

## Un Servizio Nazionale per gli anziani Non Autosufficienti

Gianmario Cinelli e Francesco Longo

*Gli anziani non autosufficienti, ossia le persone di età superiore o uguale a 65 anni che non sono in grado di compiere in autonomia e senza bisogno di assistenza le attività di vita quotidiana, sono circa 2,9 milioni. Di questi, 1,5 milioni di anziani non autosufficienti non ricevono assistenza pubblica. Il restante 50%, invece, beneficia spesso di servizi insufficienti o inappropriati rispetto alle proprie condizioni di salute. Nei fatti, i principali interventi per gli anziani non autosufficienti si limitano all'Indennità di Accompagnamento, uguale per tutti e limitato a coloro che riescono ad ottenere una certificazione di invalidità al 100%, e al ricovero presso strutture residenziali, riservato solamente per i casi molto gravi. In questo contesto, la presa in carico degli anziani avviene al di fuori del perimetro pubblico, attraverso l'assistenza diretta delle famiglie e il sostegno delle badanti.*

*I servizi pubblici inadeguati sono il risultato di un sistema di welfare disegnato prima che emergesse il bisogno di assistenza degli anziani in long-term care e dell'incapacità dei governi di istituire un sistema integrato per gli anziani non autosufficienti. Negli anni, gli Enti Locali e i diversi Servizi Sanitari Regionali hanno provato a sopperire all'assenza di un sistema integrato introducendo diversi interventi "tampone", disponendo di risorse significativamente inferiori rispetto ai bisogni degli anziani.*

*L'assenza di un sistema integrato per gli anziani in LTC, e la conseguente natura frammentata dei servizi, causa diverse criticità. Un generale incertezza, che impedisce di raccogliere informazioni sul numero degli assistiti e sui livelli di assistenza effettivamente erogati. Un utilizzo inefficace e inefficiente delle risorse pubbliche, privilegiando i trasferimenti monetari incondizionati all'erogazione di servizi pubblici di qualità. Diseguaglianze di accesso e territoriali, associate alla complessità di accedere di diversi interventi per le persone marginalizzate o alla capacità produttiva fortemente eterogenea dei diversi contesti territoriali. Infine, l'assenza di un sistema integrato indebolisce l'SSN, visto che gli anziani sono spesso assistiti in modo inappropriato presso strutture sanitarie, e abbassa l'occupazione femminile e la produttività, dato che la presa in carico delle persone in condizione di bisogno ricade sulle famiglie e in particolare sulle donne.*

*L'importanza dei servizi di assistenza degli anziani non autosufficienti resa evidente dalla pandemia Codiv-19, la rilevanza sociale che hanno assunto i lavoratori in settori "essenziali" che svolgono un ruolo di cura, l'incremento di risorse pubbliche destinate ai servizi sanitari e socio-sanitari che ne conseguiranno, il PNRR e le riforme con esso necessarie, rappresentano un'occasione unica per promuovere una riforma di sistema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.*

*Il governo dovrebbe istituire un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti, introducendo un distinto pilastro del welfare nel sistema italiano, come già avvenuto da tempo in molti altri paesi EU. La frammentazione degli interventi attuali dovrebbe essere sostituita da un sistema unico e integrato, dotato di una propria filiera istituzionale, un fondo unico nazionale e un'unità di accesso unificate. I livelli di assistenza dovrebbero essere commisurati alle effettive condizioni di salute e alla tipologia di servizi scelti e gli anziani dovrebbero avere la facoltà di scegliere liberamente che tipologia di servizio beneficiare.*

*Il Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti dovrebbe ambire a integrare e orientare la crescente spesa privata verso servizi di qualità e buoni lavori per promuovere lo sviluppo di un settore professionale. L'istituzionalizzazione di un sistema integrato permetterebbe di dare dignità e professionalizzare le badanti a cui attualmente è affidata la tenuta del sistema, creando un settore dei servizi di assistenza e nuova occupazione.*

*Il Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti sarebbe sostenibile sotto il profilo finanziario. A parità di risorse pubbliche, il nuovo sistema potrebbe assistere 190 mila anziani in più, incrementando il numero di beneficiari di servizi domiciliari e introducendo un'assistenza domiciliare robusta per circa 400 mila anziani.*

*Il servizio nazionale per gli Anziani Non Autosufficiente permetterebbe di perimetrare lo sforzo economico collettivo per la LTC, disponendo di dati solidi sui profili di bisogno, i tassi e i livelli di assistenza. Questo permetterebbe di proteggere finanziariamente gli interventi in altri ambiti del welfare erogati dall'INPS, i Comuni e l'SSN, che, in assenza di un silos dedicato per gli anziani non autosufficienti sarebbe costrette ad orientare in misure crescente le proprie risorse verso gli anziani in LTC.*

## Le caratteristiche de gli anziani non autosufficienti

Gli **anziani non autosufficienti**, ossia le persone di età superiore o uguale a 65 anni che non sono in grado di compiere in autonomia e senza bisogno di assistenza le attività di vita quotidiana, sono **circa 2,9 milioni** (cfr Appendice 2). Si tratta di un numero cresciuto significativamente negli scorsi decenni e destinato a incrementare ulteriormente nei prossimi anni. Infatti, l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento degli stili di vita e della struttura delle famiglie, uniti alle crescenti dinamiche di fragilità legate all'aumento degli anziani soli, faranno crescere in modo drammatico il numero di anziani non autosufficienti. Secondo le proiezioni ISTAT (2019), nel 2050 potrebbero rappresentare tra il 32 e il 37% della popolazione over 75, contro il 23% del 2018.

Le numerose ricerche sviluppate negli ultimi anni permettono di tracciare un **identikit degli anziani non autosufficienti**, o in condizione di long-term care. In primo luogo, si tratta di persone **“molto anziane”**: il 46% delle persone di 85 anni è in condizione di non autosufficienza, mentre per le persone di 75 e 65 anni la prevalenza è pari rispettivamente al 21% e all'8%. In secondo luogo, gli anziani non autosufficienti presentano, nella grande maggioranza dei casi, una o più **patologie croniche**. Infatti, in Italia vivono 13,5 milioni di persone over 65, di cui l'80% (10,8 milioni) soffre di almeno una patologia cronica. Inoltre, la condizione di non autosufficienza è generalmente più diffusa fra le persone **fragili**, che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate.

I **bisogni assistenziali** degli anziani non autosufficienti rientrano all'interno di un continuum che vede ai due estremi, da un lato, prestazioni caratterizzate da una forte componente **sanitaria e/o socio-sanitaria**, dall'altro, prestazioni a maggior rilevanza **sociale**. Inoltre, adottando una prospettiva più ampia, i bisogni degli anziani in condizioni di long-term care non sono esclusivamente di natura assistenziale, ma riguardano anche aspetti **relazionali** quali l'ascolto, il contrasto alla solitudine e lo sviluppo e il mantenimento di relazioni sociali.

