento (407.000) ha meno di 45 anni. Nel corso del periodo analizzato sono invece aumentate le persone che dichiarano limitazioni non gravi, passate dal 14,4 per cento del 2012 al 16,5 nel 2022, mentre poco più di sette cittadini su dieci non riferiscono alcuna limitazione (fig. 6.4).

L'incidenza di persone con disabilità (limitazioni gravi) più elevata si registra in Sardegna e in Umbria (rispettivamente, 7,2 e 7,1 per cento), mentre Veneto e Trentino-Alto Adige sono le Regioni con l'incidenza minore (rispettivamente, 3,9 e 3,8 per cento).

Utilizzando, in alternativa al precedente, l'approccio medico per individuare le persone con disabilità emerge che, nel 2021, coloro che possiedono una certificazione o sono titolari di una pensione o indennità legata alla disabilità sono 7,7 milioni, rispetto ai circa 3 milioni che dichiarano limitazioni gravi e ai 9,8 milioni con limitazioni non gravi.

⁴³⁸ I dati qui riportati fanno riferimento all'indagine campionaria Aspetti della vita quotidiana, che rileva anche la definizione GALI. Tuttavia, trattandosi di indagini campionarie, le quote di persone con disabilità risultano lievemente differenti da quelle registrate in EU-SILC, che fa inoltre riferimento a un segmento di popolazione diverso.

Fig. 6.4 – Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte (valori percentuali)



Fonte: Istat – Disabilità in cifre.

Tra i detentori di un certificato o titolari di una prestazione economica 455.000 sono minori, circa 3 milioni hanno tra i 18 e i 64 anni e i restanti 4,2 milioni hanno più di 65 anni⁴³⁹.

Un'analisi più approfondita sulla condizione delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti può essere svolta facendo ricorso all'Indagine europea sulla salute (EHIS)⁴⁴⁰ riferita al 2019. Di seguito, ci si concentra sugli anziani (65 anni o più), ai quali è dedicata una delle due riforme in esame. Le informazioni contenute nell'indagine permettono di delineare con chiarezza i segmenti di popolazione che soffrono di condizioni di scarsa autonomia, di non autosufficienza o della presenza di limitazioni gravi; queste situazioni possono sussistere contemporaneamente. Dapprima, si guarda alle condizioni di non autosufficienza espresse sia in termini di ADL, sia di IADL; successivamente saranno considerati anche coloro che riferiscono gravi limitazioni dovute a problemi di salute (GALI).

Sulla base dell'indagine EHIS, in Italia il 28,4 per cento della popolazione con 65 anni e più, corrispondente a circa 3,8 milioni di individui, dichiara di avere gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o della vita domestica⁴⁴¹ e, di questi, poco meno del 10 per cento esprime difficoltà in entrambe le dimensioni, mentre circa il 18 per cento ne segnala solo nelle attività domestiche. Peraltro, come atteso, la quasi totalità degli anziani con

⁴³⁹ Si veda Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità (2023), *op. cit.*

⁴⁴⁰ L'indagine europea sulla salute è condotta in tutti gli Stati della UE per confrontare la situazione relativa ai principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione e il ricorso ai servizi sanitari e consente di costruire i principali indicatori di salute a livello regionale. L'indagine, per l'Italia, è stata eseguita su un campione di circa 30.000 famiglie, distribuite in 840 Comuni di diversa ampiezza demografica, e ha coinvolto ogni componente con più di 14 anni. Per maggiori approfondimenti si veda la [pagina dedicata all'indagine](#).

⁴⁴¹ Si fa riferimento a coloro che dichiarano di avere "molta difficoltà" o di "non essere in grado" di svolgere almeno una delle attività di cura della persona (ADL) e/o domestiche (IADL).

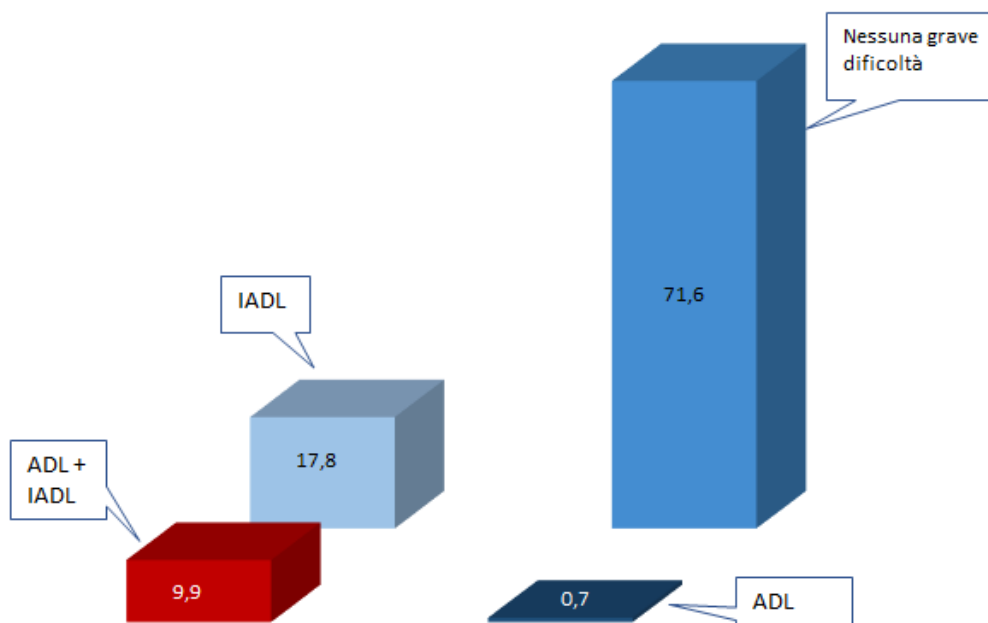
difficoltà nella cura della persona riferisce anche gravi difficoltà nelle attività domestiche (fig. 6.5).

Le persone con scarsa autonomia o non autosufficienti si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Mezzogiorno, con la Calabria che raggiunge la massima incidenza (37,3 per cento); il fenomeno assume valori rilevanti anche, con eccezione del Friuli-Venezia Giulia e del Veneto, nelle Regioni adriatiche, che si collocano tutte sopra la media nazionale (fig. 6.6).

La difficoltà nella cura della persona o nelle attività domestiche esprime una conseguente necessità di ricevere un sostegno, che può arrivare da diversi canali. Per semplicità espositiva si farà riferimento agli aiuti ricevuti nel caso di difficoltà domestiche, ricordando che la gran parte delle persone anziane che riferiscono difficoltà nella cura della persona ne dichiarano anche in quelle domestiche.

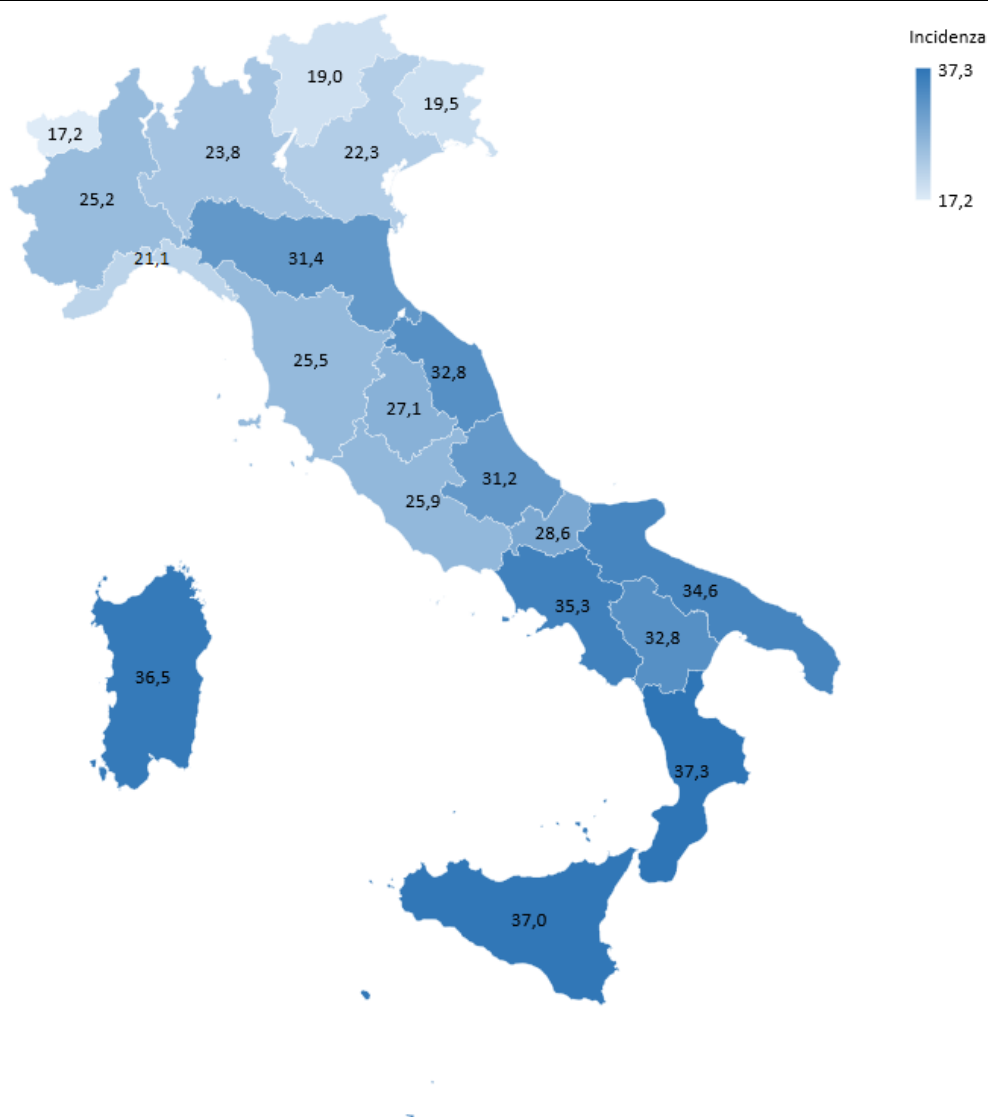
La famiglia rimane il principale pilastro su cui fare affidamento, ma il sostegno da parte del nucleo è maggiore soprattutto tra coloro che hanno redditi bassi (88 per cento nel primo quintile di reddito) e si riduce al crescere delle disponibilità economiche, attestandosi al 78,9 per cento tra le persone con redditi più elevati (ultimo quintile).

Fig. 6.5 – Persone con più di 64 anni distinte per condizione di non autosufficienza (IADL e/o ADL) nel 2019
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati EHIS riferita al 2019.

Fig. 6.6 – Incidenza delle persone con più di 64 anni in condizione di non autosufficienza (IADL e/o ADL) per Regione (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati EHIS riferita al 2019.

Di contro, il ricorso a personale a pagamento è prerogativa di coloro che hanno maggiori disponibilità economiche ed è più diffuso all'aumentare del reddito, fino a raggiungere una frequenza del 35,6 per cento nell'ultimo quintile (fig. 6.7).

Si ricorda che il numero di badanti registrati dall'INPS era pari a 412.916 nel 2019, anno a cui sono riferite le informazioni sopra riportate, e a 429.426 nel 2022⁴⁴² (con un aumento del 15 per cento rispetto al 2013). Nell'ultimo anno disponibile, si trattava di donne nel 92 per cento dei casi e di stranieri nel 73 per cento. È stato stimato che nel 2019 (dunque prima della sanatoria del 2020,

⁴⁴² Rispetto a un totale di 894.299 lavoratori domestici.

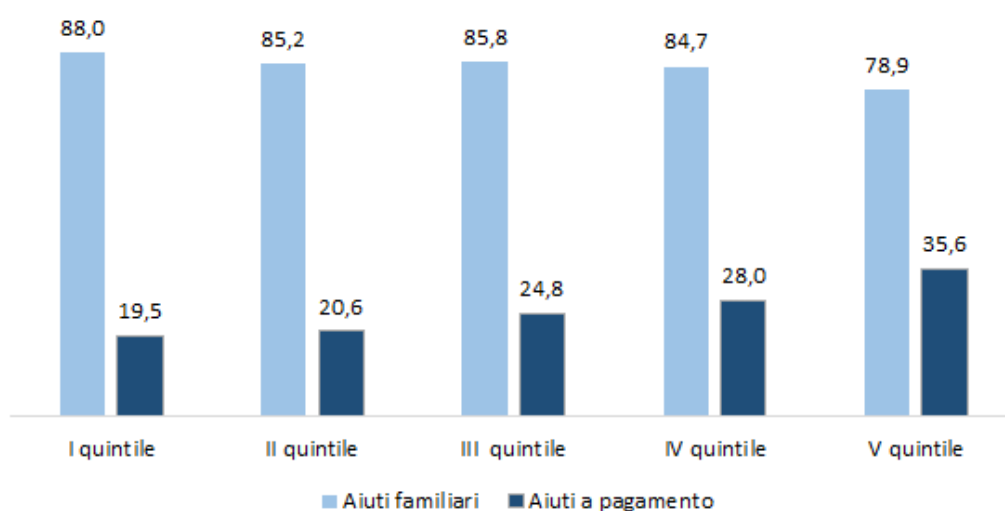
per la quale sono state registrate 176.848 domande per questo profilo) le badanti con contratti regolari fossero circa il 40 per cento del totale⁴⁴³.

Gli aiuti ricevuti, tuttavia, non sono sempre sufficienti a sopperire alle difficoltà incontrate nello svolgere le varie attività e la necessità di maggiore supporto da parte delle persone con scarsa autonomia è pertanto elevata. La richiesta di maggiore sostegno in genere è più frequente tra coloro che hanno minori disponibilità economiche (primo quintile) e il fenomeno assume maggiore intensità nel Mezzogiorno; in quest'area coloro che riferiscono la necessità di maggiore aiuto rappresentano mediamente poco più della metà delle persone con scarsa autonomia, fino a raggiungere circa il 55 per cento nella fascia economicamente più svantaggiata (primo quintile). Nel Nord, la richiesta di maggiore aiuto interessa mediamente una persona su tre con gravi difficoltà (fig. 6.8).

Prima di passare dalla descrizione della platea di persone con difficoltà nella cura della persona o nelle attività quotidiane a quella di coloro che riferiscono, secondo la definizione GALI, gravi limitazioni dovute alle condizioni di salute, **è interessante mostrare in che misura l'appartenenza a una o più delle tre definizioni utilizzate restituisca popolazioni di riferimento differenti, oppure parzialmente sovrapponibili.**

Le persone con più di 64 anni che riferiscono gravi limitazioni rappresentano circa il 18,8 per cento (2,5 milioni) della popolazione anziana. Coloro che congiuntamente dichiarano anche gravi difficoltà nella cura della persona e nello svolgimento delle attività quotidiane

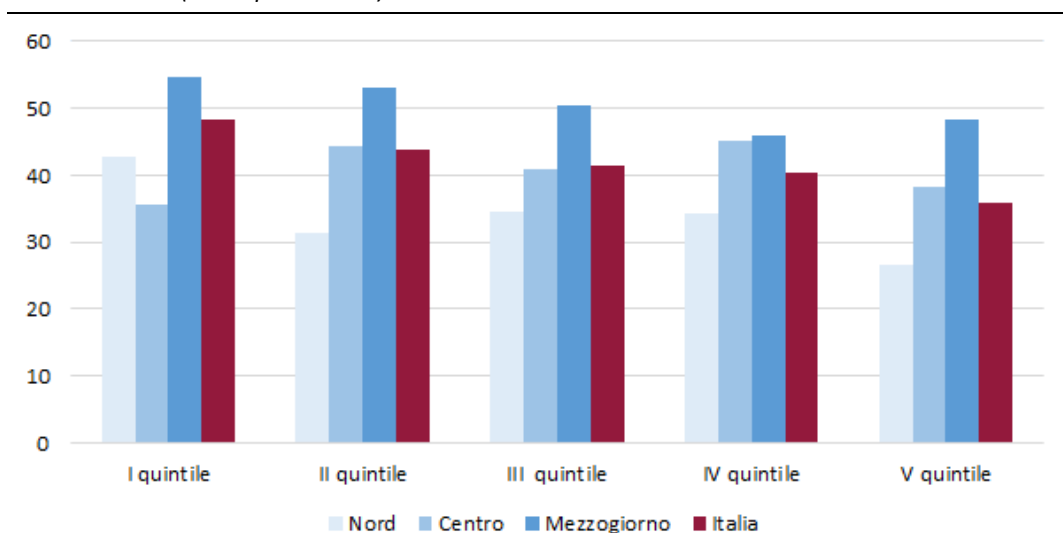
Fig. 6.7 – Persone con più di 64 anni con gravi difficoltà nelle attività quotidiane distinte per tipologia di aiuti ricevuti e quintili di reddito (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati EHIS riferita al 2019.

⁴⁴³ Si veda Pasquinelli, S. e Rusmini, G. (2021), "Le assistenti familiari e il lavoro privato di cura", in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 7° Rapporto, Maggioli editore, Ravenna.

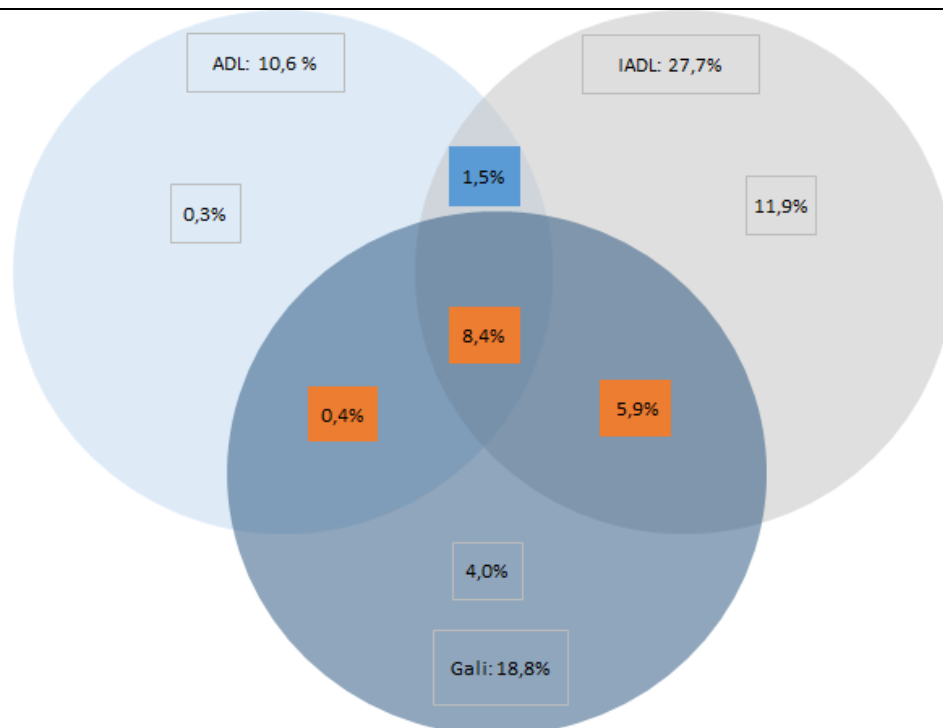
Fig. 6.8 – Persone con più di 64 anni con gravi difficoltà nelle attività quotidiane con bisogno di maggiore aiuto distinte per area geografica e quintili di reddito (valori percentuali)



Fonte: elaborazioni su dati EHIS riferita al 2019.

sono l'8,4 per cento della popolazione (circa 1,1 milioni), mentre il 5,9 per cento dichiara solo difficoltà nelle attività domestiche. Il 4 per cento invece, pur riferendo limitazioni gravi, conduce una vita indipendente, senza bisogno di assistenza nella cura della persona o nello svolgimento delle attività quotidiane (fig. 6.9).

Fig. 6.9 – Persone con più di 64 anni distinte per appartenenza ad ADL, IADL e GALI (valori percentuali)

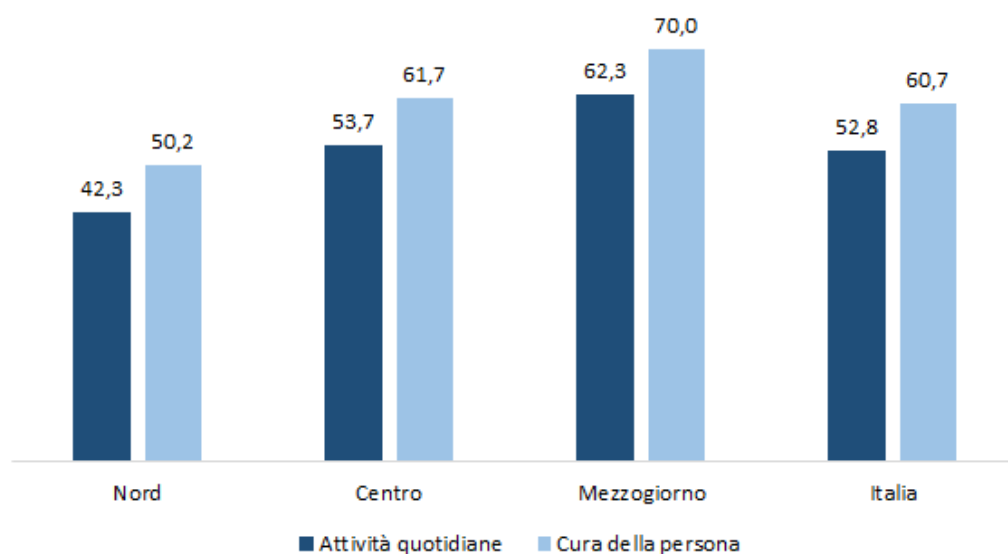


Fonte: elaborazione su dati EHIS riferita al 2019.

Concentrando l'attenzione sulle persone che, oltre ad avere gravi limitazioni di salute, presentano anche bisogno di assistenza sia nella cura della persona, sia nelle attività quotidiane (coloro che si collocano nell'intersezione delle tre sfere della figura 6.9, pari all'8,4 per cento), **trova conferma l'aumento del bisogno tradotto nella richiesta di ricevere maggiori aiuti**, bisogno più elevato nei casi di cura della persona rispetto alle attività domestiche. In particolare, i maggiori bisogni si registrano sempre nel Mezzogiorno, dove il 70 per cento delle persone con disabilità e non autosufficienza desidera maggiori sostegni per la cura della persona e il 62,3 per cento maggiore aiuto per le attività domestiche. Anche nel Nord dove, come mostrato nella figura 6.8, a richiedere maggiori aiuti è una quota minore di popolazione, con la presenza di gravi limitazioni aumentano significativamente i bisogni e circa il 42 per cento desidera più assistenza per le attività domestiche e il 50,2 per cento per la cura della persona (fig. 6.10).