Prima di sviluppare delle proposte sui servizi pubblici di assistenza agli anziani non autosufficienti sono necessarie **due premesse**. In primo luogo, a differenza di quanto accade spesso nel dibattito di policy, è opportuno delineare **soluzioni differenti** per i quattro diversi destinatari dei programmi di long-term care: anziani **non autosufficienti, disabili, cronici** e altre persone in condizione di **marginalità** (senza fissa dimora, dipendenze, disoccupazione...). Infatti, i diversi gruppi di destinatari sono spesso considerati come un cluster omogeneo sia nelle proposte di policy che nelle statistiche nazionali. Tuttavia, si tratta di quattro target con bisogni fortemente eterogenei che necessitano di una diversa tipologia e intensità assistenziale e, di conseguenza, dovrebbero essere oggetto di programmi spesso differenti. Le analisi e le proposte contenute in questo documento si riferiscono agli anziani non autosufficienti. Potrebbero essere estese, con opportune modifiche, alle persone con disabilità mentre non sarebbero efficaci per i cronici e le altre persone in condizione di marginalità.

In secondo luogo, l'**integrazione fra l'assistenza socio-sanitaria e sociale**, invocata da molti policymakers, è molto **difficile da realizzare**. Le ASL, i Comuni e gli altri soggetti erogatori dovrebbero, territorio per territorio e intervento per intervento, integrare le diverse unità di offerta. Tuttavia, tale integrazione è molto complessa per due principali ragioni. In primis, le prestazioni sanitarie costituiscono un diritto garantito e gratuito, finanziato in modo ingente e prevalentemente dal settore pubblico (74% della spesa sanitaria è coperta dal SSN). Per quanto riguarda gli interventi di supporto e protezione sociale, invece, lo Stato, in Italia come negli altri paesi occidentali, fornisce un sostegno necessariamente limitato con criteri di eleggibilità che considerano anche il livello di reddito, in base al quale si modulano logiche di co-payment, che rendono il mercato informale più attraente per le classi medie e alta rispetto al costo pieno dei servizi pubblici. Inoltre, gli interventi pubblici destinati agli anziani non autosufficienti rientrano attualmente in distinti ambiti del welfare e, conseguentemente, sono erogati da diversi livelli di governo. La natura frammentata della governance del sistema attuale rende l'integrazione delle prestazioni fortemente complessa. Di conseguenza, per creare una maggiore integrazione fra i programmi per gli anziani non autosufficienti sarebbe preferibile istituire un unico Servizio Nazionale per operationalizzare effettivamente l'integrazione tra le diverse forme di assistenza.

## Il sistema attuale per gli anziani non autosufficienti

### Programmi pubblici di assistenza per gli anziani non autosufficienti

I servizi pubblici per gli anziani in LTC, in Italia come in altri paesi, possono essere suddivisi in quattro tipologie: i trasferimenti monetari, servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali. Nel primo caso si tratta di prestazioni monetarie, negli altri casi di servizi reali che in genere risultano compatibili con il beneficio di trasferimenti monetari.

Il **trasferimento monetario** prevalente è l'**indennità di accompagnamento (IDA)** erogata dall'**INPS**. L'ammontare dell'assegno, limitato a coloro che hanno una invalidità riconosciuta del 100% e senza limiti reddituali, è pari a circa €515 mensili. I Comuni, in alcuni casi erogano trasferimenti monetari di sostegno al reddito attraverso i cosiddetti «**assegni di cura**» o «**voucher**», il cui utilizzo può essere vincolato all'assistenza al domicilio degli anziani non autosufficienti (es. per il compenso di uno o più assistenti familiari). I criteri per la loro assegnazione e l'importo variano a seconda dei singoli enti locali, ma in linea generale tengono in considerazione il reddito, il bisogno assistenziale e la presenza di particolari patologie, oltre alla presenza di caregiver familiari.

Per quanto riguarda i **servizi domiciliari**, le **ASL** organizzano l'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**. L'ADI consente alle persone non autosufficienti di essere assistite da infermieri o altro personale sanitario al proprio domicilio, accorciando o evitando il ricovero in ospedale o in struttura. Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste e al mix di professionisti sanitari coinvolti. Inoltre, i **Comuni** organizzano un **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**, che si caratterizza per un contenuto della **prestazione** ad afferenza **sociale** la cui erogazione è spesso esternalizzata a organizzazioni profit o del privato sociale, talvolta con la collaborazione di organizzazioni di volontariato. I beneficiari dell'ADI vengono selezionati sull'intensità dei bisogni sanitari e sull'efficacia relativa dell'ADI rispetto al contesto dato, senza test dei mezzi. All'opposto, i beneficiari del SAD vengono prevalentemente selezionati in base ad insufficienti condizioni reddituali e a contesti di grave solitudine o emarginazione, ponderando l'intensità dei bisogni. Formalmente, la classe media può servirsi del SAD a pagamento pieno del costo, ma esso non è competitivo rispetto al mercato informale dell'assistenza (il prezzo è per le famiglie sostanzialmente triplo) e quindi è una ipotesi non concretamente praticata.

Infine, servizi semi-residenziali e servizi residenziali offrono assistenza agli anziani che presentano un bisogno assistenziale più elevato. I **servizi semi-residenziali** sono interventi di sostegno rivolti agli anziani in condizioni di parziale non autosufficienza o di grave decadimento cognitivo, erogati in strutture di tipo diurno (per esempio, i Centri Diurni). I **servizi residenziali** sono rivolti agli anziani in condizione di non autosufficienza marcata ed erogano **prestazioni** caratterizzate da una forte rilevanza **socio-sanitaria**. Gli anziani sono assistiti, in via temporanea o definitiva, in strutture con caratteristiche alberghiere che assumono diverse forme e diverse denominazioni a seconda della Regione di appartenenza (RSA, Case protette, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio). Sia nel caso dei servizi residenziali, sia nel caso dei servizi semi-residenziali, le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza. Più la natura del servizio è qualificata come sanitaria o socio-sanitaria, più aumenta la percentuale di copertura del costo di parte pubblica, garantita dal SSN. Viceversa, più è rilevante la componente alberghiera e sociale, maggiore è l'onere a carico delle famiglie. Per la quota alberghiera delle persone incapienti interviene il Comune di residenza. La natura del servizio (più o meno sanitaria o sociale) è spesso un contenuto più definitorio e regolatorio che sostanziale. Negli ultimi 15 anni si è assistito progressivamente a uno scivolamento di quasi tutti i posti letto residenziali disponibili nell'area socio-sanitaria, sia per aumentare il contributo pubblico alle famiglie, sia per proteggere gli enti locali dagli oneri finanziari indotti, spostandoli a carico del SSN percepito come un silos del welfare più capiente.

### La governance: frammentazione di un sistema mai nato

La governance del sistema attuale per gli anziani in LTC è fortemente complessa. Infatti, i programmi pubblici di assistenza per gli anziani non autosufficienti rientrano in distinti ambiti del welfare (frammentazione orizzontale) e sono erogati a diversi livelli di governo (frammentazione verticale).