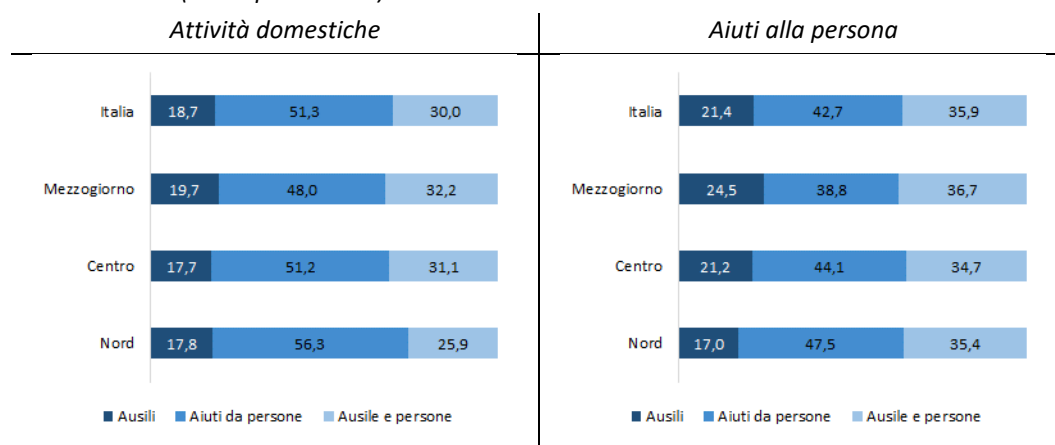
La richiesta di maggiore aiuto si manifesta in forme differenti a seconda del bisogno, sia esso di cura alla persona o nelle attività domestiche, e dell'area di appartenenza, con necessità di aiuto da persone, di ausili o di entrambi. La modalità prevalente rimane la richiesta di ricevere solo aiuto da persone, che assume però una maggiore frequenza nel caso delle attività domestiche e, in particolare, nel Nord (56,3 per cento). Nel caso di cura della persona, invece, seppure gli aiuti da persone rimangano la modalità prevalente, aumenta la richiesta di soli ausili, in particolare nel Mezzogiorno (24,5 per cento, contro 19,7 nel caso di attività domestiche). Solo per il Nord si registra una minore richiesta di ausili rispetto al caso di cura della persona (17 per cento, contro 17,8) (fig. 6.11).

Fig. 6.10 Persone con più di 64 anni con gravi limitazioni, difficoltà nelle attività quotidiane e nella cura della persona che necessitano di maggiore aiuto distinte per area geografica (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati EHIS riferita al 2019.

Fig. 6.11 – Persone con più di 64 anni con gravi limitazioni, difficoltà nelle attività quotidiane e nella cura della persona distinte per tipo di maggiore aiuto e per area geografica (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati EHIS riferita al 2019.

6.2.2 L'evoluzione dei sistemi di LTC in Europa

La “socializzazione” della LTC, con assunzione di una responsabilità pubblica, almeno parziale, su strumenti integrati di copertura di questo rischio, non è un processo privo di ostacoli; a essa si frappongono numerose difficoltà e, in particolare, la frammentazione dei soggetti coinvolti (diversi livelli di governo, mutue e assicurazioni private, erogatori privati di prestazioni e servizi a fini o meno di lucro, famiglie e comunità) e dei sistemi e forme di protezione sociale implicati (sanitario, assistenziale, previdenziale), nonché la necessità di reperire risorse per finanziare un nuovo programma di welfare⁴⁴⁴.

Sono stati individuati⁴⁴⁵, con riferimento al 2020, una cinquantina di paesi – gran parte dei quali in Europa – in cui è stata adottata una legislazione nazionale che stabilisce i diritti alle prestazioni di LTC e in cui vi è una certa integrazione tra i diversi elementi del sistema, ma solo diciotto di questi avevano individuato la LTC come un campo della politica sociale a sé stante. Tra questi ultimi, i Paesi Bassi hanno introdotto per primi un sistema distinto dalle altre forme di protezione sociale nel 1967, seguiti dai paesi scandinavi (dove peraltro diversi servizi sono stati sviluppati già dalla metà del XX secolo) tra il 1974 e il 1982 e –

⁴⁴⁴ Si vedano, ad esempio, Rothgang, H., Fischer, J., Sternkopf, M. e Frisina Doetter, L. (2021), “The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multi-dimensional typology”, Socium-SFB1342, Working Papers, n. 12 e Pavolini, E. (2021), *Long-term care social protection models in the EU*, European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg, Publications Office of the European Union.

⁴⁴⁵ Si vedano Fischer, J., Polte, A. e Sternkopf, M. (2022), “Introduction of Long-Term Care Systems: The Nascent Diffusion of an Emergent Field of Social Policy”, in Windzio, M., Mossig, I., Besche-Truthe, F. e Seitzer, H. (a cura di), *Networks and Geographies of Global Social Policy Diffusion, Global Dynamics of Social Policy*, Palgrave Macmillan e Rothgang et al. (2021), op. cit..

fermandosi al continente europeo⁴⁴⁶ – da Austria e Germania (1993 e 1994, rispettivamente), dal Lussemburgo (1998), dalla Repubblica Ceca, dal Portogallo e dalla Spagna (entrambi 2006) e dal Regno Unito, che disponeva di programmi per gli anziani già dal dopoguerra, con riforme in Inghilterra, Scozia e Galles nel biennio 2013-14. Va osservato che, mentre nei Paesi scandinavi al settore pubblico è stato attribuito un ruolo dominante nella regolazione, nel finanziamento e nell'erogazione⁴⁴⁷, in altri paesi sono stati introdotti modelli, anche a responsabilità pubblica, che prevedono che la fornitura sia spesso gestita da soggetti privati con o senza scopo di lucro (compresi i collaboratori domestici, spesso stranieri), coinvolgendo i *caregiver* familiari⁴⁴⁸.

I tentativi di classificare i sistemi di LTC sono stati numerosi, ma costruire una tassonomia resta una sfida complessa, anche perché richiede di distinguerli attraverso più dimensioni.

Il Rapporto dell'European Social Policy Network (ESPN) del 2021⁴⁴⁹, basandosi principalmente su due variabili, la spesa pubblica in rapporto al PIL e la quota di trasferimenti monetari sulla spesa pubblica totale, raggruppa i paesi membri della UE in sei modelli, presentati di seguito in ordine crescente di spesa⁴⁵⁰:

- 1) intervento pubblico limitato, che riguarda paesi collocati nell'Europa meridionale e Centro-Orientale (Cipro, Grecia, Portogallo, Bulgaria, Estonia, Croazia, Ungheria, Lettonia e Romania): bassa spesa pubblica (in media 0,4 per cento del PIL), quota di spesa per prestazioni monetarie rispetto a quella per servizi reali variabile tra i paesi del gruppo;
- 2) intervento pubblico moderato per mezzo di trasferimenti monetari, che riguarda la Spagna e alcuni paesi dell'Europa Centro-Orientale (Lituania, Polonia, Slovenia e Slovacchia): spesa pubblica più alta del precedente modello (0,8 per cento del PIL), di cui quasi la metà rivolta a prestazioni monetarie;
- 3) intervento pubblico moderato per mezzo di servizi, che riguarda pochi paesi appartenenti a diverse aree del continente (Irlanda, Lussemburgo e Malta): spesa pubblica un poco più elevata del precedente modello (1,1 per cento), ma comunque inferiore alla media europea, diretta soprattutto all'assistenza residenziale e domiciliare;
- 4) intervento pubblico sostenuto per mezzo di trasferimenti monetari, che riguarda Austria, Germania, Italia e la Repubblica Ceca: spesa pubblica piuttosto elevata

⁴⁴⁶ I paesi non europei che hanno introdotto sistemi specifici di LTC sono Israele, Australia, Giappone, Corea del Sud, Uruguay e Singapore.

⁴⁴⁷ Anche se a partire dagli anni Novanta c'è stata una certa apertura verso altri soggetti.

⁴⁴⁸ Oltre che di parenti, può trattarsi di amici e/o vicini di casa.

⁴⁴⁹ Pavolini, E. (2021), *op. cit.*.

⁴⁵⁰ Questi modelli articolano maggiormente i tre proposti in Saraceno, C. e Keck, W. (2010), "Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?", in *European Societies*, vol. 12, n. 5, pagg. 675-696.

(1,7 per cento del PIL in media), che si traduce per circa il 40 per cento in sostegni monetari;

- 5) intervento pubblico sostenuto per mezzo di servizi, che riguarda Francia, Belgio e Finlandia: la spesa raggiunge in media il 2 per cento del PIL e più del 90 per cento finanzia servizi;
- 6) intervento pubblico molto sostenuto per mezzo di servizi, che riguarda due paesi scandinavi, Danimarca e Svezia, e i Paesi Bassi: la spesa arriva al 3,5 per cento del PIL e si forniscono soprattutto servizi in natura.

Ulteriori caratteristiche vengono poi associate ai modelli individuati, in modo da dipingerne un quadro più completo e dettagliato.

Gli ultimi due modelli comprendono solo paesi in cui esiste una branca della protezione sociale specificamente dedicata alla LTC. Inoltre, nei paesi con forte focalizzazione sui servizi, l'organizzazione della LTC è affidata prevalentemente a un livello territoriale/istituzionale prevalente.

Il tasso di copertura dei potenziali beneficiari aumenta significativamente nel passaggio dal primo modello all'ultimo, essendo pari nel primo caso al 33 per cento per quanto riguarda l'erogazione di servizi reali e al 12 per cento con riferimento alle prestazioni monetarie, contro percentuali superiori al 70 per cento nei modelli con sostenuto intervento pubblico, nel settore prevalente (servizi o trasferimenti), e intorno al 40 per cento nell'altro settore. Inoltre, nel modello con intervento pubblico molto sostenuto, si osserva una copertura totale degli anziani con gravi limitazioni attraverso servizi in natura, con presa in carico anche di individui con limitazioni di livello medio-basso, e un 40 per cento di copertura relativamente ai benefici monetari; nel passaggio dall'intervento limitato a quello sostenuto e poi a quello molto sostenuto diminuisce il rischio di povertà o esclusione sociale dei soggetti con oltre 64 anni con gravi limitazioni delle attività, che passa progressivamente dal 42 al 19 per cento. Negli ultimi due gruppi, che assicurano una elevata copertura soprattutto grazie ai servizi, i trasferimenti monetari sono generalmente vincolati, integrano le prestazioni in natura e rendono più flessibile il sistema.

Passando ai criteri di selettività, nei modelli con intervento pubblico sostenuto o molto sostenuto l'approccio è tendenzialmente di tipo universalistico, oppure misto, soprattutto laddove sono prevalenti i trasferimenti monetari, mentre in quelli con moderato intervento pubblico si va dall'impostazione selettiva (frequente nel caso di predominanza dei trasferimenti monetari) a quella mista o quasi universalistica o anche universalistica (diffusa nel caso di maggiore presenza di servizi); nei modelli con intervento pubblico limitato l'approccio è selettivo o, raramente, quasi-universalistico. La spesa diretta delle famiglie (riferita agli aspetti sanitari) è legata, come prevedibile, all'intensità dell'intervento pubblico, essendo tendenzialmente poco presente dove quest'ultimo è intenso.

Un precedente confronto internazionale condotto nel 2018, e basato su trentacinque paesi europei⁴⁵¹, ha inoltre consentito di individuare tre tendenze principali nelle riforme introdotte nei sistemi di LTC (con riferimento al periodo 2008-2018): spostamento dalle cure residenziali a quelle domiciliari e alla *community care*⁴⁵²;

⁴⁵¹ Si veda Spasova *et al.* (2018), *op. cit.*, che è tratto da un più ampio rapporto dell'ESPN (Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailan, i D., Peña-Casas, R. e Vanhercke, B. (2018), "Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies", European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission).

⁴⁵² La *community care* riguarda le forme di assistenza e supporto fornite nella comunità e dalla comunità, attraverso una rete, che si vorrebbe integrata, di operatori pubblici e privati, di volontari e di *caregiver* informali.

predisposizione di misure volte alla sostenibilità finanziaria del sistema, attraverso restrizioni di bilancio, soprattutto nel periodo della Grande Recessione (ad esempio, in Danimarca, Spagna, Portogallo, Irlanda e Regno Unito); introduzione di riforme volte a migliorare l'accesso alle prestazioni, attraverso aumento delle risorse, revisione dei meccanismi di selettività e dei livelli delle prestazioni, tentativi di rafforzamento dell'integrazione, riconoscimento e sostegno del lavoro informale di cura (Austria, Francia, Repubblica Ceca, Portogallo e Polonia).

Contestualmente, venivano proposte alcune raccomandazioni: 1) lo sviluppo delle cure domiciliari, accompagnato dalla diffusione di misure di prevenzione e riabilitazione, evitando di ridurre l'offerta di assistenza residenziale prima di aver assicurato l'espansione di quella presso il domicilio; 2) l'applicazione di standard ai diversi fornitori e la condivisione tra i paesi di un insieme di indicatori diretti a monitorare la qualità della LTC (con una definizione comune di qualità a livello europeo); 3) la subordinazione dei trasferimenti monetari a un utilizzo rivolto a procurarsi le cure, con contratti regolari per i lavoratori domestici oppure con definizione di un ruolo preciso per i *caregiver* informali, nell'ambito di un piano di assistenza multidisciplinare, assicurando il rafforzamento dei diritti nell'ambito della sicurezza sociale, la formazione e la riconciliazione con il mercato del lavoro; 4) la raccolta da parte dei diversi paesi di informazioni ed evidenze sulla sostenibilità dei sistemi, tesa a supportare la programmazione dell'insieme delle politiche di LTC, e il rafforzamento degli investimenti nella riabilitazione, nella prevenzione, nelle nuove tecnologie e nei servizi.

Per inserire meglio l'Italia nel quadro generale sopra tratteggiato, si ricorda che nell'ultimo Rapporto dell'Ageing Working Group del Comitato di politica economica (EPC-WGA)⁴⁵³ è stata rilevata, per il 2022, una spesa per LTC⁴⁵⁴ appena inferiore a quella della media della UE27, che è pari all'1,7 per cento del PIL. Inoltre, secondo dati Eurostat tratti dall'indagine EHIS, risulta che nel 2019 il 3,2 per cento degli individui di età maggiore di 15 anni dichiarava l'uso di servizi domiciliari (il 28,5 per cento di quelli con più di 64 anni con gravi difficoltà nelle attività di cura personale o domestiche), contro il 4,2 per cento medio della UE27 (il 28,6 per cento di quelli con più di 64 anni con gravi difficoltà), il 7 per cento della Francia (40,1), il 5,4 della Germania (43,3) e il 3,3 della Spagna (28,9). Inoltre, secondo dati Eurostat, il numero medio di posti letto nelle strutture sanitarie residenziali per 100.000 abitanti in Italia era pari a circa 503 nel 2021, contro 1.184 in Germania, 980 in Francia e 859 in Spagna.

⁴⁵³ Commissione europea (2024), *op. cit.*

⁴⁵⁴ La spesa per LTC viene definita come un insieme di servizi richiesti da una persona con un livello ridotto di capacità funzionale (fisica o cognitiva) e che quindi dipende per un periodo di tempo prolungato da aiuti per svolgere le attività della vita quotidiana e/o le attività domestiche. Questi servizi sono spesso erogati insieme a prestazioni mediche di base come quelle infermieristiche, di prevenzione, di riabilitazione o cure palliative. L'Ageing Working Group per la stima dei tassi di disabilità si rifà alla definizione GALI, aggiungendo informazioni sui minori di sedici anni da un'indagine *ad hoc* EU-SILC del 2017.

6.3 Il sistema di LTC in Italia

In Italia il sistema di *welfare* nel campo della disabilità e della non autosufficienza, in assenza di una riforma nazionale, è rimasto relativamente poco sviluppato, differenziato tra le Regioni e anche molto frammentato, poiché diversi livelli di governo e differenti istituzioni intervengono nel finanziamento, nella programmazione e nella gestione.

A livello centrale, l'INPS eroga prestazioni monetarie (e l'INAIL interviene nel caso di infortuni sul lavoro o malattie professionali). L'assistenza sanitaria è fornita dal servizio sanitario nazionale (SSN) e quella sociale, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione (L. 3/2001), è posta nella potestà legislativa esclusiva delle Regioni. Allo Stato spettano, tuttavia, la determinazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale e il relativo finanziamento, nonché la perequazione delle corrispettive risorse, e i poteri sostitutivi da attivare se necessario al fine di tutelare i LEP. La progettazione e la gestione del sistema locale dei servizi sociali e l'erogazione delle prestazioni sono di competenza dei Comuni e degli Ambiti territoriali sociali (ATS), forme associative dei Comuni autorizzate dalle Regioni.

L'integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria è definita a livello regionale, ma spesso addirittura municipale o di ATS⁴⁵⁵, ed è realizzata in gradi e con modalità diverse sul territorio. In linea di principio, nell'ambito dei servizi integrati, gli oneri dell'assistenza sanitaria sono a carico del SSN, mentre quelli dell'assistenza sociale ricadono in parte sugli Enti locali e in parte sugli utenti e sulle loro famiglie.

Come si è visto anche nel paragrafo 6.2, un ruolo importante è svolto dal mercato privato, che comprende una quota rilevante di assistenti personali (badanti), spesso immigrati, principalmente donne, non sempre reclutati con regolari contratti. Infine, interviene l'assistenza informale garantita dalla famiglia o dalle reti di comunità (amici, vicini, ecc.)⁴⁵⁶.

⁴⁵⁵ Ad esempio, è stato mostrato che in Umbria, nel primo decennio degli anni Duemila, coesistevano un modello di integrazione tra spesa socio-assistenziale e socio-sanitaria e un modello di prevalente delega della spesa socio-assistenziale alle ASL, mentre in altre Regioni, come ad esempio l'Emilia-Romagna, era il SSN a trasferire risorse ai Comuni. Pertanto si auspicava un'integrazione delle informazioni sulla spesa dei diversi Enti. Si veda al riguardo Caruso, E. (2013), "Le spese sociali correnti e i trasferimenti di spesa sociale dei comuni umbri", in *Il welfare locale in Umbria. Politiche, interventi, spesa pubblica*, Agenzia Umbria Ricerche.

⁴⁵⁶ La L. 205/2017 definisce *caregiver* familiare chi assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado (ovvero, qualora queste figure non siano presenti o siano affette da patologie invalidanti o abbiano compiuto 65 anni, di un familiare entro il terzo grado) che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata (L. 104/1992, art. 3) o sia titolare di indennità di accompagnamento.

Una riforma globale delle politiche di LTC è attesa da molto tempo. Già alla fine degli anni Novanta la cosiddetta Commissione Onofri⁴⁵⁷ aveva individuato alcuni passaggi necessari, proponendo la creazione di un Fondo per la non autosufficienza, sul modello tedesco, con copertura assicurativa estesa a tutta la popolazione. In seguito, **gli esperti in materia si sono ampiamente interrogati sulle ragioni della mancata riforma e tra queste sono emerse la presenza dei vincoli di bilancio legati agli squilibri di finanza pubblica e le resistenze a eventuali modifiche del principale strumento di sostegno esistente, l'indennità di accompagnamento**, divenuta una sorta di *buffer*, un tampone che assicura comunque un qualche sostegno alle famiglie, di fronte alla carenza di servizi pubblici⁴⁵⁸.

Un'altra causa della mancata riforma è stata individuata nel processo inconcluso di attuazione del federalismo fiscale⁴⁵⁹. Con la riforma del Titolo V della Costituzione e la legge delega in materia di federalismo fiscale (L. 42/2009), che ha previsto l'abolizione di ogni vincolo di destinazione dei finanziamenti centrali alle Regioni, restava infatti il solo ancoraggio ai LEP. La via maestra per introdurre una riforma nazionale della LTC dovrebbe essere pertanto quella di determinare i LEP in materia. Tuttavia, gli squilibri territoriali e le politiche di bilancio orientate al riequilibrio della finanza pubblica hanno reso complicato il finanziamento dei LEP per la difficoltà, da un lato, di reperire nuove risorse e, dall'altro, di redistribuire quelle già disponibili tra i territori, a scapito di quelli più dotati di servizi e più solidi dal punto di vista economico. Mentre la definizione dei LEP nel campo della disabilità e della non autosufficienza è rimasta incerta⁴⁶⁰, tra la preoccupazione del Governo di doverli finanziare e quella delle Regioni di non disporre delle risorse per garantirli, al Fondo nazionale per le non autosufficienze (L. 296/2006) e ai diversi fondi per la disabilità sono state destinate risorse limitate (par. 6.4.1), sia pure crescenti.

Dopo che la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000) aveva inquadrato i LEP sociali (LEPS) — compresi alcuni interventi mirati direttamente al supporto delle persone non autosufficienti e con disabilità, con l'individuazione di determinate prestazioni e servizi — in seguito all'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione la cogenza di tali LEPS, peraltro non ancora declinati in forma di precisi diritti esigibili, con l'eccezione dei diritti soggettivi (indennità di accompagnamento), è rimasta a lungo incerta⁴⁶¹, anche perché

⁴⁵⁷ Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (1997), "Relazione finale".

⁴⁵⁸ Si vedano tra gli altri: De Roit, B. (2010), *Strategies of care. Changing elderly care in Italy and the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press; Costa, G. (2013), "Long-Term Care Italian policies: a case of inertial institutional change", in Ranci, C. e Pavolini, E. (2013) (a cura di), *Reforms in long-term care policies in Europe. Investigating institutional change and social impacts*, Springer, p. 221-242; Gori, C., di Maio, A. e Pozzi A. (2003), "Long term care for older people in Italy", in Comas-Herrera, A. e Wittenberg, R. (a cura di), *European study of long term care expenditure*, The London School of economics, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG.

⁴⁵⁹ Gabriele S. e Tediosi, F. (2014), "Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case", in *Health Policy*, vol. 116, pagg. 61-70.

⁴⁶⁰ Per approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla determinazione e sull'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", 1° febbraio.

⁴⁶¹ Si veda tra gli altri Kazepov, Y., Arlotti, M. e Barberis, E. (2009), "La de-sincronizzazione, il disallineamento e la frammentazione territoriale delle politiche sociali. Alcune considerazioni preliminari", in Kazepov, Y. (a

comunque l'erogazione era condizionata dalle risorse disponibili. La L. 42/2009, attuativa del federalismo fiscale, ha poi delineato un percorso di progressivo avvicinamento ai LEP attraverso successivi obiettivi di servizio e di convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo. A distanza di più di un ventennio dall'approvazione della legge quadro, con la legge di bilancio per il 2021 (L. 178/2020) è stato introdotto il LEPS di assistenza sociale, volto a fissare il rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente, mentre con quella dell'anno successivo (L. 234/2021) sono state indicate le aree di intervento dei servizi socio-assistenziali domiciliari per la non autosufficienza (prevedendo un contenuto incremento del finanziamento del Fondo per le non autosufficienze, pari a 100 milioni per il 2022, 200 per il 2023, 250 per il 2024 e 300 dal 2025) e si è rinviato a successivi provvedimenti applicativi per la relativa attuazione, il monitoraggio e la verifica. Tuttavia, rimanevano dubbi e incertezze sul fatto che i LEPS fossero effettivamente stati determinati con tale disposizione legislativa o se la relativa definizione, sia pure progressiva, restasse affidata a successivi DPCM⁴⁶².

Ai fini dell'attuazione rileva essenzialmente il Piano per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024⁴⁶³, importante documento di programmazione promosso dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali che ha stabilito anche il riparto tra le Regioni delle risorse disponibili nel Fondo per la non autosufficienza, che le Regioni trasferiscono poi agli ATS. Il Piano, nei limiti delle risorse disponibili, individua la progressione degli interventi in vista di una graduale attuazione dei LEPS su tutto il territorio nazionale. Inoltre, prevede che le Regioni si impegnino a monitorare e rendicontare al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali gli interventi programmati.

La mancata attuazione del federalismo fiscale e l'incertezza sui ruoli e i rapporti tra i diversi livelli di governo hanno contribuito a ostacolare la realizzazione della riforma della LTC. Così mentre in Germania, ad esempio, tale riforma è stata favorita dalla presenza di un sistema maturo di ripartizione delle entrate tra livelli di governo con la previsione di un meccanismo di perequazione tale da stimolare l'azione comune dei Länder di fronte all'incremento dei costi, contribuendo all'introduzione di un programma finanziato da contributi di sicurezza sociale⁴⁶⁴, in Italia hanno pesato piuttosto gli sforzi reciproci di riversare su altre istituzioni le responsabilità delle decisioni meno popolari (*fiscal blame avoidance*)⁴⁶⁵.

In attesa della riforma nazionale, i Comuni hanno sviluppato alcune iniziative e le Regioni, riconoscendo in qualche modo la non autosufficienza come un nuovo rischio

cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, dove si indicano come cause della mancata attuazione della L. 328/2000 la carenza di risorse e la successiva riforma del Titolo V.

⁴⁶² Questi, secondo alcuni osservatori, avrebbero dovuto limitarsi a indicare gli obiettivi di servizio. Si veda Pesaresi, F. (2022), "La scomparsa dei LEP per la non autosufficienza dalla legge di bilancio 2022", in *welforum.it*, 4 gennaio.

⁴⁶³ Proposto dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale e adottato con DPCM del 3 ottobre 2022 previa Intesa in Conferenza unificata, acquisito il parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard (CTFS). La Rete, istituita con il D.Lgs. 147/2017, è presieduta dal Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e comprende rappresentanti di alcuni Ministeri, delle Regioni, dei Comuni e degli ATS e, come invitato permanente, dell'INPS. Si ricorda che il 25 luglio 2021 la Rete aveva già approvato anche il Piano degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023.

⁴⁶⁴ Si veda Campbell, A.L. e Morgan, K. J. (2005), "Federalism and the politics of old-age care in Germany and the United States", in *Comparative Political Studies*, vol. 38, pagg. 1-28.

⁴⁶⁵ Si veda Costa-Font, J. (2010), "Devolution, diversity and welfare reform: long-term care in the 'Latin Rim'", in *Social Policy & Administration*, vol. 44, August, pagg. 481-494.

sociale⁴⁶⁶ – attraverso una produzione legislativa sviluppatasi soprattutto tra la fine degli anni Novanta e l’inizio del secolo e tramite i documenti di programmazione – **hanno definito i propri modelli**⁴⁶⁷, basati prioritariamente sui contributi economici e assegni di cura oppure sui servizi, domiciliari e residenziali, condividendo in vario modo con i Comuni le responsabilità e perseguendo nel tempo diverse modalità di integrazione tra assistenza sociale e sanitaria. Tuttavia, in assenza di LEPS e di standard nazionali, si sono determinate forti disparità territoriali. Si è pure creato un ampio spazio per il mercato privato, riempito anche in parte dal Terzo settore⁴⁶⁸ e da lavoratori immigrati. Sono stati adottati numerosi provvedimenti volti alla regolarizzazione degli assistenti personali (o badanti) immigrati e sono state introdotte agevolazioni fiscali rivolte, tra l’altro, all’emersione (par. 6.4.6). Attualmente anche le imprese con scopo di lucro si stanno espandendo, compresi i grandi gruppi multinazionali⁴⁶⁹. La tendenza a esternalizzare i servizi, particolarmente intensa nel settore dell’assistenza agli anziani, è stata spiegata dall’obiettivo di ridurre il costo del lavoro e aumentarne la flessibilità, in presenza di sistemi contrattuali molto diversi e in genere meno generosi rispetto al settore pubblico⁴⁷⁰.

La conoscenza di questi fenomeni è particolarmente frammentata e, in assenza di adeguate informazioni, è difficile fornire un quadro completo della situazione, soprattutto, ma non solo, con riguardo alle prestazioni e ai servizi di tipo assistenziale. Malgrado la presenza di numerose banche dati amministrative e indagini, infatti, spesso esistono problemi di mancata trasmissione e compilazione delle informazioni da parte delle Regioni e, soprattutto, degli Enti locali, e la sovrapposizione delle fonti rende meno agevole la sintesi su dati coerenti. Tuttavia, di seguito si cerca di offrire alcuni elementi informativi in proposito.

⁴⁶⁶ Si veda Andreani, T. (2024), “L’assistenza continuativa integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d’insieme intorno alla legge delega 33 del 2023”, in *Corti supreme e salute*, n. 1.

⁴⁶⁷ Si veda, tra gli altri, Giorgi, G. e Ranci Ortigosa, P. (2008), “Il governo delle politiche regionali”, in Gori, C. (a cura di), *Le riforme regionali per i Non Autosufficienti*, Carocci.

⁴⁶⁸ A tale proposito alcuni hanno osservato che il “Codice del Terzo settore” (D.Lgs. 117/2017) ha teso a rafforzare le organizzazioni senza scopo di lucro – soprattutto quelle più grandi, il mondo della cooperazione e l’impresa sociale – sul piano imprenditoriale, per accrescerne il ruolo nel sistema di *welfare*, spesso sostitutivo rispetto ai soggetti pubblici, e contribuire alla crescita economica e occupazionale. Si veda Ascoli, U. (2020), “Welfare e Terzo settore”, in Giorgi, C. (a cura di), *Welfare, Parole-chiave*, n. 4.

⁴⁶⁹ Si veda Barsanti, S. (2021), “I servizi residenziali II. Un’agenda per il dibattito”, in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 7° Rapporto, Maggioli editore, Ravenna, in cui si osserva che le multinazionali probabilmente tenderanno a privilegiare, nel caso delle soluzioni residenziali, le grandi strutture.

⁴⁷⁰ Si veda Dorigatti, L., Mori, A. e Neri, S. (2018), “Pubblico e privato nei servizi sociali ed educativi: il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche”, in *La rivista delle politiche sociali*, n. 3, Ediesse.

6.3.1 Un quadro della spesa, degli interventi e dei ruoli dei diversi livelli di governo

Una quantificazione della spesa per LTC è offerta dalla Ragioneria generale dello Stato (RGS)⁴⁷¹, che si rifà alle definizioni concordate a livello internazionale e, in particolare, a quanto stabilito nell'ambito dell'EPC-WGA ai fini dell'elaborazione delle proiezioni di medio-lungo periodo della spesa pubblica collegata all'età. La spesa per LTC include tutti gli interventi di natura assistenziale e sanitaria a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti. Per l'Italia, in particolare, vengono incluse tre componenti: la spesa sanitaria per LTC, le indennità di accompagnamento⁴⁷² e gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale (in natura o in denaro) rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti⁴⁷³.

La spesa complessiva per la LTC è indicata pari all'**1,73 per cento del PIL nel 2022**⁴⁷⁴; di questa, il **74 per cento riguarda soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria rappresenta il 40,5 per cento del totale** (37 per cento se si guarda ai soggetti con più di 65 anni), **le indennità di accompagnamento il 43 per cento** (44 per cento per i soggetti più anziani) e **le altre prestazioni assistenziali il rimanente 16,5 per cento** (19 per cento per i soggetti più anziani). Le prestazioni monetarie, complessivamente, arrivano a circa metà della spesa. La spesa per prestazioni di tipo residenziale rappresenta poco più di un terzo del totale e quella per assistenza domiciliare il 16 per cento. Va osservato, tuttavia, che negli ultimi anni la spesa per LTC risulta essere diminuita in rapporto al PIL. Infatti, il rapporto della RGS indica una spesa complessiva pari all'**1,8 per cento del PIL nel 2010** e nel 2015 e all'**1,9 per cento nel 2020**. La riduzione riguarderebbe le indennità di accompagnamento e le prestazioni sanitarie. Tra il 2010 e il 2020 si sarebbe inoltre verificata una ricomposizione della spesa, con un incremento della quota relativa ai soggetti con almeno 80 anni di età e una riduzione per quelli nella fascia 65-79 anni. Queste evidenze confermano quanto rilevato sopra (par. 6.2) con riguardo al miglioramento dello stato di salute secondo il profilo di età al crescere della speranza di vita.

6.3.1.1 Le prestazioni erogate dagli Enti previdenziali a livello centrale

A livello centrale, l'INPS eroga l'indennità di accompagnamento agli invalidi civili⁴⁷⁵, **pari nel 2024 a 531,76 euro mensili (978,50 per i ciechi assoluti) per dodici mensilità. Il**

⁴⁷¹ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2023), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", giugno.

⁴⁷² Più in dettaglio, si tratta delle indennità erogate a invalidi e ciechi civili e di quelle di comunicazione riconosciute ai sordomuti.

⁴⁷³ La classificazione è coerente con quella indicata dal *System of Health Accounts* (SHA) dell'OCSE.

⁴⁷⁴ Come si è accennato, il più recente Rapporto sull'invecchiamento elaborato dall'EPC-WGA pone la spesa un decimo di punto di PIL più in basso.

⁴⁷⁵ Concessa ai soggetti mutilati o invalidi totali con impossibilità di deambulare autonomamente o con incapacità di compiere azioni quotidiane.

riconoscimento del diritto spetta a una Commissione medico-legale collocata presso l'ASL, integrata con un medico designato dall'INPS, o a un Centro medico-legale dell'INPS, qualora la Regione abbia affidato a quest'ultimo l'accertamento sanitario.

Tale prestazione non è soggetta a condizioni di reddito o di età e non è vincolata a obblighi di acquistare beni o servizi volti a migliorare la condizione del percettore e, pertanto, può essere considerata come una compensazione alla famiglia per le cure informali fornite, sebbene sia spesso utilizzata per pagare (parzialmente) assistenti personali privati (badanti), anche senza regolare contratto⁴⁷⁶. Secondo le informazioni pubblicate dalla RGS⁴⁷⁷, i percettori dell'indennità di accompagnamento erano complessivamente circa 1,98 milioni nel 2022 e la spesa corrispondente era pari allo 0,7 per cento del PIL. Guardando ai soli percettori invalidi civili (che assorbivano il 94 per cento della spesa), l'incidenza sulla popolazione risultava in significativa crescita dopo i 65 anni, fino a raggiungere, oltre i 90 anni, il 27 per cento degli uomini e il 44 delle donne.

La distribuzione geografica non è uniforme: nel 2018 i percettori erano pari al 9,9 per cento degli anziani in Lombardia e al 17,6 per cento in Calabria, mostrando che nei contesti socio-economici più deboli la frequenza di indennità di accompagnamento è maggiore⁴⁷⁸. Se, da un lato, in tali contesti sono più elevati i tassi di non autosufficienza, dall'altro lato, possono influire un effetto di sostituzione della minore presenza di servizi e, in certe fasi, la carenza di forme di sostegno al reddito contro la povertà.

Le principali criticità dell'indennità di accompagnamento sono state individuate nella mancanza a livello nazionale di criteri uniformi da adottare per la valutazione, nell'assenza di una modulazione della prestazione sul bisogno, nel mancato collegamento con il sistema dei servizi — compresi quelli di informazione e orientamento — e nell'impossibilità di incidere sulla qualità e appropriatezza dei servizi alla persona (compresa la formazione degli assistenti familiari) acquistati con il sussidio⁴⁷⁹.

L'INPS gestisce anche altre prestazioni monetarie (e ulteriori trasferimenti possono essere previsti a livello locale, come si vedrà più oltre), che a differenza dall'indennità di accompagnamento, rivolta alla tutela delle persone in condizioni di non autosufficienza, svolgono funzioni diverse e dunque non vengono considerate nell'aggregato di spesa considerato dalla RGS. In particolare, sono previste altre prestazioni per persone con disabilità.

Tra gli interventi di natura assistenziale, le pensioni e gli assegni di invalidità civile mirano ad attenuare gli effetti reddituali di una riduzione della capacità lavorativa. Le pensioni di inabilità agli

⁴⁷⁶ È stato stimato che il costo per la famiglia di una badante regolare può arrivare a 17.000 euro annui (Pasquinelli, S. e Rusmini, G. (2021), *op. cit.*

⁴⁷⁷ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2023), *op. cit.*

⁴⁷⁸ Si veda Gori, C. e Gubert, E. (2021), "L'indennità di accompagnamento", in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto*, Maggioli editore, Ravenna.

⁴⁷⁹ Si veda Gori C. e Gubert E. (2021), *op. cit.*

invalidi civili (333,33 euro mensili per 13 mensilità nel 2024, 360,48 nel caso di ciechi assoluti non ricoverati) sono riconosciute in caso di inabilità lavorativa totale (100 per cento) e permanente (invalidi totali) nella fascia di età 18-67 anni e sono vincolate a un reddito personale annuo non superiore a 19.461,12 euro nel 2024⁴⁸⁰. Gli invalidi parziali (riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 74 e il 99 per cento) possono ottenere invece l'assegno mensile di assistenza, dello stesso importo della pensione di inabilità, solo se hanno un reddito non superiore a 5.725,46. I titolari di prestazioni di invalidità civile hanno diritto all'iscrizione nelle liste speciali dei Centri per l'impiego per l'assunzione agevolata al lavoro (almeno 46 per cento di invalidità), all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (almeno 67 per cento di invalidità o comunque titolarità di indennità di accompagnamento) e a ottenere gratuitamente protesi e ausili ortopedici (almeno 33,33 per cento di invalidità). Inoltre, sono previsti permessi orari e congedi per la persona con disabilità e per chi l'assiste. Secondo il più recente Rapporto INPS⁴⁸¹, al 31 dicembre 2022 si riscontravano 3.215.973 prestazioni agli invalidi civili, con un importo medio di 468,74 euro mensili.

Inoltre, si possono ricordare le prestazioni di natura previdenziale, soggette al versamento di contributi: l'assegno di invalidità (che richiede una capacità lavorativa ridotta a meno di un terzo), che è parametrato sui contributi pagati e consente l'integrazione al minimo (riducibile in caso di attività lavorativa), e la pensione di inabilità (in caso di impossibilità a svolgere qualunque attività lavorativa). Al 31 dicembre 2022 si riscontravano 907.317 pensioni di invalidità, di importo medio pari a 1.017,87 euro mensili⁴⁸².

Una serie di altre prestazioni a carattere previdenziale, di tipo monetario, come le rendite dirette per inabilità permanente, ma anche in natura (prestazioni sanitarie e riabilitative) sono erogate dall'INAIL nell'ambito della tutela in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Va inoltre ricordato che la presenza nel nucleo familiare di un soggetto con disabilità o con almeno 60 anni di età o in condizione di svantaggio e inserito in programmi di cura e assistenza dei servizi socio-sanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione può consentire l'accesso all'assegno di inclusione, la nuova misura di sostegno al reddito introdotta in sostituzione del reddito di cittadinanza (DL 48/2023), soggetta a *means-testing*.

Sulle agevolazioni tributarie si tornerà più avanti (par. 6.4.6.).

6.3.1.2 Le prestazioni erogate a livello decentrato

Il SSN sostiene la spesa per le prestazioni di natura sanitaria erogate alle persone disabili e non autosufficienti che, nell'accezione della RGS, comprende quelle per l'assistenza territoriale agli anziani e ai disabili (ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale e residenziale), l'assistenza psichiatrica, quella agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera in regime di lungodegenza e una quota dell'assistenza integrativa,

⁴⁸⁰ A età più avanzata generalmente subentra l'assegno sociale, mentre per i minori è stata prevista un'indennità di frequenza scolastica. Inoltre, i sordomuti possono ottenere l'indennità di comunicazione.

⁴⁸¹ Si veda INPS (2023), "XXII Rapporto annuale", settembre.

⁴⁸² Si veda INPS (2023), *op. cit.*.

protesica e farmaceutica. Si tratta, con riferimento al 2022, del 10,2 per cento della spesa sanitaria complessiva⁴⁸³, pari a circa lo 0,7 per cento del PIL. Più di due terzi della spesa riguarda soggetti con più di 65 anni.

Secondo dati Istat⁴⁸⁴, inoltre, rispetto ai 13,147 miliardi di spesa sanitaria per LTC a carico delle Amministrazioni pubbliche nel 2023 per assistenza residenziale, ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare e per servizi ausiliari, le famiglie hanno speso, direttamente, 4,4 miliardi e 114 milioni sono stati intermediati da istituzioni senza scopo di lucro (non viene rilevata la componente del *welfare* aziendale).

Gli interventi in campo sanitario dovrebbero essere integrati con quelli di tipo prettamente assistenziale, forniti dai Comuni singoli o associati, erogati principalmente o esclusivamente in favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe (si consideri che l'87,2 per cento della spesa riguarda anziani e disabili⁴⁸⁵). Si tratta per lo più di servizi in natura, di tipo residenziale (ad esempio, residenze socio-sanitarie per anziani o comunità socio-riabilitative), semi-residenziale (centri diurni e i centri di aggregazione) o domiciliare (servizi di assistenza domiciliare, SAD), ma possono essere previste anche prestazioni monetarie.

Le fonti utilizzate dalla RGS per la stima di questa componente, assai eterogenea come tipo di interventi, sono i Conti della protezione sociale, dai quali viene ricostruito l'aggregato complessivo, e l'Indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati, utilizzata per dedurre il riparto tra servizi e trasferimenti. Risulta una spesa pari allo 0,28 per cento del PIL nel 2022.

Di seguito, si forniscono alcune informazioni più di dettaglio sugli interventi sanitari e sociali dispensati.

Secondo l'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati⁴⁸⁶, la

⁴⁸³ La fonte è ancora Ragioneria generale dello Stato (2023), *op. cit.*, e le informazioni corrispondono a quelle prodotte dall'Istat nell'ambito del Sistema dei conti della sanità (SHA).

⁴⁸⁴ Si veda Istat, Sistema dei conti della sanità.

⁴⁸⁵ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2023), *op. cit.*.

⁴⁸⁶ L'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati dell'Istat (la rilevazione dei dati viene condotta in collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle finanze, con diverse Regioni e con la Provincia autonoma di Trento) raccoglie numerose informazioni sugli interventi di tipo assistenziale degli Enti locali. Tuttavia, va adottata una certa cautela nell'interpretazione dei dati per diverse ragioni. Innanzitutto, la coesistenza dei Comuni, degli ATS e di altri Enti, che recepiscono risorse da diverse fonti, e l'integrazione degli interventi con le ASL, gestita in maniera difforme nelle diverse Regioni e anche all'interno delle stesse, complicano l'analisi. In secondo luogo, vi è un'alta percentuale di mancate risposte. Ad esempio, nel 2020, il tasso di risposta di Comuni ed enti associativi è stato pari al 75,5 per cento, ma dalla nota metodologica non si evince la natura e la dimensione degli Enti che non hanno fornito le informazioni (Istat (2023), "La spesa dei comuni per i servizi sociali, anno 2020", in Statistiche Report, 6 aprile). Infine, la disaggregazione dei dati a livello comunale viene in parte stimata. D'altronde anche altre fonti risultano ancora in via di consolidamento, in particolare il Sistema unitario dei servizi sociali (SIUSS), che comprende il Sistema informativo dei bisogni e delle prestazioni sociali, ex Casellario dell'assistenza, istituito presso l'INPS, e il Sistema informativo

spesa degli Enti locali⁴⁸⁷ per le persone anziane con disabilità o dipendenza per interventi e servizi (al netto di quanto finanziato dalle ASL) risulta nel 2021 pari a 1,7 miliardi (di cui il 54 per cento erogato al Nord, il 20 nel Centro e il 26 nel Mezzogiorno), quella per le strutture a poco più di 800 milioni (il 64 per cento al Nord, il 18 nel Centro e il 18 nel Mezzogiorno), quella per trasferimenti in denaro a circa 900 milioni (il 56 per cento al Nord, il 21 nel Centro e il 23 nel Mezzogiorno)⁴⁸⁸. Sulla maggior parte delle prestazioni sono presenti forme di compartecipazione degli utenti.

I contributi monetari forniti da Regioni ed Enti locali sono molto variabili sul territorio sia per diffusione, sia per regole di accessibilità, fissate a livello locale o regionale o entrambi, e a volte sono vincolati all'acquisto di servizi. Dai dati Istat già citati risulta che nel 2021 ha ricevuto *voucher*, assegni di cura o buoni socio-sanitari lo 0,4 per cento degli anziani e il 2,8 per cento dei disabili. Questi sussidi sono previsti, nel primo caso, dal 50 per cento dei Comuni e, nel secondo caso, dal 59 per cento (anche se una parte riguarda il sostegno socio-educativo alle persone con disabilità e altri servizi).

Passando ai servizi in natura, secondo i dati Istat nel 2021 hanno usufruito di assistenza domiciliare socio-assistenziale lo 0,9 per cento degli anziani (almeno 65 anni) e il 4,6 per cento dei disabili (sotto 65 anni) e di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari, rispettivamente, lo 0,6 e l'1,5 per cento (tab. 6.1). La prima forma di supporto sarebbe erogata agli anziani e ai disabili nell'84 e nel 69 per cento dei Comuni, la seconda, rispettivamente, nel 39 e nel 33 per cento. La percentuale di anziani trattati a domicilio è più elevata al Nord, ma nel caso delle persone con disabilità l'assistenza domiciliare socio-assistenziale sembra essere più diffusa nel Mezzogiorno e nel Centro.

Tab. 6.1 – Utenti dei servizi domiciliari nel 2021
(percentuale sulla popolazione target)

	Anziani (65 anni e più)	Disabili
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,9	4,6
Nord	1,2	2,6
Centro	0,7	5,6
Mezzogiorno	0,6	6,1
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	0,6	1,5
Nord	1,0	2,1
Centro	0,3	1,1
Mezzogiorno	0,1	1,1

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati.

dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS), gestito dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, la cui alimentazione da parte degli Enti locali è ancora carente.

⁴⁸⁷ Comune, distretto/ambito/zona sociale, Comunità montana, consorzio, unione di Comuni, altra associazione di Comuni (non si considera la spesa delle aziende sanitarie).

⁴⁸⁸ La spesa complessiva risulta inferiore a quella considerata dalla RGS.