Il sistema di welfare italiano è stato disegnato, a partire dal secondo dopoguerra fino alla fine degli anni settanta, in un periodo storico dove non era ancora emerso in modo marcato il bisogno di assistenza e cura degli anziani non autosufficienti. Successivamente, a partire dalla seconda metà degli anni novanta, l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento degli stili di vita hanno reso evidente la necessità di introdurre dei servizi per gli anziani in LTC. Tuttavia, a differenza di quanto accaduto nel 1978 con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, governi italiani non hanno istituito un sistema organico e integrato per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. In tale contesto, nel corso degli anni l'INPS, le ASL e i Comuni hanno sopperito all'assenza di un sistema integrato introducendo diversi interventi "tamponi", in alcuni casi anche senza ricevere risorse aggiuntive.

L'inesistenza di un sistema integrato per gli anziani non autosufficienti ha generato un'elevata frammentazione orizzontale fra settori o ambiti del welfare. Infatti, l'Indennità di Accompagnamento, introdotta nel 1980, si configura come un servizio previdenziale. Il Servizio Sanitario Nazionale ha dedicato risorse crescenti per la quota di assistenza sanitaria erogata nei servizi residenziali e prestazioni sociosanitarie (ADI). Le prestazioni di carattere sociale (SAD, residenze sociali, centri di aggregazione) sono parte integrante delle politiche sociali. Di conseguenza, a livello nazionale, il Ministero della Salute, l'INPS e il Ministero delle Politiche Sociali si occupano dell'indirizzo e del finanziamento dei diversi programmi per gli anziani non autosufficienti.

La frammentazione orizzontale fra i diversi ambiti del welfare comporta una notevole frammentazione verticale fra i diversi livelli di governo. L'INPS definisce il quadro di riferimento per l'assegnazione del trasferimento, della valutazione del bisogno e dell'erogazione dell'Indennità di Accompagnamento. Per quanto riguarda i servizi del SSN (servizi residenziali, ADI), le Regioni si occupano dell'attività di programmazione mentre alle Aziende Sanitarie Territoriali è affidata la valutazione dei bisogni e l'erogazione dei servizi. Infine, per quanto riguarda la componente sociale, i Comuni pianificano i servizi, svolgono la valutazione dei bisogni e erogano i servizi in modo diretto o indiretto.

L'inadeguatezza dell'attuale (dis)organizzazione del settore socio-sanitario è emersa in maniera dirompente durante la pandemia da Covid-19, in cui l'assenza di una governance chiara ha portato ad una gestione tardiva dell'emergenza sanitaria nelle strutture residenziali, pur rappresentando i servizi in cui c'era la più alta concentrazione di soggetti fragili a rischio letale del virus.

**Figura 1 Il sistema di governance degli interventi pubblici per anziani non autosufficienti**



## I risultati: pochi assistiti poco assistiti

Il sistema attuale assiste poco più del 50% degli anziani non autosufficienti e nella maggior parte dei casi offre servizi insufficienti. Infatti, 1,5 mln (pari al 52%) di anziani in LTC beneficiano dell'Indennità di Accompagnamento e uno o più servizi reali (cfr Appendice 2). Si tratta di numeri significativamente inferiori rispetto ad altri paesi. Ad esempio, in Germania – dove le tendenze epidemiologiche e di invecchiamento sono simili a quella italiana – 2,8 mln di anziani ricevono servizi pubblici di long-term care.

Gli anziani che ricevono l'Indennità di Accompagnamento beneficiano di uno o più servizi reali. In particolare, 287 mila anziani (pari a circa il 10%) beneficiano di cure residenziali e 911 mila anziani (pari a circa il 31%) ricevono servizi domiciliari (ADI e SAD). Per quanto riguarda i servizi semiresidenziali, 294 mila anziani ricevono assistenza presso strutture diurne.

I dati appaiono ancora più critici se si analizza l'intensità dei livelli dei servizi. Infatti, secondo uno studio

del CERGAS SDA Bocconi, in media, le ore di ADI per anziano assistito sono pari a 16. Si tratta di un servizio che si limita a garantire la transizione da un setting assistenziale all'altro (prevalentemente in uscita dall'ospedale) piuttosto che un percorso stabile di presa in carico socio-sanitario. Di conseguenza, gli interventi per gli anziani non autosufficienti si limitano sostanzialmente all'Indennità di Accompagnamento e al ricovero presso strutture residenziali.

In questo contesto, l'assistenza degli anziani non autosufficienti avviene prevalentemente al di fuori del perimetro dei servizi pubblici. In particolare, la presa in carico degli anziani in LTC avviene in tre forme distinte. In primo luogo, attraverso l'assistenza diretta delle famiglie. Secondo un'indagine del CENSIS, in Italia sono otto milioni i caregiver familiari che assistono anziani non autosufficienti, e uno su quattro è anziano a sua volta. In secondo luogo, attraverso il ricorso a badanti, che sono ormai un pilastro del nostro sistema di welfare. Secondo una stima dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi, nel 2019 vi erano oltre 1 mln di badanti, di cui il 60% irregolari, che costituiscono uno dei mercati del lavoro più grandi del paese. Infine, nei casi di emergenza o particolare gravità dove l'assistenza non professionale delle famiglie e delle badanti è insufficiente, spesso gli anziani non autosufficienti sono ricoverati presso strutture sanitarie.

## La spesa pubblica e privata

La spesa pubblica per i diversi programmi di assistenza agli anziani non autosufficienti è pari a €15,5 mld (cfr Appendice 3). In particolare, i trasferimenti monetari ammontano a €9,1mld, quasi interamente assorbiti dall'Indennità di Accompagnamento (€8,8mld). La spesa per servizi residenziali è pari a €3,7mld, prevalentemente sostenuta per prestazioni caratterizzate da una forte rilevanza sanitaria e socio-sanitaria. Mentre le risorse impiegate per finanziare servizi domiciliari e semi-residenziali ammontano rispettivamente a €1,9mld e €0,9mld. Se si analizza la spesa pubblica per fonti di finanziamento, l'INPS finanzia trasferimenti monetari per €8,8mld ossia il 56,6% della spesa complessiva. Il Servizio Sanitario Nazionale eroga servizi per €5,7mld (36,6% della spesa). E la spesa sociale dei comuni per anziani ammonta a €1mld, pari al 6,7% della spesa pubblica complessiva. Per quanto riguarda la spesa privata, secondo una stima ampiamente conservativa, i consumi privati delle famiglie ammontano a €9,6mld ossia il 38,2% della spesa totale. Le risorse sono destinate al pagamento delle badanti (€6,8mld) o all'acquisto di servizi residenziali e semi-residenziali privati (€2,7mld).