In genere è prevista una quota di compartecipazione, modulata sull'ISEE del nucleo familiare⁴⁸⁹. La residualità del servizio di assistenza domiciliare (SAD), limitato e con accesso legato a criteri molto selettivi⁴⁹⁰, lo rende attraente solo per le fasce in maggiore condizione di disagio, anche economico, che riescono a ottenerlo gratuitamente o quasi⁴⁹¹.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) fornisce le cure sanitarie presso il domicilio (medico di base e specialista, infermiere, fisioterapista) che, in principio, dovrebbero essere combinate con quelle di tipo assistenziale, ma raramente lo sono. Infatti, secondo il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), utilizzato anche per la rendicontazione delle misure previste nel PNRR, i pazienti con almeno 65 anni trattati in ADI nel 2019 erano pari al 4,66 per cento della popolazione in quella fascia di età (una percentuale molto più elevata di quella rilevata per il SAD). Come si vedrà poco oltre (par. 6.3.2), tale percentuale è cresciuta significativamente grazie all'investimento 1.2.1 della Missione salute del PNRR. I modelli organizzativi variano tra Regioni, con quote diverse di partecipazione del privato, vari sistemi di valutazione multidimensionale, livelli diffusi di utilizzo delle tecnologie informatiche e domotiche e differente capacità di integrazione socio-sanitaria, e con diffuse carenze su questi ultimi aspetti⁴⁹². Sono stati costituiti punti unici di accesso (PUA) nella maggior parte delle Regioni, anche se vengono denominati in modo differente, ma la valutazione multidimensionale raramente coinvolge gli assistenti sociali e a volte viene effettuata da un solo operatore, e inoltre la difficoltà di integrazione e coordinamento è resa più acuta dal frequente affidamento della gestione dei servizi a privati⁴⁹³.

I dati raccolti nell'ambito del Nuovo sistema di garanzia (NSG) ai fini del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere assicurati dal SSN adottano criteri più restrittivi rispetto a quelli sopra riportati⁴⁹⁴, pur provenendo dal flusso SIAD e

⁴⁸⁹ Con regole particolari per l'individuazione del nucleo.

⁴⁹⁰ Per ottenere il SAD sono necessari, in genere, oltre alla condizione di non autosufficienza, requisiti legati a reti familiari carenti e ridotte risorse economiche e solo il 7 per cento dei beneficiari di assistenza domiciliare integrata riceverebbe anche la SAD; le prestazioni possono comprendere principalmente interventi medico-infermieristico-riabilitativi-psicologici, sostegni nelle attività fondamentali della vita quotidiana, azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti, assegni di cura, assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (Da Col, P., Pelliccia, L. e Pesaresi, F. con il Tavolo di lavoro "Servizi domiciliari" del Patto (2023), "Domiciliarità", in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2023b), "Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante 'Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane'", 24 ottobre).

⁴⁹¹ Noli, M. (2021), "I servizi domiciliari", in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 7° Rapporto, Maggioli editore, Ravenna.

⁴⁹² Si veda, tra gli altri, Vetrano, D.L. (2020), "Assistenza domiciliare", in Spandonaro, F., D'Angela, D. e Polistena, B. (a cura di), *16° Rapporto sanità. Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN*, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, CREA sanità, pagg. 397-407.

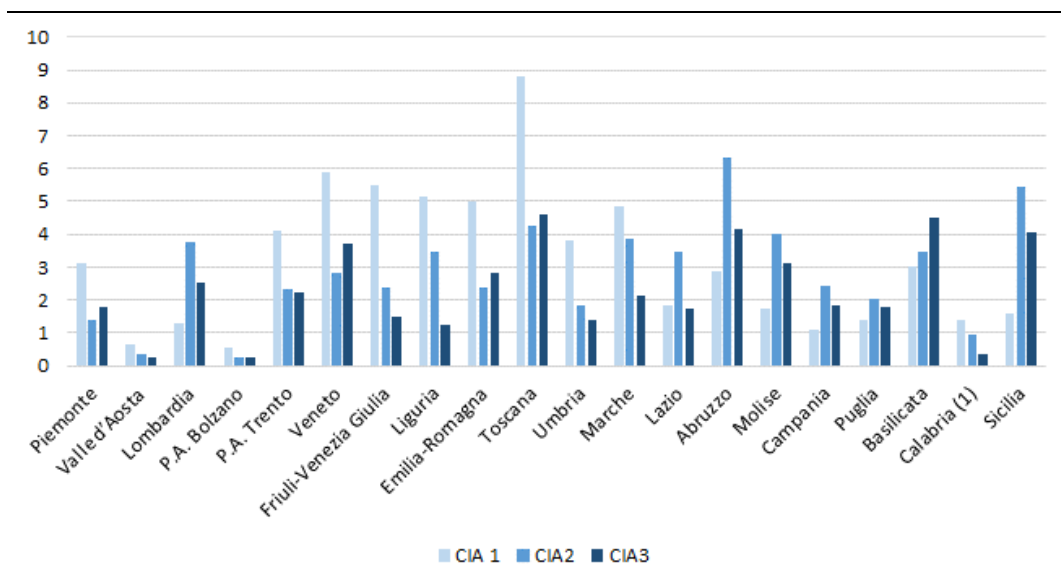
⁴⁹³ Si veda Noli, M. (2021), *op. cit.*

⁴⁹⁴ Si considerano le prese in carico già aperte nell'anno precedente con almeno un accesso nell'anno e ci si concentra sull'assistenza integrata e non sulle cure domiciliari occasionali o anche a ciclo programmato, tali comunque da non richiedere presa in carico, valutazione multidimensionale e individuazione di un piano di cura multidisciplinare (livello base). Va osservato che il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) è dato dal rapporto tra giornate effettive di assistenza erogate e giornate di cura (dalla data di presa in carico a quella di

includendo tutte le fasce di età. Guardando a tali dati (fig. 6.12), si osserva che la platea dei beneficiari dell'ADI tende a ridursi per livelli di intensità assistenziale maggiore e la disponibilità di servizi varia molto tra una Regione e l'altra. La Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano presentano il tasso di pazienti trattati in ADI più basso, seguite dalla Calabria (i cui dati sono tuttavia riferiti al 2020), per i livelli assistenziali CIA 2 e CIA 3. Le Regioni più attrezzate, nel caso del livello CIA 1, sono la Toscana, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, la Liguria e l'Emilia-Romagna (tra 5 e 9 pazienti per 1.000 abitanti), ma se si guarda a livelli di intensità maggiore la classifica si modifica, con Abruzzo e Sicilia in vantaggio per il CIA 2, seguite dalla Toscana, dal Molise, dalla Marche e dalla Lombardia. Nel caso del CIA 3 la Toscana torna al primo posto, seguita dalla Basilicata, dall'Abruzzo e dalla Sicilia. Ne deriva che, complessivamente, alcune Regioni con elevati tassi di pazienti trattati in ADI presentano quote maggiori di tali pazienti cui è assicurato solo un basso livello assistenziale.

L'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale⁴⁹⁵ offre alcune indicazioni sulle cure ricevute: nel 2022 il numero degli accessi per caso trattato da parte dei terapisti della riabilitazione è pari in media a 4, quello da parte degli infermieri a 15 (14 con riferimento agli assistiti anziani), dei medici a 2 e degli altri operatori a 4 (3 per gli anziani).

Fig. 6.12 – Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura nel 2021
(pazienti per 1.000 abitanti)



Fonte: Ministero della Salute, Nuovo sistema di garanzia, flusso SIAD. Non sono disponibili dati per la Sardegna.

(1) Il dato è riferito al 2020.

conclusione, al netto delle sospensioni). Il livello zero, o base, corrisponde all'intervallo 0-0,13, il cui limite massimo si ottiene rapportando quattro giornate effettive di assistenza a trenta giornate di cura; per quanto riguarda l'assistenza integrata, invece, per il livello CIA 1 l'intervallo è 0,14-0,30, per il CIA 2 è 0,31-0,50 e per il CIA 3 si considerano i rapporti superiori a 0,50.

⁴⁹⁵ L'annuario rileva tradizionalmente presso le aziende sanitarie locali (ASL) i dati sui casi trattati in ADI. Va osservato tuttavia che il numero di pazienti trattati risulta superiore a quello rilevato dal flusso SIAD.

Passando all'assistenza residenziale, l'Istat fornisce diverse informazioni sulle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie, riferite al 1° gennaio 2022⁴⁹⁶. Si rilevano 413.998 posti letto (7 per 1.000 residenti) e 356.556 ospiti. Di questi, oltre 267.000 hanno almeno 65 anni (quasi 19 anziani per 1.000 anziani residenti) e circa l'80 per cento degli anziani è non autosufficiente. Tre quarti degli assistiti anziani è di genere femminile.

Si può osservare che i posti prevalentemente per anziani non autosufficienti sono almeno il 70 per cento nelle due macroaree del Nord, il 46 per cento al Centro e rappresentano quote comprese tra il 30 e il 40 per cento nel Mezzogiorno. In quest'ultima area invece è più elevata la percentuale di posti letto rivolti prevalentemente alle persone con disabilità (considerando anche le patologie psichiatriche poco meno del 20 per cento, contro il 14 per cento al Centro e circa il 10 al Nord). Il tasso di ricovero degli anziani è pari al 28 per mille al Nord, contro l'8 al Sud.

Guardando alla funzione delle unità di servizio (moduli) dei presidi si osserva che il 77 per cento dei posti letto riguarda il campo socio-sanitario (più dell'80 per cento al Nord, tra il 60 e il 70 per cento al Centro e nel Sud e il 47 per cento nelle Isole)⁴⁹⁷. Il documento dell'Istat sottolinea, inoltre, che le persone con disabilità si trovano solo nel 9 per cento dei casi in strutture di tipo familiare, ritenute più appropriate, mentre nel 23 per cento dei casi sono collocate in strutture con più di 45 posti letto. Il 75 per cento delle persone con disabilità è presente in strutture di tipo socio-sanitario e solo il 17 per cento in strutture socio-educative, mentre il 18 per cento è collocato in strutture rivolte ad altri soggetti (anziani, adulti con disagio sociale, multiutenza).

Inoltre, il settore pubblico è titolare del 19 per cento delle strutture, ma ne gestisce il 13 per cento, mentre gli enti senza scopo di lucro sono titolari nel 45 per cento dei casi e gestiscono il 51 per cento delle strutture, gli altri enti privati ne possiedono e gestiscono circa il 24 per cento e gli enti religiosi ne possiedono e gestiscono il 12 per cento. La quota di strutture pubbliche gestita da enti senza scopo di lucro è maggiore nel Centro e nel Mezzogiorno (38 per cento, contro il 6 nel Nord).

Nelle strutture residenziali risultano 376.941 unità di personale, di cui il 9 per cento circa volontari o operatori del servizio civile. Il 41 per cento dei dipendenti è occupato a tempo parziale. La carenza e le caratteristiche del personale sono state individuate come uno dei principali problemi dell'assistenza residenziale in Italia. È stato calcolato un rapporto medio tra personale di assistenza e addetti di 0,51, con alcune Regioni collocate molto più in basso⁴⁹⁸. Secondo una recente analisi⁴⁹⁹, il confronto internazionale mostra un numero

⁴⁹⁶ Si veda Istat (2023), "Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022", in Statistiche report, 13 novembre. La nota metodologica spiega che il tasso di risposta (rapporto tra il numero delle strutture rispondenti e quello totale) è stato pari al 78 per cento, con differenze tra le Regioni e mancate risposte più frequenti nel Lazio e nella maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno (tasso di risposta del 44 per cento per la Sicilia). Gli indicatori sono stati ponderati per tenere conto delle mancate risposte totali.

⁴⁹⁷ In queste strutture il 75 per cento dei posti è per anziani non autosufficienti, il 9 per cento per anziani autosufficienti, il 7 per cento per disabili, il 5 per cento per persone con patologie psichiatriche, il 2 per cento per persone con dipendenze.

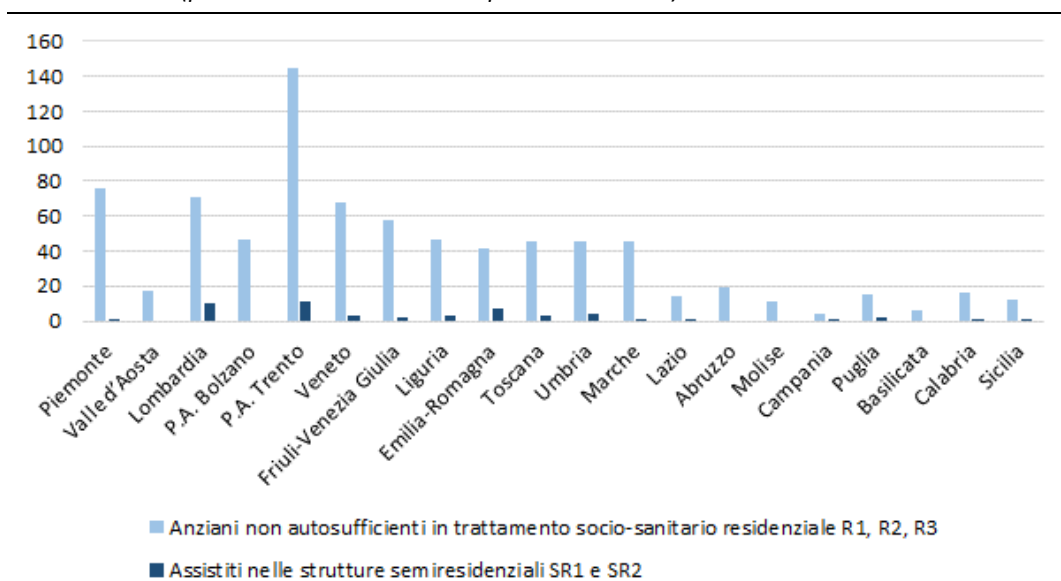
⁴⁹⁸ Si veda Pelliccia, L. (2019), "Presidi residenziali per anziani: quali figure professionali operano nelle varie regioni?", in *I luoghi della cura on line*, NNA Network Non Autosufficienza, n. 5.

⁴⁹⁹ Si veda Barsanti, S. (2021), *op. cit.*.

di infermieri per assistiti anziani in strutture residenziali molto basso in Italia e la retribuzione è in genere, rispetto alle strutture ospedaliere, più contenuta (circa il 35 per cento in meno a parità di mansioni e responsabilità), mentre sono presenti fattori di rischio fisico e la formazione è insufficiente (problemi questi ultimi in parte condivisi con altri paesi).

Dal monitoraggio dei LEA si ottengono alcune informazioni anche sull'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale. Le strutture sono distinte a seconda del livello di intensità assistenziale⁵⁰⁰. Come mostra la figura 6.13, il numero di anziani per 1.000 abitanti trattati nelle strutture residenziali e semiresidenziali varia molto tra le Regioni e appare più elevato nella maggior parte di quelle del Nord e del Centro (ma il Lazio, ad esempio, fa eccezione). La Provincia autonoma di Trento arriva a 145, Piemonte e Lombardia si collocano sopra 70 e il Veneto a 68, mentre la Campania si ferma a 4 e la Basilicata a 6. La Provincia autonoma di Trento tratta anche il maggior numero di assistiti

Fig. 6.13 – Anziani di età superiore a 74 anni non autosufficienti in strutture residenziali e semiresidenziali
(per 1.000 residenti di età superiore a 74 anni)



Fonte: Ministero della Salute, Nuovo sistema di garanzia. Il dato della Sardegna per le strutture residenziali non è disponibile.

⁵⁰⁰ Il Ministero della Salute segnala sul proprio [sito web](#) che nelle diverse Regioni le definizioni utilizzate (Residenze sanitarie assistenziali, RSA, Residenze assistenziali, RA) possono essere differenti, dunque conviene classificare le residenze in base al livello di intensità assistenziale. R1 corrisponde alle Unità di cure residenziali intensive (persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali), R2 alle Unità di cure residenziali estensive (persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria) e R3 alle Unità di cure residenziali di mantenimento (anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria), mentre RS1 riguarda i trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in unità d'offerta o in centri diurni e RS2 i trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in unità d'offerta o in centri diurni.

in strutture semiresidenziali (11), seguita dalla Lombardia (10), mentre diverse Regioni non offrono questo tipo di trattamento (Abruzzo, Molise, Basilicata, Sardegna, Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano), oppure lo offrono a meno di una persona con più di 75 anni su 1.000 (Calabria, Sicilia, Lazio e Campania).

Per quanto riguarda gli oneri, in linea di massima il SSN si fa carico del costo delle prestazioni sanitarie erogate anche nelle strutture di medio/bassa intensità sanitaria, **mentre le prestazioni non sanitarie e di natura alberghiera restano a carico dell'assistito o del Comune in presenza di condizioni di disagio economico.** Tuttavia, data la difficoltà di distinguere i due tipi di servizi, la retta tendenzialmente è posta al 50 per cento a carico dell'assistito (eventualmente supportato dal Comune).

Per una misura delle tariffe delle strutture residenziali ci si affida a un paio di studi relativamente recenti⁵⁰¹, di cui l'uno relativo alle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), che in linea di massima dovrebbero corrispondere a quelle con maggiore intensità assistenziale, in particolare di tipo sanitario, **e l'altro riferito alle Residenze protette,** termine con cui nelle Regioni si indicano generalmente istituti che provvedono a un'offerta residenziale di mantenimento.

In generale, le tariffe possono essere per giornata di degenza, senza tenere conto dello specifico fabbisogno assistenziale, o per caso trattato (comunque calcolate giornalmente). Le ragioni delle differenze tra le tariffe regionali andrebbero ricercate nell'esclusione o meno di alcune prestazioni sanitarie nel caso delle RSA, nei diversi requisiti di autorizzazione e accreditamento (soprattutto con riferimento agli standard di personale), nei diversi metodi di calcolo dei costi, che spesso non sono basati su una stima dei costi standard di produzione (D.Lgs. 502/1992 e decreto del Ministro della Salute 15 aprile 1994) e possono dipendere anche da forme di contrattazione con gli erogatori.

Nel caso delle RSA, il primo sistema (per giornata di degenza), che prevede spesso (in un terzo delle Regioni) una differenziazione per tipo di struttura⁵⁰², viene adottato in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e nella Provincia autonoma di Bolzano. Il secondo sistema (per caso trattato) è più complesso e implica la valutazione e l'attribuzione dell'assistito a un gruppo, cui è associata una determinata tariffa. Le tariffe delle RSA sono fissate dalla Regione, tranne che nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Lombardia e in Veneto, dove è la singola struttura a decidere le quote alberghiere. Secondo Pesaresi (2019), che ha raccolto le delibere regionali in proposito, le tariffe giornaliere analizzate variavano molto tra Regioni, risultando in Valle d'Aosta pari a circa il doppio rispetto a quelle della Basilicata (167,5 euro, contro 82,08), con una media di 112,6 euro e una mediana di 107,5⁵⁰³.

Nel caso delle residenze protette, non presenti ovunque sul territorio, le Regioni non sempre fissano le tariffe, in alcuni casi indicano solo l'importo del contributo sanitario. L'Emilia-Romagna utilizza una forma semplificata di tariffazione giornaliera per caso trattato, le altre Regioni adottano la tariffa per giorno di degenza. Anche in questo caso, la tariffa più alta, rilevata questa volta in Sardegna (116 euro), risulta doppia rispetto alla più bassa, adottata in Molise (56 euro). La

⁵⁰¹ Si veda Pesaresi, F. (2018), "Le tariffe delle Residenze protette per anziani", in *I luoghi della cura online*, NNA Network non autosufficienza, n. 2, ottobre; Pesaresi, F. (2019), "Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali", *I luoghi della cura online*, NNA Network non autosufficienza, n. 4, settembre.

⁵⁰² In altri casi vengono scorporate alcune prestazioni sanitarie coperte dalle ASL.

⁵⁰³ Nei moduli Alzheimer delle RSA venivano rilevate tariffe più elevate (127,71 euro in media).

media è 90,46 euro e la mediana 79,47. La quota sanitaria inoltre non risulta sempre pari al 50 per cento (anche perché in alcuni casi la parte complementare non viene fissata dalla Regione), variando tra 28 euro in Molise e 62,49 in Calabria, mentre la media è 40,65. La media per la quota sociale è pari a 43,2.

Mancano quasi ovunque informazioni sulla qualità e l'appropriatezza dei trattamenti, in un sistema in cui i meccanismi di autorizzazione e accreditamento e, dunque, gli standard sono delegati alle singole Regioni. E ciò accade malgrado un incremento della gravità e complessità dei casi trattati — che richiederebbe un attento monitoraggio degli esiti — legato probabilmente anche alla contrazione dei ricoveri negli ospedali⁵⁰⁴ e della relativa durata (in assenza, spesso, di strutture di ricovero intermedie, più appropriate, come gli ospedali della comunità).

6.3.2 Gli interventi del PNRR

Il PNRR prevedeva l'approvazione, entro il 2021, di una legge delega in materia di disabilità, volta a semplificare l'accesso ai servizi e i meccanismi di accertamento della disabilità e a potenziare il progetto di intervento individualizzato, promuovendo la deistituzionalizzazione e l'autonomia delle persone coinvolte⁵⁰⁵. **Entro il secondo trimestre del 2024 dovevano essere approvati i decreti attuativi**, in modo da rafforzare l'offerta dei servizi sociali per le persone disabili. **Inoltre, si attendeva entro il primo trimestre del 2023 una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti** volta a semplificare i percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali attraverso sportelli unici, a rivedere le procedure di accertamento della condizione di non autosufficienza e a rafforzare i servizi presso il domicilio, identificando le risorse necessarie. **Per i decreti attuativi la scadenza era fissata al primo trimestre del 2024**. La nuova sensibilità rispetto alla questione della non autosufficienza era stata in parte stimolata, come ricordato sopra, dalle conseguenze devastanti del COVID-19 sugli anziani e in particolare su quelli assistiti in strutture residenziali⁵⁰⁶.

Strettamente connessa a queste era anche la riforma finalizzata a definire un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, che avrebbe contribuito a rendere possibile la realizzazione di un nuovo sistema di interventi integrati, sanitari e sociali, per i non autosufficienti e i disabili⁵⁰⁷.

⁵⁰⁴ Si veda Barsanti, S. (2021), *op. cit.*.

⁵⁰⁵ Nell'ambito della Missione 5 (Inclusione e coesione), Componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore), in coerenza con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 presentata a marzo 2021 dalla Commissione europea.

⁵⁰⁶ Si veda Gori, C. e Trabucchi, M. (2021), "Che cosa abbiamo imparato dal COVID?", in NNA Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto*, Maggioli editore, Ravenna.

⁵⁰⁷ Nell'ambito della Missione 6 (Salute), Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale).

Per tutte e tre le riforme sopra citate sono stati approvati appositi provvedimenti, rispettando le scadenze. Per la terza si rinvia a precedenti lavori dell'UPB⁵⁰⁸, ricordando comunque che, nell'ambito del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN⁵⁰⁹, è stato stabilito che i Punti unici di accesso (PUA), ovvero i luoghi di accoglienza e indirizzamento verso i servizi socio-sanitari e quelli sociali, dove deve operare, insieme al personale del SSN, quello degli ATS⁵¹⁰, devono essere collocati presso le Case della comunità. Inoltre, la diffusione degli Ospedali di comunità sarebbe cruciale per far fronte al dilemma tra ospedalizzazioni inappropriate, o che si prolungano in modo inadeguato per la mancanza di servizi territoriali volti a prendere in carico le persone dopo la fase acuta, e dimissioni in assenza di una rete di supporto socio-sanitaria, ponendo sulla famiglia l'onere di gestire soggetti in fase di convalescenza e/o in condizione di cronicità, eventualmente con necessità di prestazioni di riabilitazione.

La delega al Governo in materia di disabilità è stata approvata il 22 dicembre 2021 (L. 227/2021) e il 13 dicembre 2023 è stato emanato il primo decreto attuativo, il D.Lgs. 222/2023, seguito dal D.Lgs. 20/2024, del 5 febbraio scorso, e dall'ultimo, il D.Lgs. 62/2024, che modifica quello approvato in via preliminare il 3 novembre 2023 e che ha avuto il via libera definitivo dal Consiglio dei Ministri il 15 aprile scorso⁵¹¹. Inoltre, il 23 marzo 2023 è stata approvata una delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane (L. 33/2023) e il relativo decreto attuativo è stato emanato un anno dopo (D.Lgs. 29/2024), nonostante il parere negativo delle Regioni.

Alcuni investimenti supportano questi interventi istituzionali. In particolare, ci si riferisce a quelli per il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti (M5C2 I1.1) e per i percorsi di autonomia per persone con disabilità (M5C2 I1.2), nonché all'intervento per la casa come primo luogo di cura e telemedicina (M6C1 I1.2). Anche altri investimenti del PNRR potrebbero contribuire.

In particolare, nell'ambito della strategia nazionale per le aree interne (M5C3 I1), si mirava al consolidamento dei servizi scolastici, sanitari e sociali che fanno fronte a situazioni di disagio e fragilità, facilitando tra l'altro l'accessibilità e la mobilità (attraverso trasferimenti destinati alle autorità locali per la realizzazione di infrastrutture sociali), e al rafforzamento delle farmacie rurali convenzionate nei piccoli centri, al fine di potenziarne l'offerta e favorirne la partecipazione al servizio integrato di assistenza domiciliare (assegnando risorse pubbliche ai privati per il cofinanziamento di investimenti). Gli investimenti volti al rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale comprendono anche la realizzazione di Case della comunità (M6C1 I1.1) e di Ospedali della comunità (M6C1 I1.3). Inoltre, a supporto degli interventi per la telemedicina, la Missione 1,

⁵⁰⁸ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), "L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale", Focus tematico n. 2, 13 marzo.

⁵⁰⁹ Approvato con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 23 maggio 2022, n. 77.

⁵¹⁰ Legge di bilancio per il 2022.

⁵¹¹ Un secondo decreto approvato in via preliminare, che doveva istituire una Cabina di regia per la determinazione dei LEP in favore delle persone con disabilità, è stato poi abbandonato a seguito del parere negativo del Consiglio di Stato.

Componente 1, Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella Pubblica Amministrazione, è volta a rafforzare le infrastrutture, le reti, le competenze e la sicurezza dei processi digitali in tutte le amministrazioni.

Anche altre azioni previste nell'ambito delle diverse missioni possono riguardare le persone con disabilità: la rimozione delle barriere architettoniche e sensoriali in musei, biblioteche e archivi (Missione 1); gli interventi per la mobilità, il trasporto pubblico locale e le linee ferroviarie (Missione 2 e 3); la specifica attenzione per le persone con disabilità, nell'ambito degli interventi per ridurre i divari territoriali nella scuola secondaria di secondo grado (Missione 4).

Come ricordato dal Piano per la non autosufficienza 2022-24, un ulteriore supporto potrà discendere dal Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, che interviene anche sulle nuove fragilità.

Con riferimento agli investimenti sopra richiamati, va considerato che, a seguito della revisione del PNRR approvata dal Consiglio europeo a dicembre 2023 e del DL 19/2024, gli stanziamenti inizialmente previsti hanno subito una rimodulazione. In particolare, gli investimenti della Missione 6, Componente 1 sono stati aumentati di 750 milioni, di cui 250 milioni per le case come primo luogo di cura (potenziamento dell'ADI) e 500 milioni per la telemedicina (tab. 6.2), reperiti attraverso il definanziamento, per lo stesso ammontare, dell'investimento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (M6C2 I1.2). Inoltre, si ricorda che, nell'ambito della Strategia delle aree interne, con uno stanziamento iniziale di 825 milioni, di cui 725 destinati al Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità, l'intervento M5C3 I1.1 è uscito dal perimetro dei finanziamenti del PNRR, trovando una nuova copertura secondo quanto disposto dal DL 19/2024⁵¹².

In campo sanitario, l'intervento più direttamente mirato alla platea degli anziani non autosufficienti è quello rivolto alla domiciliarità. Con il decreto del Ministro della Salute del 23 gennaio 2023 sono stati ripartiti i finanziamenti tra le Regioni, compresi quelli già stanziati dal DL 34/2020 per l'assistenza domiciliare e gli infermieri di comunità (500 milioni annui), stabilendo che il 75 per cento dei finanziamenti fosse distribuito in base alla quota della popolazione residente di età superiore a 65 anni rispetto a quella italiana della stessa età e il 25 per cento in base al fabbisogno, ovvero considerando la condizione di partenza delle diverse Regioni e la distanza dall'obiettivo del 10 per cento di presa in carico dei soggetti di età superiore a 65 anni⁵¹³. Va osservato che, ai fini del PNRR, i costi sono stati stimati ipotizzando una distribuzione tra i livelli assistenziali molto spostata verso il basso⁵¹⁴, assumendo che il 60 per cento degli assistiti venga collocato in assistenza domiciliare di base, il 20 in CIA 1, il 10 in CIA 2, il 4 in CIA 3 e il 6 nell'ambito delle cure

⁵¹² Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "[Audizione](#) della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'esame del DL n. 19 del 2024, recante ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) (A.C. 1752)", 14 marzo.

⁵¹³ Per approfondimenti sul riparto e sull'opposizione delle Regioni con tassi di presa in carico in partenza più elevati, si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *op. cit.*.

⁵¹⁴ Si sono prese a riferimento alcune Regioni con una platea di beneficiari ampia, ma un livello di intensità assistenziale limitato, ovvero Emilia-Romagna, Veneto e Toscana.

Tab. 6.2 – Risorse del PNRR in favore di non autosufficienti, disabili e vulnerabili pre e post revisione
(milioni di euro)

Missione	Componente	Misura	Submisura	Risorse post revisione	Risorse ante revisione	Differenza
M5	C2		1: Azioni volte a sostenere le capacità genitoriali e prevenire la vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	84,6	84,6	0,0
M5	C2	I1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione	2: Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani	307,5	307,5	0,0
M5	C2		3: Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale	66,0	66,0	0,0
M5	C2		4: Rafforzare i servizi sociali e prevenire il burn out tra gli assistenti sociali	42,0	42,0	0,0
M5	C2		I1.2: Percorsi di autonomia per persone con disabilità	-	500,0	500,0
M6	C1	I1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina	1: Casa come primo luogo di cura (ADI)	2.970,0	2.720,0	250,0
M6	C1		2: Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	280,0	280,0	0,0
M6	C1		3: Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1.500,0	1.000,0	500,0

Fonte: elaborazioni su ItaliaDomani e relazione tecnica del DL 19/2024.

palliative domiciliari⁵¹⁵. La tabella 6.3 mostra, attraverso il confronto con la situazione al 2019, dedotta dal flusso SIAD, l'incremento delle prese in carico previsto per ogni Regione (quarta colonna), che dovrebbe portare a raggiungere l'obiettivo del 10 per cento degli anziani (1,454 milioni di assistiti circa), poco più di 800.000 persone in più rispetto al passato (quinta colonna). **L'obiettivo intermedio previsto per il 2023 era di 526.000 nuovi assistiti (decreto del 23 gennaio 2023) e secondo il monitoraggio Agenas⁵¹⁶ è stato pienamente raggiunto a livello nazionale⁵¹⁷ e superato largamente da alcuni territori** (ad esempio, Provincia autonoma di Trento, Umbria, Puglia e Toscana), **mentre altri sono ancora indietro** (Sicilia, Campania, Sardegna e Calabria). Va ricordato, tuttavia, che l'obiettivo finale del PNRR, a seguito dell'aumento delle risorse stanziare, è stato incrementato a 842.000 assistiti addizionali. Dopo la conclusione del PNRR, andranno reperate le risorse per finanziare a regime l'incremento delle prese in carico realizzato nel frattempo grazie ai finanziamenti del Piano.

Quanto agli investimenti M5C2 I1.1 e 1.2, è possibile effettuare, in base alle informazioni disponibili sulla piattaforma ReGiS, alcune considerazioni circa lo stato di avanzamento.

⁵¹⁵ Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023, che approva la metodologia di costo semplificata per l'investimento relativo all'assistenza domiciliare. Tale decreto riporta anche i dati del flusso SIAD riferiti al 2019.

⁵¹⁶ Si veda Agenas (2024), "Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal decreto interministeriale 24 novembre 2023 'Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6.C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)'" , anno 2023.

⁵¹⁷ Nel 2022 ci si era invece fermati al 66 per cento rispetto all'obiettivo.

Tab. 6.3 – Assistenza domiciliare: l'incremento delle prese in carico per Regione (assistiti con almeno 65 anni)

	Assistiti al 2019 DM 13/3/2023 (SIAD 2019)	Assistiti al 2019 DM 13/3/2023 (SIAD 2019)	Obiettivo per il 2025 DM 23/01/2023	Differenza	Nuove prese in carico previste al 2025 DM 23/01/2023	Nuove prese in carico previste al 2023 DM 23/01/2023	Incremento effettivo Fonte AGENAS	Incremento effettivo Fonte AGENAS
	(a) (val. assoluti)	(b) (%)	(c) (%)	(c) - (b) (%)	(val. assoluti)	(val. assoluti)	(val. assoluti)	%
Piemonte	56.977	5,11	10,21	5,10	59.211	40.007	49.567	124
Valle d'Aosta	227	0,75	9,48	8,73	2.745	1.774	1.853	104
Lombardia	92.551	4,03	9,48	5,45	133.839	83.026	85.682	103
P.A. Bolzano	361	0,34	9,48	9,14	10.513	6.889	7.882	114
P.A. Trento	6.541	5,35	9,48	4,13	5.922	3.476	8.167	235
Veneto	88.598	7,80	10,98	3,18	43.894	36.182	36.561	101
Friuli-Venezia Giulia	17.108	5,35	10,49	5,14	16.997	11.647	12.518	107
Liguria	15.638	3,57	9,48	5,91	25.818	17.475	18.940	108
Emilia- Romagna	91.391	8,47	10,98	2,51	31.685	26.174	26.660	102
Toscana	75.401	7,93	10,98	3,05	32.044	26.595	38.302	144
Umbria	9.528	4,22	9,48	5,26	12.557	8.262	17.042	206
Marche	14.579	3,83	9,48	5,65	22.768	15.065	15.166	101
Lazio	30.999	2,43	9,48	7,05	98.411	58.568	64.825	111
Abruzzo	14.666	4,67	10,39	5,72	19.678	12.031	12.060	100
Molise	4.620	6,09	10,98	4,89	3.904	2.518	2.981	118
Campania	28.733	2,61	9,48	6,87	84.548	51.890	31.952	62
Puglia	20.780	2,33	9,48	7,15	68.376	42.200	61.233	145
Basilicata	6.449	4,96	10,48	5,52	7.938	4.788	4.804	100
Calabria	8.233	1,96	9,48	7,52	34.286	20.903	19.952	95
Sicilia	49.974	4,73	10,29	5,56	65.245	39.121	200	1
Sardegna ⁽¹⁾	12.236	3,11	9,48	6,37	28.450	17.408	13.414	77
ITALIA	645.590	4,66	10,00	5,34	808.827	526.000	529.761	101

Fonte: decreti del Ministro della Salute del 13 marzo 2023 e del 23 gennaio 2023.

(1) Il dato della Sardegna, che non compila il flusso SIAD, è tratto dall'Annuario statistico del SSN 2019.

Per entrambi gli investimenti a febbraio 2022 era stato pubblicato un avviso pubblico per la presentazione di proposte di intervento da parte degli ATS, ripartendo tra le Regioni il numero di progetti massimi finanziabili⁵¹⁸.

Complessivamente era prevista l'attivazione di 925 progetti per l'Investimento 1.1 e 700 per l'Investimento 1.2. In particolare, per l'Investimento 1.1, 400 progetti (circa il 43 per cento del totale) erano destinati ad "Azioni volte a sostenere le capacità genitoriali e prevenire la vulnerabilità delle famiglie e dei bambini" (M5C2 I1.1.1), 125 ad "Azioni per una vita autonoma e deistituzionalizzazione per gli anziani" (M5C2 I1.1.2) e i restanti 400 equamente suddivisi tra "Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale" (M5C2 I1.1.3) e "Rafforzare i servizi sociali e prevenire il burn out tra gli assistenti sociali" (M5C2 I1.1.4).

Coerentemente con la distribuzione iniziale dei progetti, è l'area per il sostegno alla capacità genitoriale a interessare il numero maggiore di Comuni⁵¹⁹; in alcune Regioni

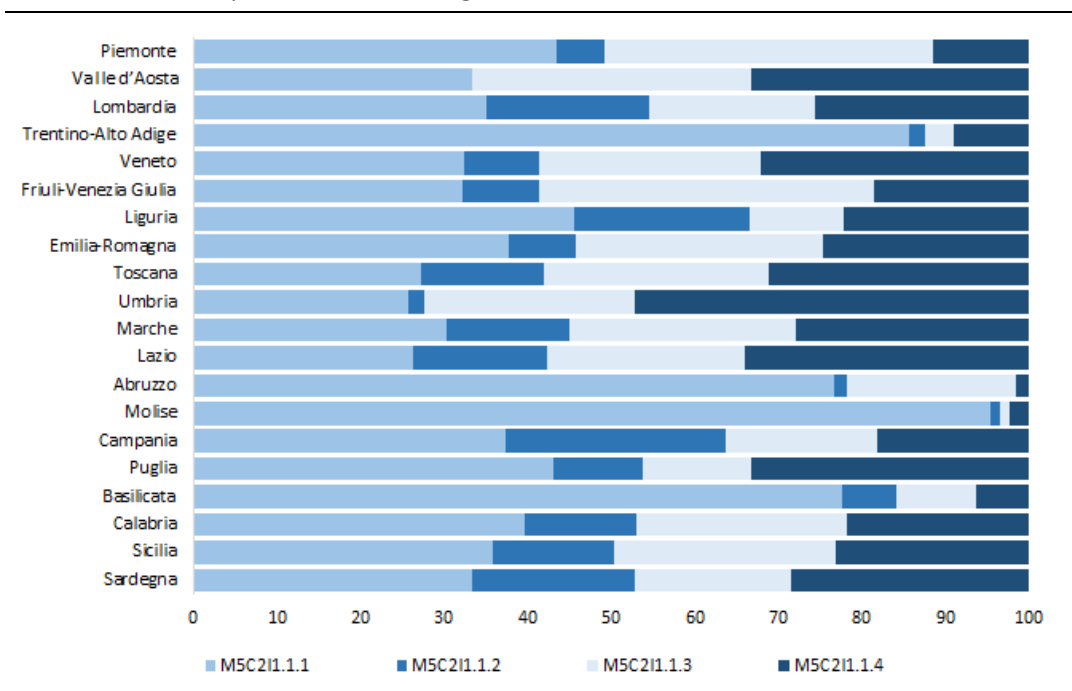
⁵¹⁸ Si veda l'Avviso n.1-2022 del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

⁵¹⁹ Le informazioni riportate nel testo sono state ricostruite guardando alla localizzazione dei progetti provvisti di un Codice unico di progetto (CUP) e Codice locale di progetto (CLP). È utile ricordare che a un CUP possono

come, ad esempio, Molise, Trentino-Alto Adige, Basilicata e Abruzzo questo intervento assume proporzioni anche più ampie rispetto alla ripartizione iniziale dei progetti. Un minore impegno dei territori sembra invece caratterizzare le azioni per una vita autonoma degli anziani (M5C2 I1.1.2), che raggiungono un numero di Comuni più contenuto rispetto alle altre aree di intervento (fig. 6.14).

Con riguardo all'Investimento 1.2, "Percorsi di Autonomia per persone con disabilità" si rilevano maggiori difficoltà di attuazione. A fronte dei 700 progetti inizialmente previsti, attualmente se ne rilevano 587. In alcune Regioni come, ad esempio, Marche, Lazio e Liguria, anche a seguito di riaperture dei termini di adesione e recupero di progetti esclusi nella fase iniziale, si registra un numero di progetti maggiore (valori superiori a 100) rispetto a quelli inizialmente previsti. Di contro, in realtà come il Friuli-Venezia Giulia, la Lombardia, la Calabria e la Sicilia il numero di progetti avviati è sensibilmente inferiore (valori inferiori a 100) rispetto a quelli programmati (fig. 6.15).

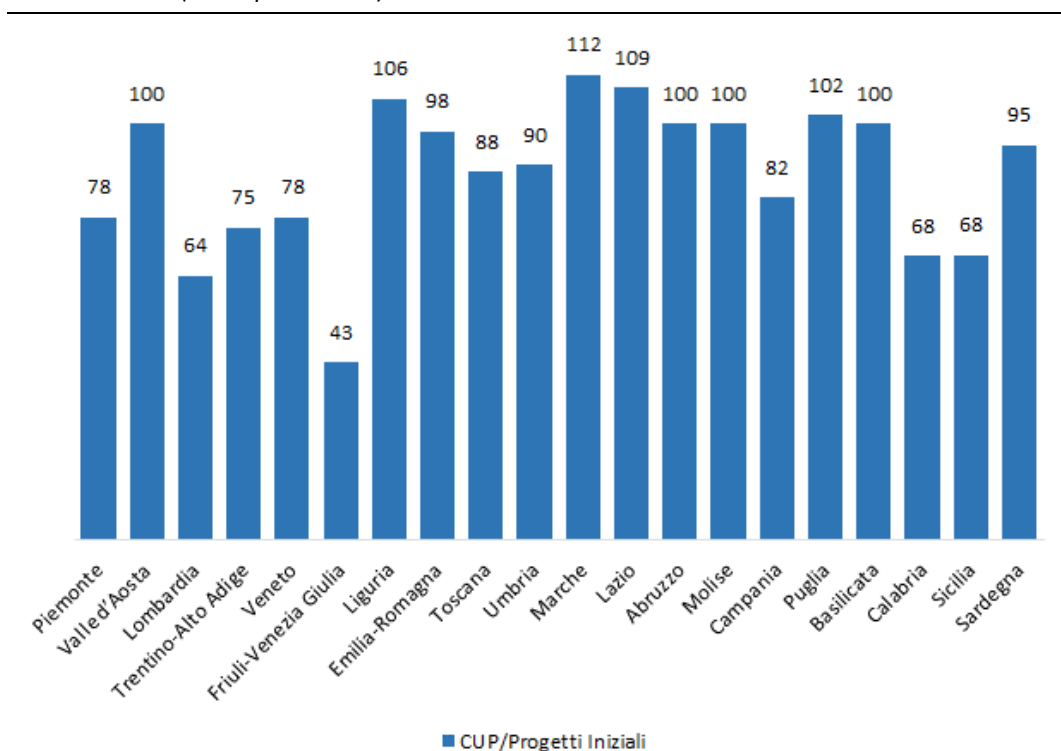
Fig. 6.14 – Composizione percentuale dei Comuni interessati dall'Investimento M5C2 I1.1 per submisura e Regione



Fonte: elaborazione su dati ReGiS (aggiornamento al 29 maggio 2024).

corrispondere più CLP e che lo stesso CLP può interessare più Comuni. Nel caso dell'Investimento 1.1 sono stati rilevati 924 CUP unici, a cui sono associati vari CLP che hanno interessato diversi Comuni.

Fig. 6.15 – Incidenza dei progetti con CUP univoci rispetto ai progetti assegnati (valori percentuali)



Fonte: elaborazione su dati ReGiS (aggiornamento al 29 maggio 2024).

6.4 **Le recenti riforme per le persone anziane non autosufficienti e per quelle con disabilità**

La L. 227/2021 (rivista dal DL 36/2022 e dalla L. 14/2023) delegava il Governo a rivedere e riordinare le normative in materia di disabilità, nei limiti delle risorse disponibili, incluse quelle del PNRR. I principi e criteri direttivi della delega erano indicati in maniera abbastanza dettagliata e per l’approvazione dei decreti attuativi si prevedeva una procedura particolarmente complessa, evidentemente dettata dal timore di non riuscire a rispettare i tempi del PNRR.

A oggi risultano emanati tre decreti di attuazione. Il D.Lgs. 222/2023 contiene le misure volte a garantire l’accessibilità delle persone con disabilità alle pubbliche Amministrazioni e ai servizi pubblici, sia in modalità fisica, sia elettronica, sia curando l’informazione e la comunicazione, e la tutela dei lavoratori pubblici con disabilità. Non sono previsti oneri per la finanza pubblica. Il D.Lgs. 20/2024 è volto all’istituzione dell’Autorità garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità. Il D.Lgs. 62/2024 affronta il cuore della riforma occupandosi: della ridefinizione della condizione di disabilità come forma di compromissione che, a seguito dell’interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la partecipazione nei diversi contesti di vita su un piano di uguaglianza con gli altri; della valutazione di base e di quella multidimensionale; dell’accomodamento

ragionevole⁵²⁰ e del progetto di vita indipendente, volti a garantire l'accesso al sistema di *welfare*; della determinazione dei LEP.

I tempi di effettiva attuazione, tuttavia, non sembrano brevi, dal momento che l'Autorità garante viene istituita dal 2025, che il D.Lgs. 62/2024 entrerà in vigore solo in parte il 30 giugno 2024 e che nel 2025 si intende soltanto sperimentare le nuove procedure di valutazione di base e multidimensionale, applicando a campione le nuove disposizioni e modalità di accertamento.

Passando alla riforma per le persone anziane non autosufficienti, le finalità dichiarate della L. 33/2023⁵²¹ erano, in generale, la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e assistenza delle persone anziane, anche per assicurare la realizzazione e il successivo potenziamento delle misure della Componente 2 della Missione 5 e della Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Tuttavia, **va osservato che la L. 33/2023 è stata mirata in generale alle politiche in favore delle persone anziane, inglobando una serie innumerevole di interventi per l'invecchiamento attivo, non previsti dal PNRR, che rischiano di distogliere dagli obiettivi del rafforzamento dei diritti e del potenziamento dell'intervento pubblico per le persone non autosufficienti⁵²²**, rivolgendo l'attenzione verso azioni di semplice incoraggiamento di comportamenti dell'anziano e della comunità circostante, coinvolgendo il volontariato⁵²³ e attribuendo compiti estesi alle farmacie.

I principi e criteri direttivi della delega sono molteplici⁵²⁴, risultando in qualche modo sovradimensionati rispetto al contenuto innovativo della riforma, che su molti aspetti non appare in grado di introdurre cambiamenti epocali, nell'immediato, nelle politiche per gli anziani e per la non autosufficienza.

L'approvazione della legge delega è stata salutata con favore da molti osservatori e dagli *stakeholders*, nell'auspicio che i decreti delegati avrebbero assicurato l'atteso disegno del sistema assistenziale integrato per gli anziani non autosufficienti e lo avrebbero finanziato

⁵²⁰ Ovvero "le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali" (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, art. 2).