**Figura 2 Numero di assistiti e intensità assistenziale a parità di risorse pubbliche**

Totale non autosufficienti 2.909.090  (di cui 48% non assistito)	Indennità di accompagnamento 1.416.934 (63%)	Servizi residenziali 287.328 (10%)
	Servizi semi-residenziali 294.063 (10%)	
	Servizi domiciliari 911.102 (31%)	

**Tabella 1 La spesa pubblica e privata per anziani non autosufficienti.**

Fonte di finanziamento	Trasferimenti monetari	Servizi domiciliari	Servizi semiresidenziali	Servizi residenziali	Totale
Fondo Sanitario Nazionale		1,72 Mld€	0,17 Mld€	3,75 Mld€	5,64 Mld€
Spesa Sociale dei Comuni	0,25 Mld€	0,44 Mld€	0,03 Mld€	0,31 Mld€	1,04 Mld€
INPS	8,80 Mld€				8,80 Mld€
<b>Totale spesa pubblica</b>	<b>9,05 Mld€</b>	<b>2,16 Mld€</b>	<b>0,20 Mld€</b>	<b>4,06 Mld€</b>	<b>15,48 Mld€</b>
Spesa out-of-pocket	6,76 Mld€	0,21 Mld€		3,25 Mld€	10,21 Mld€
<b>Totale spesa pubblica e privata</b>	<b>15,81 Mld€</b>	<b>2,37 Mld€</b>	<b>0,20 Mld€</b>	<b>7,31 Mld€</b>	<b>25,69 Mld€</b>

### Criticità dei servizi per gli anziani non autosufficienti

L'inesistenza di un sistema integrato per gli anziani in LTC e la conseguente natura frammentata dei servizi, assieme alla mancanza di una definizione legale della condizione di non autosufficienza omogenea per tutti gli ambiti del welfare e all'individuazione dei relativi diritti assistenziali, causano, in ordine crescente di rilevanza, cinque principali criticità:

- 1. Incertezza:** la natura frammentata dei programmi impedisce la raccolta di dati precisi sul **numero dei beneficiari**, **l'intensità dei servizi**, i **percorsi di assistenza** e le **spese** associati ai servizi di LTC. Ad esempio, non sono stati sviluppati flussi di dati interoperabili fra i programmi diversi di soggetti istituzionali diversi. Di conseguenza, essendo possibile beneficiare di servizi diversi – l'indennità di accompagnamento e l'ADI, l'ADI e il SAD e così via – è impossibile conoscere il tasso di copertura del bisogno, ossia la percentuale di anziani non autosufficienti che beneficiano di servizi pubblici. La generale incertezza che ne consegue, limitando la capacità di comprensione e quantificazione del fenomeno, pone un freno all'elaborazione di analisi e politiche efficaci. Lo stesso perimetro delle risorse pubbliche oggi impiegato può essere solo ragionevolmente stimato, in assenza di dati ufficiali focalizzati su questo target.
- 2. Appropriatelyzza e utilizzo delle risorse:** La distribuzione delle risorse pubbliche fra i diversi interventi di assistenza non è commisurata ai bisogni degli anziani non autosufficienti. Si pensi, ad esempio, alla rilevanza dei trasferimenti monetari sul totale dei servizi oppure al fatto che i posti disponibili in RSA sono pari a meno del 10% degli anziani non autosufficienti, un dato che ci colloca agli ultimi posti in EU.
- 3. Disuguaglianze di due tipi**
  - **di accesso:** l'esistenza di programmi diversi caratterizzati da differenti criteri di selezione impedisce l'accesso ai servizi delle **persone meno competenti o con meno reti sociali**, che spesso sono le più fragili. Infatti, il beneficio dei servizi per la non autosufficienza dipende significativamente dalla capacità degli anziani – e delle loro famiglie laddove presenti – di orientarsi in un sistema frammentato ed estremamente complesso. In queste condizioni, le persone con **bassi livelli di istruzione** e un **capitale relazionale modesto**, non riuscendo ad orientarsi nel sistema e/o a richiedere in modo efficace prestazioni assistenziali, non ricevono servizi anche nei casi in cui ne avrebbero diritto.
  - **territoriali:** in assenza di un sistema integrato per la LTC, l'ammontare di **risorse dedicate** ai singoli programmi è frutto di scelte **di singole Regioni e singoli Comuni**. I diversi contesti territoriali sono fortemente eterogenei in termini di capacità produttiva, intensità assistenziale ed esistenza di servizi integrativi. Si pensi, ad esempio, al fatto che il Veneto ha un numero di posti letto in strutture residenziali pari a 14 volte quello della Campania, pur con un numero di abitanti e anziani non autosufficienti paragonabili, oppure ad alcuni Comuni che offrono sostegni al reddito integrativi all'indennità di Accompagnamento.
- 4. Indebolisce il SSN:** l'assenza di un'assistenza efficace per gli anziani non autosufficienti genera un **impatto negativo sul SSN**. Infatti, gli anziani in condizione di bisogno, a causa della mancanza di servizi e strutture dedicate, sono spesso ricoverati in strutture ospedaliere.

Il pronto soccorso è visto infatti come la risposta universale e gratuita ad un bisogno per cui le famiglie non riescono a trovare risposta: spesso questa risposta, in assenza di strutture territoriali di sbocco, prende la forma di ricoveri in medicina inappropriati, sia in termini di setting (il bisogno andrebbe gestito a domicilio o in strutture a gestione infermieristica) che di conseguenze sull'anziano: l'allettamento prolungato può infatti compromettere fortemente la mobilità, l'orientamento cognitivo, il livello di nutrizione dell'anziano, prolungando i tempi di recupero.

- 5. Abbassa l'occupazione femminile e la produttività:** la frammentazione dei programmi e la debolezza dei servizi fanno sì che l'assistenza degli anziani ricada spesso sulle famiglie condizionando significativamente i livelli di **occupazione femminile** e **produttività**. Infatti, nel sistema attuale le famiglie svolgono il triplice ruolo care manager, care-giver e finanziatori dei servizi per gli anziani non autosufficienti. In primo luogo, le famiglie gestiscono l'accesso ai diversi programmi e il passaggio fra setting assistenziali diversi (care manager). In secondo luogo, in molti casi i familiari **assistono direttamente** gli anziani non autosufficienti (care-giver). Infine, le famiglie spesso finanziano delle **spese private** per **badanti** o altri servizi assistenziali. L'insieme di queste attività grava fortemente sulle famiglie, e in particolare sulle donne, che sono costrette a dedicare tempo, energie cognitive oltre che risorse finanziarie per l'assistenza degli anziani non autosufficienti e, di conseguenza, ne limita l'accesso al mercato del lavoro e/o i livelli di produttività. Non è un caso che le regioni con il più basso tasso di occupazione femminile siano contemporaneamente quelle con la minore disponibilità di servizi di LTC per abitante. Ovviamente sono due variabili negative, che si rafforzano una con l'altra, in modo bidirezionale e regressivo.

### **Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti**

L'Italia dovrebbe istituire un **Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti**, introducendo un sistema unico e integrato per gli anziani in condizione di LTC così come nel 1978 fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La costituzione di un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti permetterebbe di edificare un distinto pilastro del welfare nel sistema italiano. La diagnosi del sistema attuale e l'analisi delle migliori esperienze internazionali permettono di delineare i principi di fondo e le caratteristiche dei servizi del modello proposto, stimarne i livelli di spesa pubblica e immaginare possibili assetti istituzionali e spunti attuativi.