⁵²¹ Erano previsti l'intesa in Conferenza unificata sugli schemi di decreto e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. Inoltre, si ammetteva la possibilità di emanare entro un anno disposizioni integrative e correttive.

⁵²² Si veda, ad esempio, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2024), "Il decreto legislativo in attuazione della legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani (L. 33/2023)", 6 febbraio, dove si sottolinea come l'introduzione di tale tema implichi il rischio di confusione tra le due materie, collegate, ma distinte. Si è parlato a tale proposito di "natura compromissoria del contenuto della legge" (Andreani, T. (2024), *op. cit.*).

⁵²³ Molte misure riguardano la solidarietà e la coesione tra generazioni e includono esperienze di servizio civile e di volontariato degli studenti, anche riconoscendo a questi ultimi crediti scolastici e formativi. Non mancano la promozione dell'attività sportiva e delle relazioni con gli animali da affezione.

⁵²⁴ Sono distinti tra: quelli generali; quelli specificamente indicati per la materia dell'invecchiamento attivo, della promozione dell'inclusione sociale e della prevenzione della fragilità; quelli che riguardano l'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria; quelli di cui tenere conto ai fini delle politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine.

adeguatamente. Tuttavia, così non è stato. **Il D.Lgs. 29/2024** (emanato il 15 marzo scorso per rispettare le scadenze del PNRR) in realtà **non compie molti passi avanti, anzi in molti casi si discosta dal percorso delineato, rinvia a una ventina di provvedimenti successivi per l’attuazione concreta della riforma e non stanziava nuove risorse.**

Tale decreto disciplina, in primo luogo, le misure per la promozione della dignità, autonomia, inclusione sociale, invecchiamento attivo e prevenzione della fragilità della popolazione anziana, attraverso: 1) l’accesso alla valutazione multidimensionale unificata; 2) gli strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio; 3) il contrasto all’isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva; 4) la coabitazione solidale domiciliare tra persone anziane e quella intergenerazionale; 5) lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento. In secondo luogo, interviene con riguardo alle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria, limitandosi a obiettivi di riordino, semplificazione, integrazione e miglioramento dell’efficacia, anche attraverso il coordinamento e la riorganizzazione delle risorse disponibili, mirando ad assicurare la sostenibilità economica e prevedendo la flessibilità dei servizi a lungo termine.

Di seguito si approfondiscono alcuni aspetti di particolare rilevanza delle due riforme, in materia di disabilità e di non autosufficienza. Per quanto riguarda gli innumerevoli articoli del D.Lgs. 29/2024 che riguardano l’invecchiamento attivo, ci si limita qui a osservare come alcune misure, ad esempio con riferimento ai luoghi di lavoro, sembrano sostanzialmente nel ribadire la normativa vigente sugli obblighi di valutazione dei fattori di rischio e di sorveglianza sanitaria, oltre a sollecitare l’adozione di iniziative per il lavoro agile, mentre si rinvia a successivi decreti interministeriali, da approvarsi previa intesa in Conferenza unificata, per l’individuazione, ad esempio, dei livelli di servizio per l’adeguamento del trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane, ma anche delle prestazioni di telemedicina e della relativa sperimentazione in ognuna della tre macroaree del Paese. **Lascia alcune perplessità l’enfasi sul *cohousing*, anche intergenerazionale, e sul volontariato studentesco, eventualmente “remunerato” attraverso crediti formativi, in assenza di un parallelo rapido rafforzamento dei servizi pubblici e delle risorse allocate alla LTC.**

6.4.1 Il finanziamento delle riforme

La legge delega in materia di disabilità, come modificata dal DL 36/2022, contava, per i nuovi o maggiori oneri da sostenere, sul Fondo per le politiche in favore delle persone affette da disabilità, dotato di 29 milioni per il 2020, 200 per il 2021 e 300 dal 2022 (L. 160/2019)⁵²⁵, arrivati a 350 milioni annui per il periodo 2023-26 grazie alla legge di bilancio per il 2022 e, successivamente, con quella per il 2024, ridotti di 320 milioni per il 2024 e incrementati di 85 milioni a partire dal 2026. I decreti legislativi avrebbero dovuto operare

⁵²⁵ Per la precisione la L. 160/2019 aveva istituito il Fondo per la disabilità e la non autosufficienza, la cui denominazione è stata modificata dalla L. 234/2021.

in maniera progressiva nell'ambito delle risorse disponibili, ma quelle per il 2022 e per il 2023, data la mancata attuazione della riforma, sono state utilizzate per altre finalità, e il ridimensionamento per l'anno in corso conferma la prospettiva di un'attuazione rallentata. La legge delega faceva anche genericamente affidamento sulle risorse del PNRR utilizzabili per gli interventi nel campo della disabilità, oltre che sulla razionalizzazione e riprogrammazione delle risorse previste a legislazione vigente per il settore.

A tale proposito, **si ricorda che la legge di bilancio per il 2024 ha istituito il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità**, con una dotazione pari a circa 552 milioni per il 2024 e 232 milioni annui dal 2025⁵²⁶, dove sono stati trasferiti, per il solo 2024, i 320 milioni di riduzione del Fondo per le politiche in favore delle persone affette da disabilità, e sono confluite le risorse annue volte a finanziare una serie di altre politiche specifiche (il Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità, il Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità, il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare e il Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia, contestualmente soppressi)⁵²⁷. Tale operazione doveva favorire il superamento della frammentazione degli interventi, ma a essa ha corrisposto una riduzione dello stanziamento complessivo a regime, in quanto non sono pervenuti al nuovo Fondo 50 milioni assegnati dal 2023 al Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi per le persone con disturbo dello spettro autistico. Per il 2024 tale riduzione è stata scongiurata grazie allo spostamento di risorse dal Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità. Questo peraltro è rimasto distinto e ancorato alle esigenze della riforma.

Gli oneri stimati dal D.Lgs. 62/2024 per il riordino della normativa riguardante la disabilità saranno coperti dai finanziamenti stanziati, a patto di non ampliare significativamente il campo dei servizi e delle prestazioni personalizzati.

Il D.Lgs. 62/2024 prevede una spesa di circa 10 milioni nel 2024, 80 nel 2025 e 248 dal 2026 per rafforzare l'INPS e, in particolare, per potenziarne il personale ai fini dello svolgimento della valutazione di base, e istituisce il Fondo per l'implementazione dei progetti di vita, con una dotazione di 25 milioni dal 2025⁵²⁸, aggiuntiva rispetto alle risorse già destinate a tale obiettivo. Ulteriori oneri, pari a 20 milioni per il 2024 e 30 per il 2025, reperiti dal Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità, sono previsti per le iniziative di formazione dei soggetti coinvolti nelle valutazioni, da definire con un regolamento da adottare previa intesa in Conferenza

⁵²⁶ Cui possono essere aggiunte le risorse non utilizzate in favore degli enti del Terzo settore stanziare per il 2002 dal DL 144/2022 (170 milioni).

⁵²⁷ Si ricorda che lo stanziamento del Fondo Dopo di noi, non confluito nel Fondo unico, è pari a poco più di 70 milioni annui nel triennio 2024-26.

⁵²⁸ Da ripartire tra le Regioni con DPCM o decreto dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità, di concerto con altri Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata, in base ai fabbisogni risultanti dall'apposita rilevazione annuale.

unificata. Per la sperimentazione di servizi e prestazioni personalizzati si fa riferimento alle risorse disponibili a legislazione vigente, che confluiscono nel “budget di progetto”⁵²⁹.

Per quanto riguarda la riforma degli interventi per gli anziani, a differenza di altri casi del passato, in cui l'introduzione di importanti innovazioni istituzionali è stata accompagnata dalla costituzione di un apposito Fondo, l'intervento non è sostenuto da un finanziamento specifico o da un significativo rafforzamento di precedenti capitoli di spesa, ma si fa affidamento sulle risorse disponibili a legislazione vigente, compresi gli investimenti del PNRR. In assenza di ulteriori stanziamenti rispetto ai 300 milioni a regime destinati alle politiche per la non autosufficienza dalla legge di bilancio per il 2022, la legge delega intendeva al più operare attraverso interventi di riordino e revisione delle misure già in atto o l'emanazione dei decreti attuativi sarebbe rimasta subordinata allo stanziamento delle risorse necessarie. Si contava di utilizzare una serie di finanziamenti, in parte dedicati agli interventi per le persone con disabilità, in parte indirizzati ad altre forme di fragilità⁵³⁰, con un rischio di conflitto oggettivo tra esigenze e tra beneficiari diversi⁵³¹.

Il decreto di attuazione della riforma (D.Lgs. 29/2024) fa più volte riferimento a investimenti del PNRR, senza tuttavia chiarire la misura delle risorse che potrebbero essere utilizzate per le iniziative a favore delle persone non autosufficienti, se non per l'assegno di assistenza. Infatti, gli oneri della nuova prestazione universale, su cui si tornerà nel paragrafo 6.4.6, pari complessivamente a 250 milioni, saranno coperti per 50 milioni annui, nel biennio 2025-26, dal PNRR, Missione 5, mentre per 125 milioni annui si farà ricorso al Programma nazionale “Inclusione e lotta alla povertà” 2021-2027 e il resto sarà reperito dal Fondo per le non autosufficienze. Va tuttavia ricordato che le risorse del PNRR si esauriranno nel 2026. Il decreto legislativo ha disposto pertanto l'utilizzo di risorse già disponibili, non individuando ulteriori fonti di finanziamento, come è stato fatto, ad esempio, in Germania (par. 6.2).

⁵²⁹ Il decreto elenca una serie di finanziamenti che possono contribuire al budget di progetto: il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità e anche il Fondo per il finanziamento ordinario delle università, oltre che i finanziamenti del SSN.

⁵³⁰ Gli interventi per la disabilità e per la non autosufficienza si intrecciano con altre linee di intervento in ambito sociale, finanziate, ad esempio, attraverso le risorse per gli obiettivi di servizio comunali per il trasporto di alunni disabili e per lo sviluppo dei servizi sociali comunali che confluiscono nel Fondo di solidarietà comunale (e dal 2025 nel Fondo speciale equità livello dei servizi).

⁵³¹ In particolare si contemplavano: il Fondo per le non autosufficienze (913,6 milioni per il 2024, 914,185 per il 2025, e 961 per il 2026); il Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (ora Fondo per il sostegno alla povertà e l'inclusione attiva) e il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare, ormai confluito nel Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, nei limiti della parte destinata a prestazioni per le persone anziane e anziane non autosufficienti; parte del Fondo per le politiche della famiglia, ai fini del finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno della componente anziana dei nuclei familiari. Inoltre, la L. 33/2023 prevedeva il concorso delle risorse predisposte per alcuni investimenti del PNRR, nonché del Programma nazionale “Inclusione e lotta alla povertà” della programmazione 2021-2027. Le risorse da utilizzare per le prestazioni sanitarie erano quelle del SSN, volte ad assicurare i LEA.

A fronte della mancanza di nuove risorse aggiuntive e strutturali⁵³², in Conferenza unificata è stata rifiutata l'intesa da parte della Conferenza delle Regioni e Province autonome sullo schema di decreto⁵³³, a seguito della contrarietà delle Regioni Emilia-Romagna, Puglia, Campania e Toscana e della preoccupazione della maggioranza delle restanti. Il parere negativo è disceso anche dalla definizione della platea dei beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie e dei LEPS, limitata agli anziani di almeno 70 anni, con esclusione di molti soggetti di età compresa tra 65 e 69 anni già presi in carico dai servizi territoriali e con problemi di incoerenza rispetto alle leggi regionali. D'altronde anche il Senato, nel proprio parere sullo schema di decreto, ha osservato che per la prestazione universale si pone il limite a 80 anni e che per gli interventi di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria, peraltro non chiaramente individuate, si fa riferimento ai 70 anni⁵³⁴, mentre nell'ambito delle definizioni e disposizioni di coordinamento si indica come "persona anziana" chi abbia almeno 65 anni e "persona grande anziana" chi ne abbia almeno 80. Si ricorda peraltro che il Piano per la non autosufficienza 2022-2024 indicava come popolazione anziana quella di età superiore a 65 anni.

In conclusione, la maggioranza delle Regioni ha espresso l'auspicio che il Governo reperisca le risorse necessarie per realizzare il decreto, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, e che venga istituito un Tavolo di lavoro tra Ministeri interessati e Regioni per monitorarne l'attuazione, in particolare con riferimento ai profili economico-finanziari, alle esigenze organizzative ed eventualmente di intervento normativo, ammettendo la possibilità di rivedere le risorse necessarie, anche per gli anni successivi al 2026, e la normativa. Inoltre, è stata chiesta una deroga alle assunzioni delle figure professionali previste nel Piano per la non autosufficienza.

6.4.2 Il cortocircuito dei LEP

La determinazione dei LEP è rimasta confusa, in parte rinviata, e non è evidente quali nuovi diritti siano diventati esigibili, né come finanziarli.

La legge delega in materia di disabilità (L. 227/2021) non ha previsto tra i principi e criteri direttivi l'obiettivo di determinare i LEPS per le persone con disabilità⁵³⁵, ma piuttosto quello di definire, da un lato, le procedure volte a determinarli, anche avvalendosi della

⁵³² Le risorse del PNRR (Missioni 1, 5 e 6) sarebbero già programmate e destinate ad altri interventi.

⁵³³ Pur accettando che il Governo lo approvasse comunque rapidamente (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 24/31/CU01/C4-C7-C8).

⁵³⁴ Con l'eccezione del passaggio all'età anziana delle persone con disabilità (fissato a 65 anni), alle quali viene riconosciuto il diritto di non essere escluse dai servizi di cui precedentemente usufruivano e di accedere alle prestazioni per le persone anziane e per quelle anziane non autosufficienti senza dover richiedere un nuovo accertamento della propria condizione.

⁵³⁵ Si richiede anche che vengano coordinate le disposizioni introdotte dai decreti legislativi con quelle ancora vigenti, comprese quelle relative agli incentivi e ai sussidi di natura economica e ai relativi fondi, facendo salvi le prestazioni, i servizi, le agevolazioni e i trasferimenti monetari già previsti in materia di invalidità civile, di cecità civile, di sordità civile e di sordocecità e della L. 104/1992, per salvaguardare i diritti già acquisiti.

Commissione tecnica per i fabbisogni standard (CTFS), e, **dall'altro lato, una disciplina transitoria, nelle more della loro effettiva applicazione, per individuare e garantire degli obiettivi di servizio.** A tal fine si sarebbe dovuta promuovere la collaborazione tra i soggetti pubblici e i privati, compresi gli enti operanti nel Terzo settore.

Il D.Lgs. 62/2024 affida al Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei ministri: 1) la proposta sui LEP per le persone con disabilità, servendosi della CTFS e in raccordo con la segreteria tecnica della Cabina di regia⁵³⁶ per la determinazione dei LEP⁵³⁷; 2) la verifica delle modalità di integrazione con i LEA, formulando anche proposte per l'integrazione di questi ultimi, in raccordo con la Commissione nazionale per il relativo aggiornamento e per la promozione dell'appropriatezza. L'individuazione dei LEP e delle modalità di integrazione con i LEA avverrà poi tramite DPCM⁵³⁸, in modo graduale nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Quanto alla L. 33/2023 in materia di politiche in favore delle persone anziane, questa prevedeva tra i principi e criteri direttivi l'individuazione dei LEPS, da integrare con i LEA, nonché l'adozione di un sistema di monitoraggio e valutazione, di meccanismi sanzionatori e di eventuali interventi sostitutivi, assicurando il raccordo con la legge delega in materia di disabilità e con quanto disposto dalla legge di bilancio per il 2023 sulla determinazione dei LEP. Solo nella parte definitoria si richiamavano anche l'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, i principi e criteri indicati dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000) e le previsioni della legge di bilancio per il 2022 (L. 234/2021). Sembrava dunque che fosse accettata l'impostazione secondo cui i LEPS in materia di non autosufficienza sono ancora da definire.

Invece il D.Lgs. 29/2024, attuativo della legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, per l'individuazione dei LEPS si rifà alla legge di bilancio per il 2022, come se il lavoro fosse già stato compiuto⁵³⁹. Tale legge indicava le aree dell'assistenza domiciliare sociale e dell'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, i servizi sociali di sollievo e quelli di supporto, e richiamava i PUA e le unità di valutazione multidimensionale, che definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI). Il D.Lgs. 29/2024 contempla un'attuazione graduale e progressiva, nei limiti delle risorse

⁵³⁶ Istituita dalla legge di bilancio 2023, i suoi lavori sono concentrati prioritariamente sulle materie passibili di richieste di autonomia differenziata.

⁵³⁷ Si sottolinea che sono fatte salve le disposizioni del decreto legislativo sulle politiche per le persone anziane e quelle sulla determinazione dei LEP della legge di bilancio per il 2023, che ha indicato una procedura accelerata nelle sole materie di interesse per l'attribuzione di forme di autonomia differenziata, dunque non l'assistenza sociale, che già rientra nella potestà legislativa esclusiva delle Regioni.

⁵³⁸ In raccordo con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP, previa intesa in Conferenza unificata, in coerenza con le disposizioni del D.Lgs. 68/2011, attuativo della L. 42/2009. Questo DPCM regolerà anche il monitoraggio dei LEP.

⁵³⁹ Si confermano anche le disposizioni del D.Lgs. 147/2017 sul coordinamento dei servizi territoriali e la gestione associata dei servizi sociali, che individuava come LEP l'offerta integrata di interventi e servizi sociali.

disponibili, in coerenza con il D.Lgs. 68/2011. Tuttavia, quest'ultimo prevedeva che il Governo proponesse un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio, individuati con intesa in Conferenza unificata congiuntamente al relativo fabbisogno, ai LEPS⁵⁴⁰, mentre di tale percorso, debitamente finanziato, non si trova traccia nel D.Lgs. 29/2024, che rinvia invece il miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e l'attuazione graduale e progressiva dei LEPS, nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'adozione di linee guida da parte del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata.

Per il sistema di monitoraggio dei LEPS e degli obiettivi di servizio, con i relativi criteri e indicatori, e per gli interventi sostitutivi in caso di inadempienza, si rinvia a un decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri dell'Economia e delle finanze, della Salute e per le Disabilità, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, in raccordo con la Cabina di regia prevista dalla legge di bilancio per il 2023. Tale decreto indicherà anche come migliorare il Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS), con la trasmissione obbligatoria delle informazioni su prestazioni e servizi erogati a livello locale, anche per le verifiche che si renderanno necessarie nell'ambito dell'erogazione della prestazione universale, nonché ai fini della progressiva attuazione dei LEPS. Si intende pure favorire l'interoperabilità dei sistemi informatici delle istituzioni coinvolte e sono confermate le rispettive competenze del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e delle Regioni sul controllo, attraverso la rendicontazione delle Regioni, del rispetto dei LEPS (L. 213/2023), sulla cui adeguatezza verrà effettuata una verifica triennale. Va peraltro ricordato che la legge di bilancio per il 2024 ha previsto disposizioni per modificare il sistema di rendicontazione di alcuni finanziamenti vincolati, che prevedeva la restituzione delle somme non utilizzate, per tenere conto della sentenza n. 71/2023 della Corte costituzionale, ma tale impostazione non sembra essere stata recepita con riguardo agli interventi per le persone anziane non autosufficienti e ai progetti per il Dopo di noi e per la vita indipendente⁵⁴¹.

In conclusione, non si osservano passi avanti nella determinazione dei LEPS nel campo della disabilità e della non autosufficienza, tra provvedimenti successivi che rinviano al futuro o addirittura al punto di partenza, oppure che si limitano a delineare le procedure per l'introduzione dei diritti. La legge di bilancio per il 2022 resta il riferimento principale per gli anziani non autosufficienti, malgrado la sua genericità, con la limitata integrazione di risorse da essa prevista per il Fondo per le non autosufficienze, mentre per l'applicazione dei LEPS il Piano per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 sembra ancora rappresentare l'azione più concreta. Positiva appare l'intenzione di rafforzare le banche dati, data la difficoltà di monitorare gli interventi svolti a livello locale, ma non sembra che i tempi siano stretti neppure per il raggiungimento di questo obiettivo.

⁵⁴⁰ Operazione da svolgere nell'ambito della programmazione di bilancio.

⁵⁴¹ Ufficio parlamentare di bilancio (2023), "Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito delle audizioni preliminari all'esame del disegno di legge recante 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026'", 14 novembre.

Quanto alla disabilità, si riscontrano ulteriori rinvii e un continuo soffermarsi sulle procedure piuttosto che sul risultato, che sembra allontanarsi anziché avvicinarsi.

6.4.3 *L'integrazione socio-sanitaria*

Uno degli obiettivi principali della riforma per la non autosufficienza era l'integrazione tra componente sociale, componente sanitaria e trasferimenti monetari gestiti dall'INPS, al fine di coordinare gli interventi in favore degli anziani e degli anziani non autosufficienti, snellire le procedure e dare coerenza all'insieme dei programmi di *welfare* in questo campo.

La L. 33/2023 istituiva il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)⁵⁴², con compiti di coordinamento e programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane – in particolare, quelle per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza – **e delegava ai successivi decreti attuativi la definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)**, come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta delle misure a titolarità pubblica in questo campo.

La legge delega attribuiva al CIPA i seguenti compiti: 1) adottare i due nuovi documenti di programmazione triennale, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana – che avrebbe sostituito il Piano per la non autosufficienza, elaborato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale – su cui si sarebbero dovuti basare i piani regionali e locali; il contributo di Regioni ed Enti locali sarebbe rimasto limitato a una intesa in sede di Conferenza unificata, mentre si sarebbero dovute sentire le parti sociali, le associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità⁵⁴³; 2) promuovere l'integrazione dei sistemi informativi di tutti gli enti coinvolti nella valutazione ed erogazione dei servizi ai vari livelli di governo e la realizzazione di un sistema di monitoraggio delle attività, dei servizi e delle prestazioni; 3) monitorare l'attuazione dei piani, predisponendo un'apposita relazione annuale da trasmettere alle Camere; 4) promuovere l'armonizzazione tra LEPS e obiettivi di servizio per le persone anziane non autosufficienti, da un lato, e LEA, dall'altro, acquisendo il parere preventivo della CTFS e in raccordo sia con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP, sia con le

⁵⁴² Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, è composto dai Ministri del Lavoro e delle politiche sociali, della Salute, per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le Disabilità, per lo Sport e i giovani, per gli Affari regionali e le autonomie e dell'Economia e delle finanze o loro delegati. Vi partecipano anche gli altri Ministri o loro delegati di volta in volta coinvolti sui temi affrontati.

⁵⁴³ La Conferenza unificata, pur esprimendo parere favorevole sullo schema di legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, aveva chiesto che invece il DPCM sul funzionamento e sull'organizzazione del CIPA assicurasse un raccordo stabile con la Conferenza delle Regioni e l'ANCI.

operazioni di definizione delle procedure per la determinazione dei LEP in favore delle persone con disabilità e dei relativi obiettivi di servizio (L. 227/2021).

Malgrado l'impegno del Piano per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 ai fini della messa a terra delle disposizioni generali della L. 234/2021, la delega prevedeva dunque per il futuro un accentramento dello sforzo di integrazione, a livello di pianificazione, monitoraggio, banche dati e definizione dell'*entitlement*, in un organismo interministeriale, mentre gli Enti territoriali sarebbero stati chiamati successivamente a esprimere l'intesa sui documenti di programmazione nazionale. Piuttosto che favorire l'integrazione, questa impostazione sembrava poter esasperare i contrasti tra i livelli di governo, soprattutto in presenza di una scarsità di risorse, che può stimolare tentativi, da parte dei diversi Enti, di *fiscal blame avoidance*. È singolare tra l'altro l'auspicato coinvolgimento nella programmazione pubblica dei servizi, sia pure come ascolto di pareri, non solo delle parti sociali e delle associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, ma anche delle associazioni di settore, che inevitabilmente rappresentano gli interessi degli erogatori privati, diversi da quelli dei cittadini i cui bisogni si vogliono soddisfare.

Allo SNAA era attribuito il compito di programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti, nell'ambito degli indirizzi generali indicati dal CIPA, anche in questo caso coinvolgendo attivamente le parti sociali e le associazioni di settore, con il concorso dello stesso CIPA, degli assessorati regionali competenti, dei Comuni e delle Aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione a livello regionale, degli ATS e del distretto sanitario a livello locale.

Il D.Lgs. 29/2024 rilegge la legge delega con un orientamento in parte diverso, anche se ribadisce il ruolo generale del CIPA.

A questo spettano il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali per le persone anziane, soprattutto quelle fragili e non autosufficienti, e la rilevazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni, anche attraverso lo SNAA. Il CIPA dovrà promuovere l'armonizzazione dei LEPS e dei LEA e la migliore allocazione delle risorse⁵⁴⁴, l'adozione di strumenti di pianificazione multisettoriali, l'organizzazione e la realizzazione integrata degli interventi, nel rispetto delle prerogative del SSN e degli Enti che erogano l'assistenza sociale.

Inoltre, si conferma la procedura di approvazione del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana. Tuttavia, per quanto riguarda il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, il decreto legislativo sembra ritornare a un'impostazione più tradizionale, definendolo come parte del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (L. 328/2000) e strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze. Viene

⁵⁴⁴ In raccordo con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP (L. 197/2022) e anche grazie al monitoraggio dei servizi e delle prestazioni erogate dai soggetti che compongono lo SNAA.

ricalcato dal Piano per la non autosufficienza l'obiettivo di individuare le priorità nell'aggiornamento dei LEPS e la relativa progressione tenendo conto dei servizi sociosanitari e dei modelli organizzativi regionali. Inoltre, vengono riviste le modalità di adozione, anche se in modo poco chiaro: mentre, da un lato, sono confermate quelle previste dalla legge delega, dall'altro, un richiamo al D.Lgs. 147/2017 sembrerebbe recuperare il ruolo della Rete della protezione e dell'inclusione sociale come proponente del Piano, da adottare successivamente attraverso le stesse regole seguite per il riparto dei fondi. In questo modo sembra si recuperi il raccordo con le strutture associative delle Regioni e dei Comuni, come nell'ambito delle precedenti azioni di programmazione e come richiesto in Conferenza unificata.

Quanto allo SNAA, il D.Lgs. 29/2024 lo ridefinisce esclusivamente come insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente, evitando di citare esplicitamente le prestazioni sanitarie, di competenza del SSN⁵⁴⁵, malgrado alla programmazione debbano contribuire anche gli assessorati regionali competenti in materia sanitaria, così come le ASL e i Distretti sanitari, e restino responsabili dell'azione integrata dello SNAA, oltre alle Amministrazioni competenti dello Stato, l'INPS, le Regioni e Province autonome, i Comuni singoli o associati negli ATS e anche le ASL. Viene sottolineato che la programmazione integrata deve rispettare i modelli organizzativi regionali. I Piani regionali sono trasmessi al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, che assicura il monitoraggio e la verifica sull'attuazione dei LEPS ed eventualmente adotta le necessarie misure correttive. È prevista la partecipazione alla programmazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità.

Il ruolo di questa nuova struttura, come delineata nella legge delega, presentava aspetti controversi. Da un lato, è cruciale riuscire ad assicurare l'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali per garantire la tutela delle persone non autosufficienti; i paesi con *welfare* più maturo in questo campo hanno una branca della protezione sociale specificamente dedicata alla LTC. Dall'altro lato, destava qualche preoccupazione il divario esistente in Italia tra il SSN, che prevede garanzie consolidate, tutelate dalla Costituzione (art. 32), e l'incerto universo dei LEPS per la non autosufficienza⁵⁴⁶. Si temeva che il CIPA,

⁵⁴⁵ Si può ricordare che la L. 833/1978, istitutiva del SSN, all'art. 1, c. 1, stabilisce che "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

⁵⁴⁶ Il ridimensionamento dello SNAA che emergerebbe dalla lettura del D.Lgs. 29/2024 è stato fortemente criticato dal Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza. Si vedano, ad esempio, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2024), *op. cit.*, e Pesaresi, F. (2024), "Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii", in *I luoghi della cura on line*, NNA Network non autosufficienza, 23 febbraio, dove si sostiene che la programmazione, pur coinvolgendo formalmente tutti i soggetti pubblici interessati, di fatto riguarda solo servizi e interventi sociali, tanto che il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti è divenuto parte di quello dei servizi e interventi sociali del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali.

posto al centro della programmazione integrata prodotta dallo SNAA, e lo stesso SNAA potessero condizionare la tutela del diritto alla salute, eventualmente limitandolo in base alla disponibilità di risorse. Così come ridefinito dal D.Lgs. 29/2024 lo SNAA sembrerebbe comprendere soltanto gli interventi di tipo assistenziale, ponendosi come nuovo sistema accanto al tradizionale SSN.

L'integrazione andrà costruita anche nella gestione quotidiana dei servizi, attraverso i PUA insediati presso le Case della comunità, la valutazione multidimensionale, l'identificazione dei bisogni e del PAI, l'interazione di ADI e SAD e l'organizzazione delle strutture residenziali (parr. 6.4.4 e 6.4.5). Altri principi e criteri della legge delega insistono peraltro sul coordinamento degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari erogati dai diversi livelli di governo e sulla promozione dell'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS, come già previsto dalla L. 234/2021. Il decreto legislativo dispone a sua volta che, ai fini dell'integrazione, ATS, Aziende sanitarie e Distretti regolino attraverso accordi di collaborazione organizzativi le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, in modo da arrivare a un'effettiva integrazione operativa dei processi. Si ricorda che il Piano per la non autosufficienza 2022-24 aveva già predisposto appositi modelli per accordi di programma. All'integrazione dovrebbe concorrere anche il Terzo settore, attraverso le forme di co-programmazione e co-progettazione previste dal relativo Codice e dalle linee guida del Ministero del Lavoro, strumenti per attuare una collaborazione tra pubblico e privato. Una buona integrazione tra i diversi settori di intervento è decisiva anche per il successo della riforma in materia di disabilità, basti pensare alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita individuale.

6.4.4 La semplificazione dell'accesso e delle procedure di accertamento e valutazione della disabilità e della non autosufficienza

Il D.Lgs. 62/2024 regola dettagliatamente il nuovo processo di valutazione della disabilità, che rappresenta il più rilevante e condiviso elemento di innovazione della riforma, mirato alla semplificazione e al raggruppamento in un solo processo dei percorsi per l'ottenimento delle prestazioni e dei servizi, dando attuazione in modo piuttosto fedele ad alcuni dei principali aspetti della legge delega. L'applicazione di tale innovazione, tuttavia, come si è visto, non è immediata.

Con il decreto legislativo si introduce la valutazione di base, affidata all'INPS, da svolgere attraverso un'unica visita collegiale, come procedura unitaria di riconoscimento della condizione di disabilità, accorpando la certificazione di ogni tipo di invalidità civile e di tutte le situazioni che richiedono supporti e agevolazioni – compresa la non autosufficienza⁵⁴⁷ – e prevedendo una revisione nel tempo solo in casi eccezionali; si finalizza la valutazione di base all'accesso al sostegno o al sostegno intensivo, alla tutela dell'accomodamento ragionevole (che può essere richiesto a soggetti pubblici e privati) e alla domanda di avvio della valutazione multidimensionale; si curano

⁵⁴⁷ Si rinvia anche al decreto legislativo attuativo della legge delega in materia di non autosufficienza.

l'informazione e l'interoperabilità tra le banche dati; si prevede la valutazione multidimensionale, che sulla base dei bisogni e delle preferenze, attraverso la definizione del profilo di funzionamento, perviene alla definizione congiunta e contestuale degli interventi, stabilendo il progetto di vita individuale (che comunque può essere richiesto autonomamente), che coinvolge attivamente la persona con disabilità⁵⁴⁸ e mira anche all'inclusione nel contesto sociale; si conferma che il progetto di vita debba individuare i sostegni formali e informali, le risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, nonché del terzo settore, attivabili anche nella comunità territoriale e nel sistema dei supporti informali, previste dal budget di progetto e debba essere sostenibile nel tempo e garantire la continuità e la portabilità degli interventi⁵⁴⁹; si dispone che le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto, disciplinino l'attività delle unità di valutazione multidimensionale, assicurando il coordinamento e la riunificazione con quelle previste nell'ambito della sanità (DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA e DM 77/2023 sui nuovi modelli e standard dell'assistenza territoriale).

Con appositi regolamenti si devono definire le modalità delle sperimentazioni della valutazione di base, da un lato, e di quella multidimensionale e del progetto di vita, dall'altro, da condurre nel 2025, i territori in cui verranno condotte e, nel primo caso, i sistemi di verifica degli esiti, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, sentito l'INPS e, nel secondo caso, il riparto e il monitoraggio, con intesa in Conferenza unificata.

La riforma della non autosufficienza, a sua volta, conferma l'obiettivo di assicurare la presenza di PUA presso le Case della comunità, semplificando l'accesso ai servizi e alle prestazioni e rendendo più agevole e spedito il sistema di accertamento e valutazione della condizione di non autosufficienza.

Anche nel caso delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, la semplificazione prevista rappresenta un passo avanti concreto in favore dei soggetti che necessitano di assistenza, mirata a riunificare i procedimenti in capo a un solo soggetto, ridurre le duplicazioni e ridimensionare i costi e gli oneri amministrativi.

Sono previsti tre passaggi: 1) valutazione multidimensionale unificata, realizzata con criteri standardizzati e omogenei, volta all'individuazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e, contestualmente, alla verifica delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale⁵⁵⁰, che dovrà sostituire i meccanismi attuali di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici previsti dalla L. 104/1992 e all'indennità di accompagnamento; 2) in base ai fabbisogni così individuati, definizione del PAI da parte delle apposite unità multidimensionali che operano nel PUA (con la partecipazione del destinatario, dei *caregiver* familiari, eventualmente dell'amministratore di sostegno o, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del Terzo settore); 3) previsione di un budget di cura e assistenza per la ricognizione delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse utilizzabili per l'attuazione del PAI.

⁵⁴⁸ In particolare, si sostengono le scelte sull'abitazione della persona con disabilità, ricercando le soluzioni più adatte, e garantendo il diritto alla domiciliarità qualora richiesto e possibile in base all'intensità e qualità degli interventi da assicurare.

⁵⁴⁹ Il progetto di vita e il relativo budget sono definiti dall'unità di valutazione multidimensionale insieme ai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali. Il budget di progetto può essere autogestito, con rendicontazione (le cui modalità devono essere definite con apposito regolamento).

⁵⁵⁰ Tenendo conto anche di eventuali informazioni fornite dagli enti del Terzo settore erogatori dei servizi.

Il decreto legislativo, a tale proposito, **individua l'obiettivo di ridurre le duplicazioni, contenere i costi e gli oneri amministrativi e facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie, attraverso l'attivazione immediata e automatica dei benefici e delle comunicazioni necessarie, attuate tra Amministrazioni senza richiedere ulteriori adempimenti al cittadino**. Viene dato corpo a tutto ciò dettagliando il percorso di valutazione e le relative caratteristiche, ma anche in questo caso si rinviano a un futuro decreto interministeriale alcuni passaggi fondamentali per l'attuazione delle prescrizioni.

Il PUA⁵⁵¹ gestisce la valutazione e la presa in carico della persona anziana, utilizzando le Unità di valutazione multidimensionale (UVM), composte di personale del SSN (uno o più professionisti, tra cui il responsabile clinico del processo di cura) e degli ATS (un professionista di area sociale). La valutazione multidimensionale unificata porta alla definizione del PAI. Il monitoraggio dell'attuazione degli interventi del PAI si svolge periodicamente, anche in funzione di eventuali modifiche. Il PAI deve contenere gli obiettivi di cura, l'indicazione degli interventi a seconda della durata e dell'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte, e può comprendere un Piano di riabilitazione individuale (PRI)⁵⁵². Il PUA diviene anche la porta di accesso alle prestazioni e agli interventi erogati dalle Amministrazioni centrali, quali quelle previste dalla L. 104/1992, l'indennità di accompagnamento e le misure in favore dei mutilati e invalidi civili (L. 118/1971). L'UVM individua il budget di cura, garantito da Aziende sanitarie, Distretti e ATS, che comprende in particolare risorse del SSN, del Fondo per le non autosufficienze, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità destinata ai *caregiver* ed eventualmente di porzioni di altri fondi sociali nazionali che le Regioni possono dedicare agli anziani non autosufficienti. Nell'ambito degli aventi diritto all'accesso si introducono criteri di priorità da definire successivamente con decreto interministeriale. Tale decreto dovrà anche indicare la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata, omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida per le buone pratiche clinico-assistenziali, e l'armonizzazione con le previsioni della L. 227/2021. Le modalità di condivisione delle banche dati e di raccolta delle informazioni necessarie per predisporre una relazione annuale sono rinviate ad apposito decreto interministeriale, sentito l'INPS, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali e acquisita l'intesa in sede di Conferenza unificata.

La semplificazione delle procedure è stata accolta con soddisfazione da molti osservatori⁵⁵³, che auspicano⁵⁵⁴ la riduzione della frammentazione tra i soggetti istituzionali coinvolti e la condivisione delle informazioni tra questi, il ridimensionamento della complessità delle procedure burocratiche, che oggi richiedono frequenti duplicazioni di adempimenti, e una maggiore trasparenza dei criteri di esclusione. Tuttavia, anche per questo obiettivo, che sembra rappresentare uno degli aspetti più

⁵⁵¹ Va osservato che sui PUA, il cui ruolo è stato successivamente ripensato e rafforzato dalla L. 234/2021, si riflette dagli anni Novanta (Pesaresi, F. (2022), "Il nuovo punto unico di accesso (PUA): il quadro nazionale", in *I luoghi della cura online*, NNA Network Non Autosufficienza, n. 4).

⁵⁵² Si confermano il diritto delle persone con disabilità a non perdere i supporti di cui si beneficiava una volta divenuti anziani e a ottenere quelli per le persone anziane e per quelle anziane non autosufficienti senza dover ripetere tutte le valutazioni già effettuate. Tuttavia, le prestazioni di invalidità civile sono sostituite dall'assegno sociale.

⁵⁵³ Tra gli altri, Gori, C. (2024), "Riforma dell'assistenza agli anziani: approvata e rinviata", *lavoce.info*, 27 marzo, osserva come si passi da 5-6 valutazioni a 2.

⁵⁵⁴ Si veda Giunco, F., Longo F., Brizioli E. e Tavolo di lavoro "Nuove valutazioni e percorso assistenziale" del Patto (2023), "Nuove valutazioni e percorso assistenziale, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, 24 ottobre. Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante 'Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane'".

rilevanti della riforma, i tempi non sono strettissimi, dal momento che il D.Lgs. 29/2024 fa salve le procedure vigenti per le misure di competenza statale e dell'INPS sino alla piena attuazione delle nuove, che può tardare fino alla fine del 2025.

6.4.5 L'assistenza domiciliare e quella residenziale

Gli obiettivi condivisi della riforma per l'assistenza domiciliare erano l'integrazione di ADI e SAD, l'espansione dei servizi — sia in termini di platea, sia in termini di intensità assistenziale — e la formazione e qualificazione del personale⁵⁵⁵; mentre per l'assistenza residenziale ci si aspettava una riqualificazione delle strutture, in termini di requisiti strutturali e di standard di personale (quantitativi e qualitativi), dopo le criticità emerse durante e dopo l'emergenza pandemica. Pertanto, si sarebbero dovuti ripensare i meccanismi di autorizzazione e accreditamento di tutti gli erogatori. È stato anche osservato che sarebbero auspicabili interventi di ristrutturazione volti a rendere disponibili strutture piccole-medie⁵⁵⁶. **Non sembra che tali obiettivi siano stati raggiunti.**

Per l'assistenza domiciliare la legge delega insiste sull'integrazione di ADI e SAD, utilizzando anche strumenti di telemedicina e coinvolgendo il Terzo settore, oltre che gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto. Viene, inoltre, chiarito che le prestazioni devono avere durata e intensità adeguate, così come adeguati devono essere i livelli di intensità assistenziale nelle strutture residenziali, anche grazie alla revisione delle dotazioni di personale, ma nell'ambito delle facoltà assunzionali date. Inoltre, si prevedono, previa intesa in Conferenza unificata, l'aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento strutturale, organizzativo e di congruità del personale, sottolineando che a quest'ultimo vanno applicati i contratti collettivi stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, nei limiti delle compatibilità finanziarie. L'autorizzazione e l'accreditamento riguarderebbero un ampio ventaglio di erogatori (pubblici e privati, del Terzo settore e del servizio civile universale) e andrebbero effettuati tenendo conto della presenza di sistemi di videosorveglianza e della coerenza con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo (L. 118/2022) e degli esiti di tali verifiche.

Il decreto legislativo, nel promuovere l'attuazione di servizi di comunità operanti secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale, conferma che a tal fine concorrono soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati, ma anche le farmacie territoriali, le organizzazioni del Terzo settore, i familiari e le associazioni di volontariato, le reti informali di prossimità e il servizio civile universale. Non si riscontra alcun impulso

⁵⁵⁵ Per i *caregiver* familiari servirebbero interventi di informazione e orientamento, *counseling* e supporto psicologico, formazione ed educazione terapeutica, assistenza compensativa-alternativa e di sollievo, di emergenza o programmati, mentre per gli assistenti familiari (badanti) sarebbe necessario assicurare azioni formative, e anche il monitoraggio delle condizioni e capacità e di supporto (Da Col P., Pelliccia L. e Pesaresi F. con il Tavolo di lavoro "Servizi domiciliari" del Patto (2023), *op. cit.*).

⁵⁵⁶ Pavolini E. (2021), "Il PNRR e gli anziani non autosufficienti", saluteinternazionale.info, 23 giugno.

specifico per lo sviluppo dei servizi pubblici. **Si insiste invece sull'utilizzo, in maniera integrata, delle diverse risorse disponibili** per perseguire gli obiettivi del PAI, **con un'impostazione che sembra ribaltare la logica che richiederebbe di passare invece dalla valutazione multidimensionale all'individuazione del fabbisogno di assistenza e quindi all'erogazione garantita delle necessarie prestazioni e servizi.** All'obiettivo di offrire prestazioni di durata e intensità assistenziale adeguate, indicato dalla legge delega, si sostituisce inoltre la constatazione che l'intensità e la complessità degli interventi a domicilio sarà variabile, all'interno dei percorsi di cura e del PAI⁵⁵⁷, abbandonando ogni proposito di giungere all'erogazione di servizi disegnati effettivamente in base al fabbisogno di cure e di superare le carenze attuali, anche dell'ADI, di cui nemmeno il PNRR prevede un rafforzamento, limitandosi essenzialmente all'obiettivo di estensione della platea dei beneficiari (par. 6.3.2).

Il D.Lgs. 29/2024 rinvia alle linee di indirizzo nazionali, da adottare con lo stesso decreto interministeriale previsto nell'ambito delle disposizioni sulla valutazione multidimensionale unificata⁵⁵⁸, per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari nell'ambito dell'assistenza domiciliare e per l'adozione del nuovo approccio multidimensionale e continuativo, anche attraverso strumenti digitali e di telemedicina⁵⁵⁹. Solo in seguito le Regioni potranno definire, con propria legge, le procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale, con particolare riguardo alla dotazione tecnologica digitale per l'erogazione dei servizi in telemedicina. Le modalità dell'integrazione tra sanità e assistenza nell'ambito dei servizi e delle prestazioni domiciliari non sono dunque ancora delineate⁵⁶⁰.

Quanto ai servizi socioassistenziali di tipo residenziale offerti dagli ATS⁵⁶¹, il decreto legislativo richiede che le strutture godano dei requisiti operativi e di sicurezza, in modo da garantire adeguati livelli di intensità assistenziale e di qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e al mantenimento delle relazioni sociali e interpersonali. Anche nell'ambito dell'assistenza residenziale è definito il PAI (eventualmente il PRI). In base agli accordi contrattuali con il SSN deve essere assicurata l'integrazione con i servizi sociali, utilizzando le risorse previste dalla L. 33/2023.

⁵⁵⁷ L'importanza del concetto di adeguatezza della durata e dell'intensità assistenziale è stata sottolineata dal Patto per la non autosufficienza (Patto per la non autosufficienza, 2023, *op. cit.*), che osserva in particolare come la continuità delle cure su lunghi periodi di tempo rappresenti una caratteristica necessaria dell'assistenza domiciliare.

⁵⁵⁸ Su proposta congiunta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e della componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

⁵⁵⁹ Viene richiamata a tale proposito l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto 2021 sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari di base e integrate (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021). Si ricorda che il sistema di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali è stato esteso alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari dalla L. 178/2020, seguita dall'Intesa citata. Per approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *op. cit.*.

⁵⁶⁰ Si veda Pesaresi, F. (2024), *op. cit.*.

⁵⁶¹ Ulteriori disposizioni riguardano le cure palliative: diritto all'accesso in tutti i luoghi di cura, compreso il domicilio, e pianificazione condivisa delle stesse.

L'adozione di criteri di autorizzazione e accreditamento unitari e più rigorosi, tuttavia, **sembra ancora lontana**. Per le strutture e organizzazioni pubbliche e private, anche del Terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali che necessitano di trattamenti riabilitativi e di mantenimento è previsto che con un decreto del Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, siano individuati, non i requisiti minimi di sicurezza e i requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento, ma piuttosto solo i criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione di tali requisiti, da aggiornare e semplificare. Di fronte a questa impostazione sostanzialmente dilatoria su aspetti fondamentali della riforma poco consola il fatto che si chieda alle Regioni, nell'ambito dell'invecchiamento attivo, di promuovere l'accesso degli animali da affezione nelle strutture residenziali e residenze protette.

È plausibile che i requisiti autorizzativi e di accreditamento e di standard di personale più rigorosi ritardino per il timore di espellere dal mercato numerose strutture, oltre che di accrescere i costi.