#### Un sistema integrato, specifico delle condizioni di salute e flessibile

Il Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti dovrebbe fondarsi su tre elementi:

- i. Un pilastro unico, integrato e distinto dagli altri ambiti del welfare.** In particolare, sarebbe necessario:
  - a. Sistema di governance dedicato:** bisognerebbe costituire una filiera istituzionale integrata che ricomponga l'insieme dei programmi rivolti agli anziani in LTC in un complesso unitario e coordinato di attività e processi.
  - b. Fondo Nazionale unico:** bisognerebbe accorpate le risorse pubbliche destinate agli anziani non autosufficienti in unico Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.
  - c. Unità di accesso unificata:** bisognerebbe unificare i nuclei di primo contatto e le diverse commissioni in un'unità di valutazione unica, basata su criteri di accesso nazionali, che garantirebbe un accesso unificato ai diversi servizi pubblici.
  - d. Una politica** complessiva per gli anziani orientata alla **prevenzione**, al **mantenimento funzionale** e al **maggior ritardo** possibile del sorgere delle necessità di servizi assistenziali.
- ii. Livelli di assistenza commisurati alle effettive condizioni di salute.** Il valore dei servizi assistenziali non dovrebbe essere più fisso e limitato alle disabilità estreme: la segmentazione dei servizi dovrebbe essere correlata alle clusterizzazione delle condizioni fisiche, cognitive e sociali degli anziani, creando una filiera completa a intensità crescente.

- iii. **Flessibilità nella scelta dei servizi.** Gli anziani non autosufficienti dovrebbero avere la facoltà di scegliere liberamente che tipologia di servizio beneficiare. In particolare, gli anziani, indipendentemente dalla loro condizione di salute, potrebbero scegliere fra trasferimenti monetari, servizi domiciliari, servizi semiresidenziali o servizi residenziali. La libertà di scelta andrebbe accompagnata da interventi di counseling che aiutino le famiglie a comprendere i bisogni multidimensionali e complessi degli anziani.

La creazione di un sistema integrato per gli anziani in LCT permetterebbe di ridurre le inefficienze derivanti dalla frammentazione del sistema e di orientare i servizi in prima battuta alla prevenzione e al mantenimento funzionale. L'elevato livello di incertezza del sistema attuale sarebbe superato, visto che sarebbe possibile raccogliere dati precisi sul numero dei beneficiari, l'intensità dei servizi, i percorsi di assistenza e le spese associate agli interventi pubblici. La costituzione di un'unità accesso unificata renderebbe il sistema più semplice dalla prospettiva degli assistiti, riducendo le disuguaglianze di accesso. La fissazione di livelli di assistenza commisurati alle effettive condizioni di salute introdurrebbe degli elementi di equità – perché sarebbero assistiti con maggiore intensità gli anziani che si trovano in una condizione più grave – ed efficienza – perché le risorse pubbliche sarebbe allocate sulla base delle priorità assistenziali. Infine, l'introduzione di flessibilità nella scelta dei pazienti ridurrebbe le disuguaglianze territoriali, visto che ogni anziano non autosufficiente potrebbe accedere agli stessi servizi indipendentemente dall'area geografica di provenienza.

#### Definire il valore degli interventi pubblici

I livelli assistenziali del Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti dovrebbero essere definiti quantificando, per ciascun anziano, il **valore economico degli interventi pubblici** cui ha diritto. La scelta di individuare il valore economico degli interventi piuttosto che il livello delle prestazioni sarebbe imputabile a due principali ragioni.

In primo luogo, individuare profili assistenziali nazionali sarebbe molto complesso. L'ampiezza dei bisogni sociali, la natura ricorsiva delle prestazioni e la limitatezza delle risorse pubbliche destinate all'assistenza sociale, in Italia come negli altri paesi occidentali, renderebbero particolarmente complessa l'approvazione nazionale di livelli assistenziali standard degli anziani non autosufficienti. Di conseguenza, individuare il valore economico degli interventi pubblici a cui ogni anziano ha diritto rappresenterebbe un primo passo per la futura definizione di profili assistenziali correlati ai profili di bisogno. Si pensi ad esempio al fatto che il SSN è stato istituito nel 1978 e i LEA sono stati introdotti nel 2001. In secondo luogo, la fissazione nazionale del livello delle prestazioni potrebbe limitare l'azione e l'innovazione dei territori, dove risiedono attualmente le maggiori competenze e le migliori esperienze. Regioni e Comuni avrebbero la facoltà definire i profili assistenziali correlati al valore economico garantito a ciascun anziano.

Il **valore monetario dei servizi** dovrebbe essere stabilito sulla base **delle effettive condizioni di bisogno funzionale, cognitivo e sociale** e della **tipologia di servizi scelti**. In particolare, gli anziani in condizione di bisogno dovrebbero essere classificati in diverse categorie sulla base della severità delle loro condizioni complessive. Gli anziani appartenenti a categorie di bisogno più alte, beneficerebbero di una maggiore intensità assistenziale. Inoltre, a parità di condizione di bisogno, il valore dei benefici dovrebbero variare anche sulla base della tipologia di servizio: gli anziani che scelgono di ricevere servizi reali dovrebbero beneficiare di un'intensità assistenziale più alta, anche per incentivare il progressivo passaggio da benefici di natura cash a servizi in kind. Ad esempio, gli anziani che scelgono di ricevere cure domiciliari piuttosto che trasferimenti monetari, potrebbero beneficiare servizi ricevere interventi per un valore maggiore.

La scelta di stabilire il valore degli interventi pubblici piuttosto che i LEA renderebbe il Servizio Nazionale sostenibile. Infatti, secondo questa prospettiva, il governo nazionale stabilirebbe l'ammontare delle risorse da destinare agli anziani non autosufficienti e, di conseguenza, il valore monetario degli interventi pubblici. In questo modo, non si correrebbe il rischio che la spesa pubblica per anziani superi significativamente le attese. Inoltre, la definizione di livelli di assistenza variabili tra benefici cash o in kind incoraggerebbe il ricorso a servizi professionalizzati e ridurrebbe il care-



giving familiare e il badantato in “grigio”, visto che i benefici per servizi reali sarebbero maggiori rispetto a quelli per i trasferimenti di denaro.

### Promuovere e valorizzare le migliori esperienze territoriali

Il Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti dovrebbe promuovere e valorizzare le esperienze di Regioni e Comuni. Infatti, nel sistema attuale, le migliori esperienze e competenze risiedono nei territori. Pertanto, l'obiettivo di una riforma nazionale non dovrebbe essere il disegno top-down di un sistema unico per i diversi contesti. Al contrario, la riforma dovrebbe creare le condizioni per la promozione e la valorizzazione delle esperienze territoriali.