Inoltre, la legge delega prevedeva la determinazione delle modalità per la formazione del personale attraverso la definizione: 1) dei percorsi per gli addetti all'assistenza e al supporto nei servizi residenziali e nell'ambito di quelli domiciliari; 2) degli standard formativi per gli assistenti familiari degli anziani presso il domicilio (senza peraltro introdurre requisiti di accesso alla professione), tramite linee guida da adottare con accordo in Conferenza Stato-Regioni, onde definire le competenze, individuando e validando quelle pregresse (in coerenza con i livelli di inquadramento della contrattazione collettiva nazionale sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativa); 3) dei fabbisogni regionali di personale occupato negli Enti pubblici e privati. Infine, si delegavano anche il riordino della normativa riguardante le condizioni dei *caregiver* familiari, la promozione di forme di certificazione delle relative competenze acquisite nel corso dell'esperienza di cura e le forme di partecipazione di rappresentanze di tali soggetti alla programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria ai diversi livelli.

Anche in questo caso, il decreto legislativo rinvia a un successivo provvedimento per la formazione degli operatori.

Si prevede l'adozione da parte del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'Istruzione e del merito e del Ministero dell'Università e della ricerca, previa Intesa in Conferenza Stato-Regioni, di linee guida per l'attuazione dei percorsi formativi volti al miglioramento della formazione per le professioni di cura (con graduazione rispetto ai bisogni) e all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare. Da un lato, tali linee guida dovrebbero fissare standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale, dall'altro lato, le Regioni non sarebbero obbligate a farvi riferimento; tuttavia, esse dovranno istituire dei registri dei soggetti con le qualifiche in esse indicate, comprensivi di ulteriori titoli di studio e formazione, oltre a sottoscrivere accordi di collaborazione istituzionale tra Centri per l'impiego e ATS per favorire l'incontro tra offerta e domanda di lavoro degli assistenti familiari e promuovere corsi rivolti anche ai beneficiari dell'assegno di inclusione e del supporto per la formazione e il lavoro

(DL 48/2023). Possono essere anche previsti percorsi di formazione attraverso gli enti bilaterali. Tutto questo non deve comportare oneri per la finanza pubblica.

Quanto ai *caregiver* familiari, non sono previste nuove risorse. Il D.Lgs. 29/2024 si limita a ribadire il loro ruolo, la partecipazione alla valutazione multidimensionale unificata e alla definizione del PAI, prevedendo l'erogazione a loro favore di un servizio informativo e auspicando che la loro attività venga valorizzata dalle Regioni ai fini di un eventuale rientro nel mondo del lavoro e nell'ambito del percorso scolastico e formativo.

Si è visto che invece il D.Lgs. 62/2024 ha individuato alcuni finanziamenti per rafforzare il personale dell'INPS e formare il personale coinvolto nelle valutazioni della disabilità.

6.4.6 I trasferimenti monetari e le agevolazioni fiscali

La L. 33/2023 prevedeva che venisse introdotta una prestazione universale, anche di natura sperimentale e progressiva, in base a opzione comunque reversibile, da erogare su scelta del beneficiario come trasferimento monetario oppure come servizi alla persona, finanziata con le risorse già disponibili. Tale trattamento doveva essere graduato secondo il bisogno assistenziale, ma comunque non avrebbe potuto essere inferiore alla indennità di accompagnamento e agli eventuali ulteriori contributi erogati dagli ATS (L. 234/2021) volti al sostegno della domiciliarità e dell'autonomia delle persone anziane non autosufficienti e al supporto ai familiari che partecipano all'assistenza⁵⁶².

Il decreto legislativo ha istituito tale prestazione⁵⁶³ per il solo biennio 2025-26 in via sperimentale. Si tratta di un beneficio monetario pari alla somma degli importi dell'indennità di accompagnamento e del cosiddetto "assegno di assistenza" (850 euro mensili), con cui remunerare esclusivamente lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona dotati di regolare contratto, oppure acquistare servizi di cura forniti da imprese qualificate nell'assistenza non residenziale, pena la revoca e l'obbligo di restituzione. Viene confermato che la nuova misura assorbe l'indennità di accompagnamento e gli eventuali ulteriori contributi erogati dagli ATS e che l'opzione per tale prestazione può essere revocata, riconfermando i precedenti benefici. Per la misura è stato previsto un limite di spesa di 250 milioni annui (in caso di previsioni di superamento di tale ammontare, gli importi dell'assegno di assistenza verranno ridotti).

I requisiti di accesso sono particolarmente stringenti, connotando la prestazione che avrebbe dovuto essere universale come un programma selettivo, con criteri di selezione basati non solo sul bisogno, ma anche sull'età e sulla condizione economica.

⁵⁶² Utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura attraverso rapporti di lavoro conformi ai contratti collettivi nazionali di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

⁵⁶³ Si tratta di un beneficio esente da imposte e non assoggettabile a pignoramento.

L'età deve essere maggiore o uguale a 80 anni, l'ISEE per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria non superiore a 6.000 euro⁵⁶⁴, sono necessari la titolarità – o il possesso dei requisiti per il relativo riconoscimento – dell'indennità di accompagnamento e la presenza di un bisogno assistenziale gravissimo. Quest'ultimo sarà individuato dall'INPS (anche senza visita diretta) in base alle informazioni sanitarie possedute e alle indicazioni di una Commissione tecnico-scientifica⁵⁶⁵ che sarà nominata dal Ministro del Lavoro e delle politiche sociali coinvolgendo gli Enti territoriali attraverso i relativi organismi di coordinamento. Le modalità attuative e operative, l'organizzazione dei controlli e della eventuale revoca e le attività preparatorie e organizzative, anche informative, da svolgere entro l'anno in corso, sono state rinviate a uno o più decreti interministeriali, sentito l'INPS e previa intesa in Conferenza unificata.

La relazione tecnica stima in circa 25.000 i beneficiari della misura, ipotizzando che il bisogno assistenziale gravissimo riguardi il 23 per cento dei percettori di indennità di accompagnamento con età pari almeno a 80 anni (1,085 milioni circa) e che dei 250.000 così selezionati solo il 10 per cento presenti un ISEE inferiore a 6.000 euro.

La prestazione universale appare una misura di poca ambizione. La platea cui è rivolta è estremamente limitata, dal momento che si sovrappongono requisiti di età molto elevati, di condizione economica particolarmente stringenti (molto più di quelli indicati dal Piano per la non autosufficienza 2022-24) e di non autosufficienza molto grave. Per di più, la graduazione dell'importo in base al fabbisogno non è stata realizzata e, del resto, non sono ancora disponibili nemmeno gli indicatori utili per la definizione dei criteri di classificazione del bisogno. Anche il Senato, nel proprio parere sullo schema di decreto, ha espresso preoccupazioni sul rispetto dei principi della delega, in particolare con riguardo ai requisiti diversi dal fabbisogno assistenziale, alla mancata graduazione dell'importo su quest'ultimo, all'esclusione della scelta del destinatario tra prestazione monetaria e servizi. Peraltro, va osservato che potenziare i benefici monetari, piuttosto che puntare sul rafforzamento dell'offerta pubblica, è certamente un'opzione più facile da gestire, ma tende a intensificare la tradizionale focalizzazione del sistema italiano di LTC sui trasferimenti e stimolare l'ulteriore rafforzamento del mercato privato.

Dal lato delle agevolazioni fiscali e contributive, la L. 33/2023 ne prevedeva la ricognizione e il riordino, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, sia pure nell'ambito delle risorse previste a legislazione vigente, al fine di favorire la regolarizzazione del lavoro di cura e l'occupazione di qualità nei servizi socio-assistenziali. Il decreto delegato provvede alla ricognizione, considerando alcune misure.

In particolare, la deducibilità dal reddito complessivo, fino al tetto di 1.549,37 euro, dei contributi previdenziali e assistenziali per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare; la detraibilità del 19 per cento delle spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale in caso

⁵⁶⁴ Il Piano per la non autosufficienza prevedeva che le prestazioni fossero condizionate all'ISEE per prestazioni di natura sociosanitaria, con una soglia di almeno 50.000 euro per le persone in condizione di disabilità gravissima (65.000 se minorenni).

⁵⁶⁵ La Commissione terrà conto del decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016, volto al riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze per lo stesso anno, che indicava come persone in condizione di disabilità gravissima i beneficiari dell'indennità di accompagnamento e le persone non autosufficienti secondo il regolamento dell'ISEE (DPCM 159/2013) che si trovino in condizioni specifiche.

di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, fino a 2.100 euro, qualora il reddito complessivo non superi 40.000 euro; il non concorso al reddito del lavoratore dipendente delle somme e prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie degli stessi per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari a carico anziani o non autosufficienti; il non concorso dei contributi e premi versati dal datore di lavoro a tutti o categorie dei dipendenti per prestazioni, anche assicurative, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o il rischio di gravi patologie.

Non vengono considerate nell'ambito della ricognizione altre agevolazioni fiscali, quali le detrazioni per premi (anche se versati dai datori di lavoro) relativi alle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana e alle assicurazioni finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave (come definita dalla L. 104/1992).

Va inoltre ricordato che il DL 19/2024 ha introdotto un'ulteriore agevolazione, di tipo contributivo.

È stato riconosciuto fino alla fine del 2025 l'esonero dei contributi previdenziali e assicurativi a carico del datore di lavoro domestico, fino a un massimo di 3.000 euro annui, in caso di assunzione o trasformazione a tempo indeterminato di contratti di lavoro domestico per assistenti a soggetti anziani di età non inferiore a 80 anni e con ISEE per le prestazioni socio-sanitarie non superiore a 6.000 euro, titolari dell'indennità di accompagnamento. L'agevolazione resta subordinata al reperimento delle risorse per la relativa copertura (10 milioni per il 2024, 39,9 per il 2025, 58,8 per il 2026, 27,9 per il 2027 e 0,6 per il 2028), da assicurare modificando il Programma Nazionale Giovani, Donne e Lavoro 2021-2027, qualora la misura sia ammessa al finanziamento.

In un precedente lavoro dell'UPB⁵⁶⁶ si esamina la distribuzione delle detrazioni per oneri ed erogazioni liberali, e, in particolare, si osserva che quelle per addetti all'assistenza personale in caso di non autosufficienza sono usufruite da contribuenti con reddito compreso tra 15.000 e 50.000 euro nel 67 per cento dei casi, contro il 33 per cento per redditi più bassi, e nel 68 per cento dei casi da contribuenti che risiedono al Nord, rispetto al 24 per cento nel Centro e al 9 nel Mezzogiorno. Per quanto concerne le assicurazioni, le detrazioni relative a quelle per il rischio di non autosufficienza sono tra le voci con una distribuzione territoriale più diseguale, in quanto al Nord risiede il 74 per cento dei percettori dell'agevolazione (contro, il 16 per cento al Centro e il 10 nel Mezzogiorno), probabilmente anche per effetto di una maggiore diffusione dei programmi di *welfare* aziendale in questo campo. Inoltre, il 63 per cento dei beneficiari dell'agevolazione è collocato nella fascia centrale di reddito, il 28 per cento dichiara un reddito maggiore e il 9 per cento un reddito minore. Quanto alle assicurazioni relative alla disabilità grave, la quota di beneficiari della detrazione nella fascia di reddito tra 15.000 e 50.000 euro arriva al 77 per cento (mentre cala al 18 per cento quella relativa ai più benestanti e al 5 per cento quella dei dichiaranti con reddito minore), mentre la distribuzione geografica è relativamente più equilibrata (57 per cento al Nord, 27 al Centro e 17 nel Mezzogiorno).

⁵⁶⁶ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Detrazioni e agevolazioni fiscali: analisi dei recenti interventi normativi", Focus tematico n. 4, 11 aprile.

Il decreto legislativo non affronta la questione del riordino delle agevolazioni fiscali. In generale, queste tendono ad aumentare nel tempo in termini di fattispecie, di beneficiari e di costo per l'erario, e negli ultimi anni questo è avvenuto anche con riferimento alle misure del *welfare* aziendale. Come osservato dall'UPB⁵⁶⁷, il proliferare di spese fiscali tende a ridurre la trasparenza e aumentare la frammentarietà del sistema tributario, oltre a produrre effetti iniqui, a seguito principalmente dell'esclusione dei soggetti incapienti. Pertanto, **in molti casi, al posto delle agevolazioni, sarebbero preferibili programmi di spesa (*bonus ad hoc*), che consentirebbero di migliorare la trasparenza, l'equità e l'efficienza, anche per la possibilità di adottare criteri selettivi più mirati e controllare meglio gli esborsi. Nel caso specifico, poi, si deve considerare l'opportunità di potenziare la fornitura di servizi pubblici, piuttosto che finanziare l'acquisto di quelli privati.**

6.5 Considerazioni generali

L'esame condotto sin qui mostra che, anche dopo le recenti riforme, l'assunzione di una responsabilità pubblica sulla LTC è ancora molto parziale. Restano numerosi i problemi da affrontare per il riordino delle misure per la disabilità e per garantire una copertura pubblica adeguata del rischio di non autosufficienza su tutto il territorio nazionale.

Nel campo della LTC anche l'individuazione dei potenziali beneficiari non è banale, esistendo diverse definizioni a cui fare riferimento e informazioni non sempre coerenti tra loro, tanto che uno degli obiettivi delle riforme è stato proprio fare chiarezza sugli aspetti definitori, rifacendosi a impostazioni internazionali e superando espressioni obsolete e discriminatorie. La platea della popolazione interessata alla LTC in Italia è comunque piuttosto consistente, principalmente a seguito dell'elevata speranza di vita. Dalle inchieste condotte in proposito emerge la percezione di una significativa necessità di maggiore supporto alle famiglie. Tuttavia, una nota di ottimismo per il futuro può derivare dalla percentuale relativamente ridotta di persone con gravi limitazioni, rispetto alla media europea, e dall'osservazione dell'evoluzione del numero di anni vissuti con limitazioni al crescere della speranza di vita, piuttosto stabile nel passato.

Le difficoltà di realizzare riforme globali in questo campo sono numerose e non riguardano solo l'Italia. Introdurre un nuovo settore di intervento della protezione sociale è un'operazione che richiede uno sforzo congiunto da parte di quelli tradizionali, dalla sanità all'assistenza, dei diversi livelli di governo ed Enti che hanno responsabilità in materia, tenendo conto della frammentazione dei soggetti implicati, pubblici e privati, e richiede l'individuazione di fonti di finanziamento nuove e adeguate. Tuttavia, molti sono i Paesi già intervenuti per introdurre un sistema di LTC, anche se i modelli emersi sono molto differenziati e nella UE solo i Paesi Bassi, la Svezia e la Danimarca, tra i primi a

⁵⁶⁷ *Ibidem*.

introdurre riforme, hanno sistemi forti (spesa pubblica al 3,5 per cento del PIL) e basati sull'offerta di servizi.

L'Italia, con una spesa inferiore al 2 per cento nell'ultimo decennio, si colloca tra i paesi che dedicano al settore una quantità di risorse di livello intermedio, ma il modello è prevalentemente basato su trasferimenti monetari, privi di vincolo di spesa (in particolare, l'indennità di accompagnamento, che rappresenta il 43 per cento della spesa per LTC), utilizzati generalmente per compensare i *caregiver* familiari o per acquistare servizi di assistenza personale, non sempre con contratti regolari. Condiscendendo a questo modello, nel tentativo almeno di frenare il mercato sommerso, sono stati introdotti nel tempo diversi provvedimenti di regolarizzazione.

Il quadro dei servizi è estremamente diversificato tra le Regioni, ma anche tra singoli Comuni e ATS (che pure erogano limitati benefici monetari), e complessivamente non molto sviluppato. La stessa conoscenza degli interventi realizzati, soprattutto a livello locale, non è soddisfacente, malgrado le diverse indagini effettuate, che offrono comunque alcune evidenze interessanti, e le banche dati amministrative predisposte o in costruzione. Di recente si sta comunque lavorando sul flusso di informazioni, da quelle derivanti dal Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), in particolare il flusso SIAD sull'assistenza domiciliare, a quelle del Sistema unitario dei servizi sociali (SIUSS), che dovrebbe raccogliere le indicazioni sulle prestazioni e i servizi sociali, da utilizzare anche per la rendicontazione degli interventi da parte delle Regioni, e il cui rafforzamento potrebbe rappresentare uno dei prodotti del PNRR e dello sforzo di riordino e miglioramento.

Venendo dunque alle riforme, appare importante avere introdotto una disciplina uniforme di valutazione, sia per il riconoscimento della condizione di disabilità che di non autosufficienza, per semplificare la definizione del fabbisogno di assistenza e l'accesso ai servizi. **I tempi di attuazione tuttavia sono piuttosto lunghi.**

Rimane controversa invece la questione se sia stato effettivamente introdotto un nuovo settore di welfare dedicato ad affrontare il rischio di non autosufficienza. Dal punto di vista dell'ingegneria istituzionale, lo SNAA sembrerebbe riguardare solamente l'assistenza sociale, non la componente sanitaria – anche se la responsabilità dell'azione integrata coinvolge le strutture del SSN, da un lato, e l'INPS, dall'altro – e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana sembrerebbe essere stato riportato nella competenza della Rete della protezione e dell'inclusione sociale (che comprende le Regioni), istituita presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, piuttosto che essere affidato a un Comitato interministeriale (CIPA). Questo esito può rendere più difficile il processo di integrazione, che potrà realizzarsi solo se ci sarà un forte impegno in questo senso sia in fase di programmazione, sia di realizzazione degli interventi, ma è anche un frutto della diversa natura dei diritti sociali e di quelli sanitari in Italia, con i secondi costituzionalmente tutelati e i primi ancora molto confusi e indeterminati, difficilmente esigibili. Infatti, **le riforme sono rimaste**

timide nella definizione dei LEP, giocando su rinvii a provvedimenti successivi, soffermandosi sull'indicazione di metodologie e criteri piuttosto che compiere il passo decisivo della determinazione dei livelli garantiti, recuperando disposizioni del passato che erano apparse ancora di tipo preliminare. In conclusione, non sono indicati diritti esigibili, né per il presente, né in una progressione temporale predefinita. Laddove si fa riferimento a prestazioni e servizi da fornire, l'erogazione è subordinata alla disponibilità di risorse, che non vengono contestualmente incrementate, nonché alla programmazione integrata socio-assistenziale come strumento per delineare, ma anche limitare, le modalità e la misura in cui i bisogni e i diritti possono essere soddisfatti. La stessa possibilità di accedere alla valutazione multidimensionale, volta a individuare i fabbisogni di assistenza, sarà assicurata solo gradualmente. Pertanto, l'asimmetria tra assistenza sociale e sanitaria viene riconfermata, e con essa i timori di quanti vedevano in un ipotetico sistema nazionale per la LTC, sovrastante il SSN, il rischio che anche il diritto alla salute venisse indebolito.

Va pure sottolineato il ruolo rilevante attribuito al Terzo settore nell'ambito degli interventi integrati e l'auspicato coinvolgimento delle associazioni di settore, oltre che di quelle rappresentative dei beneficiari e delle parti sociali, da consultare ai fini della programmazione dei servizi. Il rischio, tenendo anche conto delle tendenze imprenditoriali di una parte rilevante del Terzo settore, è dare troppa voce, nell'organizzazione dell'intervento pubblico, agli interessi degli erogatori privati, che mirano a espandere il proprio mercato in funzione sostitutiva. Tra l'altro, nell'ambito della riforma delle politiche per le persone anziane, sono state affiancate al nucleo centrale dell'intervento una serie di misure per l'invecchiamento attivo che, con il loro carattere in buona misura volontaristico o promozionale, finiscono per indebolire l'obiettivo dell'assunzione di una forte responsabilità pubblica sul rischio di non autosufficienza.

Per quanto riguarda più strettamente la gestione, integrazione ed erogazione di servizi e prestazioni, molti appaiono gli aspetti non risolti, rinviati o semplicemente non affrontati.

Le modalità di erogazione dei servizi concepite dalle riforme sembrano relativamente coerenti con la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000), con la legge di bilancio per il 2022 e con il DM 77/2022 sui modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN, nonché con le esperienze più avanzate delle Regioni, ma non sono stati compiuti significativi passi avanti e si crea qualche confusione sull'età soglia per avere diritto alle prestazioni per gli anziani. Il PNRR finanzia, fino al suo esaurimento, l'incremento delle prese in carico in ADI, per arrivare al 10 per cento dei soggetti di età superiore a 65 anni, ma a patto che l'intensità assistenziale media sia molto bassa. Il decreto legislativo in materia di non autosufficienza non sembra promuovere lo sviluppo dei servizi pubblici, ma piuttosto l'enfasi sulla logica di rete e di sussidiarietà orizzontale, con il coinvolgimento di soggetti pubblici, privati e del Terzo settore, famiglie e comunità, farmacie. Questo e l'abbandono del concetto di adeguatezza dell'intensità assistenziale portano al disegno di un sistema in cui non è il

bisogno a determinare il supporto erogato alla persona, ma sono gli aiuti disponibili, rastrellati e affiancati in vario modo, a determinare l'offerta. L'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari relativi all'assistenza domiciliare e l'adozione del nuovo approccio multidimensionale e continuativo sono rinviate a linee di indirizzo da definire. Sostanzialmente non si interviene sugli standard dei servizi domiciliari e residenziali, rinviando al futuro la definizione, da parte delle Regioni, delle procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e le previste nuove regole di autorizzazione e accreditamento per le strutture che offrono riabilitazione. Gli aspetti relativi alla formazione e qualificazione del personale che si occupa delle persone non autosufficienti, compreso quello che opera nella cura a domicilio, sono anch'essi rinviati, nell'attesa di future linee guida, così come la valutazione del fabbisogno di personale nel comparto pubblico e in quello privato, e per i *caregiver* familiari si auspicano interventi delle Regioni, ma non si appostano finanziamenti. Il decreto legislativo appare dunque estremamente lacunoso con riguardo agli aspetti più strettamente legati al potenziamento dei servizi pubblici e alla garanzia di qualità di quelli privati, finanziati anche con risorse pubbliche. Limitate risorse sono previste per la formazione e il rafforzamento del personale destinato a operare le valutazioni delle persone con disabilità.

La prestazione universale, a sua volta, resta un programma estremamente limitato, di cui non sono stati pianificati gli sviluppi. Il previsto riordino della disciplina fiscale e, in particolare, delle spese fiscali, può essere utile per razionalizzare il settore, ma un ulteriore, eventuale loro potenziamento non sembra rappresentare la strada migliore per rafforzare il sostegno alla non autosufficienza, considerando che non raggiungono gli incipienti e che è difficile definire e applicare meccanismi selettivi appropriati.

Alla base di questi rinvii e delle lacune dei decreti legislativi c'è soprattutto il limitato finanziamento delle riforme, che contavano sugli investimenti del PNRR, che si concluderà nel 2026, e sulle risorse disponibili a legislazione vigente, le quali includono soltanto lo stanziamento di qualche centinaio di milioni per i servizi socio-assistenziali domiciliari per la non autosufficienza (legge di bilancio per il 2022) e per le politiche per le persone affette da disabilità (leggi di bilancio per il 2020, il 2022 e il 2024).