La frammentazione del sistema di governance attuale vincola l'azione delle Regioni e dei Comuni. In particolare, in assenza di un Fondo Unico, gli Enti Locali territoriali non possono decidere l'ammontare di risorse da dedicare ai differenti servizi. In questo contesto, Regioni e Comuni possono limitarsi a disegnare gli interventi sulla base dei vincoli fissati dai trasferimenti frammentati dello Stato centrale. Si tratta di un limite significativo, soprattutto perché nel sistema attuale la spesa pubblica è sbilanciata su alcuni interventi – Indennità di Accompagnamento – a discapito di altri – prevenzione, counseling, case management, assistenza domiciliare e servizi semiresidenziali.

Le Regioni e i Comuni dovrebbero definire le caratteristiche degli interventi e promuovere innovazioni specifiche dei differenti contesti territoriali. La creazione di un pilastro unico, integrato e distinto dagli altri ambiti del welfare garantirebbe un maggiore spazio di manovra per lo sviluppo di sperimentazioni dal basso. Le Regioni e i Comuni definirebbero l'insieme degli interventi a cui ha diritto ogni anziano sulla base delle proprie condizioni di bisogno funzionale, cognitivo e sociale e della tipologia di servizi scelti. Ad esempio, supponiamo che il Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti seguisse il sistema tedesco e, quindi, che un anziano in condizione di autosufficienza media (livello 3) che scegliesse di beneficiare di servizi domiciliari avrebbe diritto a interventi per un valore economico di 1.181 euro. Nel sistema delineato, Regioni e Comuni definirebbero il portafoglio di interventi che le strutture erogatrici dovrebbero garantire a ciascun anziano. Alcuni contesti potranno impiegare le risorse per introdurre interventi di *counseling* e *case management* per orientare le famiglie nella scelta degli interventi e favorire la continuità assistenziale dei diversi interventi. In altri casi, Regioni e Comuni potranno disegnare interventi che abbracciano il paradigma del *care* multidimensionale, focalizzati non solo su prestazioni medico-infermieristiche ma anche sul sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il mantenimento delle relazioni sociali. Infine, i diversi territori dovrebbero definire, sulla base dei singoli contesti, se impiegare le risorse per interventi eseguiti da operatori sanitari oppure per azioni di affiancamento e sostegno dedicate e caregiver familiari e badanti.

Il Servizio Nazionale, affidando il disegno e la realizzazione dei programmi alle Regioni e i Comuni, promuoverebbe un approccio sperimentale nello sviluppo degli interventi per gli anziani non autosufficienti, evitando l'individuazione di modelli unici di riferimento. Il livello nazionale potrebbe stimolare ricerche e sperimentazioni sui modelli gestionali e di servizio, promuovere processi di *benchlearnig* fra i diversi contesti, e monitorare e sistematizzare le diverse esperienze in buone pratiche da adattare alle specificità dei diversi territori. Progressivamente, negli anni, potrebbero emergere convergenze inter-regionali spontanee verso i modelli emergenti valutati a miglior impatto costi-benefici.

### Orientare la spesa privata verso servizi di qualità e buoni lavori e integrarla con la spesa pubblica

Il Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti, in molti casi, non potrebbe garantire un'assistenza pubblica totale agli anziani. Infatti, soprattutto nel caso in cui si considerino i bisogni degli anziani secondo una prospettiva ampia e multidimensionale, il settore pubblico, in Italia come negli altri paesi occidentali, potrebbe garantire interventi di sostegno limitati. In questo contesto, la spesa privata delle famiglie continuerebbe a svolgere inevitabilmente un ruolo nel sistema, anche se gli anziani in condizione di povertà continuerebbero a beneficiare di contributi integrativi (trasferimenti monetari, rette) per il co-finanziamento degli interventi dai servizi sociali dei Comuni.

Pertanto, il Servizio Nazionale dovrebbe mirare a **orientare la spesa privata verso servizi di qualità e buoni lavori per promuovere lo sviluppo di un settore professionale** dei servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti.. Tale obiettivo sarebbe raggiunto attraverso due strade principali. In primo luogo, si dovrebbe prevedere la possibilità di **integrare i servizi pubblici con prestazioni aggiuntive a pagamento**, in una logica di on-topping quantitativo o upgrading qualitativo, che oggi avviene soltanto i rari casi. In secondo luogo, il Servizio Nazionale dovrebbe **professionalizzare** il vasto numero di **badanti** a cui attualmente è affidata la tenuta del sistema di assistenza. Una parte considerevole delle badanti potrebbero essere assunte come operatrici socio-sanitarie e socio-assistenziali dalle strutture erogatrici dei servizi pubblici, in particolare per permettere il presumibile incremento dei servizi domiciliari. Le strutture erogatrici potrebbero essere di natura pubblica, privata profit o non profit, a secondo del mix prevalente di ogni contesto regionale. Inoltre, le badanti potrebbero ricevere degli interventi formativi, condizionati alla regolarizzazione dei loro servizi di assistenza, in modo da creare degli incentivi per la diminuzione dell'economia sommersa. Le Regioni e i Comuni potrebbero orientare la spesa privata attraverso regole e incentivi specifiche dei diversi contesti.

Il sistema tedesco di LTC, istituito nel 1995, ha gradualmente sviluppato un settore professionale dei servizi assistenziali di notevoli dimensioni. A partire dalla costituzione del sistema fino ad oggi, il numero di occupati per servizi domiciliari e residenziali è cresciuto da 624 mila a 1,154 ml di unità. Il governo federale ha promosso lo sviluppo del settore anche attraverso investimenti in infrastrutture nelle aree sottosviluppate della Germania.

I risultati: assistere più anziani e offrire migliori servizi a parità di risorse

Il Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti sarebbe **sostenibile sotto il profilo finanziario**. Infatti, dato che la sostenibilità economica è un prerequisito di qualsiasi proposta di riforma, sono state sviluppate alcune simulazioni sulla spesa pubblica per gli interventi del nuovo Servizio Nazionale (cfr Appendice 4).

In particolare, può essere utile analizzare **due scenari**. Il primo scenario simula, **a parità di risorse**, come cambierebbe il numero di assistiti e il livello di intensità assistenziale. Secondo la simulazione, senza impiegare risorse finanziarie aggiuntive, sarebbe possibile **assistere** circa **1,7 mln** di anziani non autosufficienti (**+190 mila**). I beneficiari dei servizi residenziali incrementerebbero di 104 mila unità (392 mila in totale). **397 mila anziani** riceverebbero un'**assistenza domiciliare robusta**. Tali risultati sarebbero raggiunti in virtù dei risparmi derivanti dal fatto che ogni anziano beneficerebbe di un solo intervento e che gli assistiti in condizione di autosufficienza lieve o moderata riceverebbero benefici per un valore inferiore rispetto alla situazione attuale.

**Figura 3 Numero di assistiti e intensità assistenziale a parità di risorse pubbliche**

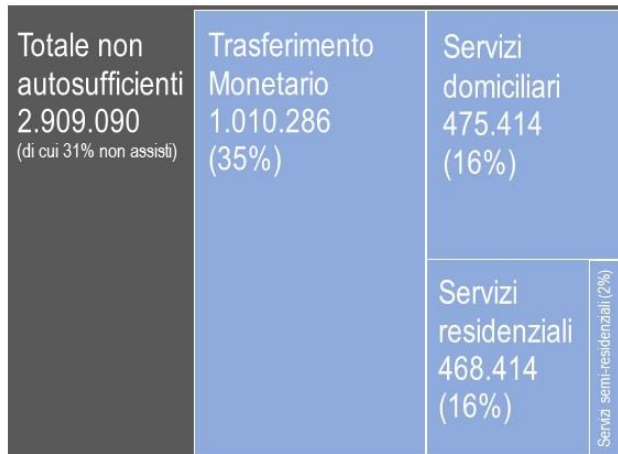
<b>Totale non autosufficienti</b> <b>2.909.090</b> <small>(di cui 42% non assistiti)</small>	<b>Trasferimento Monetario</b> <b>845.978</b> <b>(29%)</b>	<b>Servizi domiciliari</b> <b>397.827</b> <b>(14%)</b>
		<b>Servizi residenziali</b> <b>392.233</b> <b>(13%)</b>
		<small>Servizi semi-residenziali (2%)</small>

Il secondo scenario simula l'**incremento della spesa pubblica** necessario affinché il Servizio Sanitario per gli Anziani Non Autosufficienti raggiunga **risultati comparabili** al **sistema integrato tedesco** di long-term care. Le risorse aggiuntive necessarie sarebbero pari a **€3mld all'anno**. In questo scenario, sarebbero assistiti circa 2 mln di anziani non autosufficienti (+517 mila). I beneficiari dei servizi residenziali incrementerebbero di 181 mila unità (468 mila in totale). 475 mila anziani riceverebbero un'assistenza domiciliare robusta. L'incremento della spesa pubblica stimato non include i risparmi che il nuovo Servizio Nazionale genererebbe per il SSN, visto che sarebbe ridotto l'utilizzo del pronto soccorso e di setting ospedalieri per bisogni socio-sanitari, né gli spillover positivi associati ad aumento dell'occupazione e della produttività.

**Figura 4 Stima risorse necessarie per raggiungere gli standard qualitativi del sistema tedesco**



**Figura 5 Numero di assistiti e intensità assistenziale con incremento spesa corrente 3 mld**



#### Spunti per l'attuazione: caratteristiche del sistema di governance multilivello

Il Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti dovrebbe articolarsi in un sistema di governance multilivello, coinvolgendo con ruoli e responsabilità distinte e specifiche lo Stato, le Regioni ed Enti locali territoriali.

Lo **Stato centrale** dovrebbe svolgere tre principali funzioni: i) definire il **finanziamento** del Fondo Nazionale per i Non Autosufficienti; ii) definire e quantificare il **valore degli interventi pubblici**; iii) stabilire dei **criteri** nazionali per la **valutazione del bisogno**.

Le **Regioni** dovrebbero definire la **configurazione** dei diversi **sistemi** regionali di offerta dei servizi. In primo luogo le Regioni potrebbero scegliere la percentuale di risorse da dedicare a programmi preventivi e di mantenimento funzionale e come strutturarli. In secondo luogo, le Regioni dovrebbe scegliere in che modo trasformare in valore gli interventi pubblici determinati dallo Stato centrale. Le Regioni potrebbero scegliere, sulla base delle specificità dei contesti, fra **tre** distinti **approcci**: a) definire il **valore monetario** delle diverse **prestazioni assistenziali**, adottando un approccio simile a quello che avviene nei sistemi sanitari con i DRG. Secondo questo approccio gli assistiti potrebbero scegliere l'insieme delle prestazioni che intendono ricevere fino al limite fissato dallo Stato centrale sulla base delle effettive condizioni di bisogno e la tipologia dei servizi; b) stabilire delle **standard di assistenza per ogni tipologia di assistito**, sulla base delle quali negoziare la fornitura dei servizi con i diversi erogatori. c) oppure istituire un **sistema di voucher**, sulla base della valorizzazione degli interventi pubblici stabilita dal livello nazionale, grazie ai quali gli utenti concertano con gli erogatori il portafoglio dei servizi attesi. Inoltre, le Regioni dovrebbero perimetrare e regolamentare la **rete di erogatori accreditati** e contrattualizzati e gli indirizzi per il cofinanziamento e/o upgrading delle famiglie. Il livello regionale dovrebbe infine effettuare, direttamente o indirettamente, la **valutazione del bisogno** e potrebbe, eventualmente, integrare i benefici nazionali con risorse proprie aggiuntive.

Gli **erogatori**, sulla base delle specificità dei diversi contesti e le sensibilità politiche regionali, potrebbero essere **pubblici, privati e non-profit**. Gli erogatori dovrebbero fornire i servizi pubblici di assistenza, sulla base dell'approccio impiegato dalla regione di riferimento, e **integrare i servizi pubblici con prestazioni aggiuntive** a pagamento, in una logica di on-topping quantitativo o upgrading qualitativo.

L'attuazione del sistema di governance multilivello dovrebbe prevedere alcune decisioni. In primo luogo, andrebbe stabilito se costituire una filiera istituzionale ex-novo o sviluppare il Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti a partire dai soggetti istituzionali già esistenti. Nel secondo caso, andrebbe deciso se il coordinamento nazionale del sistema delineato andrebbe affidato al Ministero della Salute, l'INPS o il Ministero delle politiche sociali. Si tratta di decisioni inevitabilmente politiche, tuttavia è possibile offrire due spunti attuativi.

In primo luogo, sviluppare il sistema a partire da filiere istituzionali già esistenti sarebbe probabilmente più veloce. In secondo luogo, sulla base delle caratteristiche del sistema delineato, sarebbe importante mutuare la filiera istituzionale del SSN, particolarmente aderente al dettato costituzionale del nostro modello di Stato decentrato. Infatti, il sistema integrato attribuisce alle regioni un ruolo centrale e assimilabile a quello che svolgono dal 1992 nel SSN. Pertanto, il coordinamento nazionale del Servizio Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti potrebbe essere affidato a un dipartimento del Ministero della Salute, o a un Agenzia Nazionale ad esso collegata. I Comuni potrebbero continuare a svolgere un ruolo decisivo nell'assistenza agli anziani non autosufficienti attraverso tre modalità. Da un lato, dovrebbero essere coinvolti negli assetti istituzionali di programmazione del settore sia a livello regionale, sia ad un eventuale livello di decentramento locale. Dall'altro lato, gli enti locali continuerebbero a essere i principali shareholder in molte delle strutture di erogazione pubblica locale (ASP, Fondazioni Pubbliche). Infine, i Comuni continueranno a contribuire agli oneri socio-assistenziali per gli incapienti, pur con spese tendenzialmente inferiori, visto l'accresciuto livello di assistenza media garantito dal Servizio Nazionale Non autosufficienza.

## APPENDICE

### 1. Stima della percentuale di anziani che ricevono interventi pubblici

La stima del tasso di copertura del bisogno, ossia la percentuale di anziani non autosufficienti che beneficiano dei programmi pubblici, risulta particolarmente complessa per l'assenza di flussi di dati interoperabili fra i programmi di soggetti istituzionali diversi. Per tale ragione, la stima del tasso di copertura del bisogno presenta due particolari criticità. In primo luogo, le fonti dati disponibili si riferiscono ad anni di riferimento differenti. In secondo luogo, il rischio di duplicazione del conteggio degli anziani che beneficiano di programmi pubblici diversi. Infatti, i dati disponibili si riferiscono ai singoli programmi, mostrando il numero di anziani assistiti dai diversi interventi. Di conseguenza, gli anziani che beneficiano nello stesso anno di due o più programmi appaiono separatamente nelle diverse fonti dati due o più volte.

La stima del tasso di copertura del bisogno richiede tre step: i) stima del numero di anziani non autosufficienti; ii) numero dei beneficiari dei singoli programmi; iii) tasso di copertura del bisogno dell'insieme dei programmi di assistenza.

#### Stima del numero di anziani non autosufficienti

La stima del numero di anziani non autosufficienti può essere ricavata dalla somma (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari.

Secondo la stima più recente, che risale al 2016, il numero di anziani non autosufficienti è pari a 2.909.090 individui. Il dato potrebbe rappresentare una stima per difetto in virtù della sistematica sottovalutazione delle limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o al disagio mentale.

#### Numero dei beneficiari dei singoli programmi

Interventi pubblici	# beneficiari	Anno	Fonte
Indennità di accompagnamento	1.416.934	2019	Pensioni vigenti all'1.1. 2019 e liquidate nel 2018 erogate dall'Inps
ADI	779.226	2016	Annuario Statistico SSN
SAD	131.876	2016	Spesa Sociale dei Comuni
Servizi semi-residenziali di carattere sociosanitario (...)	23.954	2016	Annuario Statistico SSN
Servizi semi-residenziali di carattere sociale (...)	270.109	2016	Spesa Sociale dei Comuni
Servizi residenziali di carattere sociosanitario (...)	273.204	2016	ISTAT - Indagine sui presidi socio-assis
Servizi residenziali di carattere sociale (...)	14.124	2016	Spesa Sociale dei Comuni

Note: non sono incluse le forme di sostegno al reddito integrative; ii) non sono incluse le misure tipicamente riconducibili al "sostegno alla domiciliarità" (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo).

#### Stima del tasso di copertura del bisogno degli interventi pubblici

La stima del tasso di copertura del bisogno richiede alcune assunzioni. In particolare, a causa dell'assenza di flussi di dati interoperabili, il tasso di copertura del bisogno non può essere stimato attraverso la semplice somma del numero dei beneficiari dei singoli programmi. Alcuni anziani, infatti, potrebbero beneficiare contemporaneamente di due o più interventi pubblici.

La stima del tasso di copertura del bisogno si basa su due assunzioni:

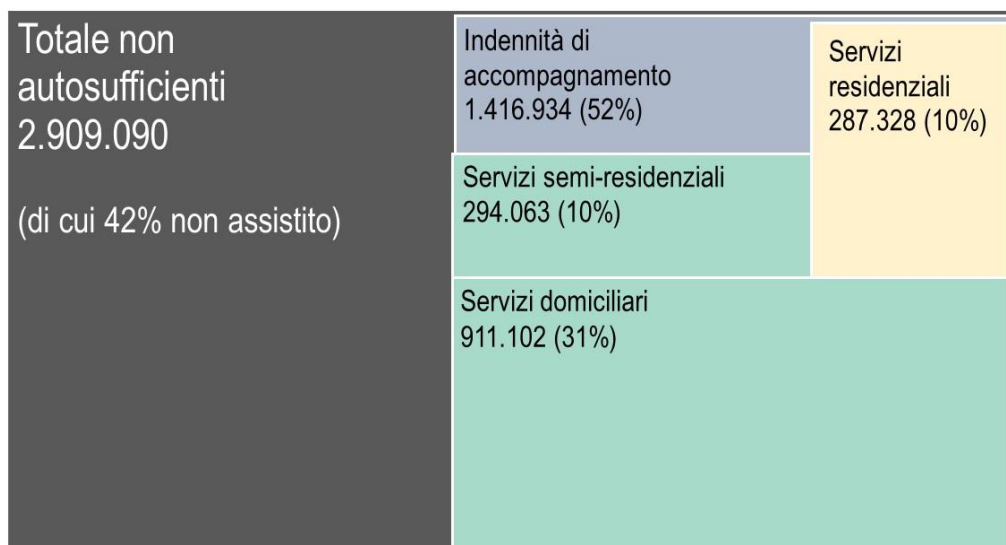
- i. Gli anziani che beneficiano di servizi reali (assistenza domiciliare, servizi semi-residenziali e cure residenziali) ricevono anche l'Indennità di Accompagnamento;

ii. Gli anziani beneficiano di un unico programma pubblico.

Sulla base di tali assunzioni la stima del tasso di copertura del bisogno è pari al 52%. In particolare circa 1,4 mln di anziani in LTC beneficiano dell'Indennità di Accompagnamento. La maggior parte di essi beneficia anche di servizi reali. Gli anziani assistiti presso strutture residenziali (RSA, Case di riposo) sono pari a 287 mila, mentre quelli che ricevono assistenza presso strutture semiresidenziali sono pari a 294 mila. Per quanto riguarda i servizi domiciliari, 911 mila anziani ricevono assistenza al domicilio.

Il dato rappresenta una stima per eccesso perché l'assunzione che ogni anziano riceve un unico servizio reale non è necessariamente vera. Ad esempio, alcuni anziani potrebbero beneficiare, nello stesso anno, dell'ADI e del SAD oppure di forme di assistenza domiciliare e semi-residenziale.

**Figura A1 Numero di assistiti e intensità assistenziale a parità di risorse pubbliche**



## 2. La spesa pubblica e privata per l'assistenza degli anziani non autosufficienti

Attualmente non è disponibile una stima ufficiale della spesa per gli interventi di assistenza agli anziani non autosufficienti. L'assenza di una stima ufficiale è dovuta a due principali ragioni. Da un lato, l'elevata frammentazione istituzionale comporta l'assenza di banche dati unificate anche per le voci di spesa. Dall'altro, i diversi target degli interventi di long-term care sono spesso considerati un target omogeneo, e pertanto non sono sviluppate statistiche di spesa ad-hoc. Ad esempio, la Ragioneria Generale dello Stato sviluppa una stima della spesa pubblica per i programmi di long-term care in senso ampio, che include quindi i servizi destinati anche ai disabili e altre persone in condizione di marginalità (dipendenze, disoccupazione...).

Tuttavia, informazioni sulla spesa pubblica e privata sono necessarie sia per valutare l'efficacia del sistema attuale sia per delineare proposte di riforme concretamente implementabili. Pertanto, sulla base delle statistiche ufficiali e compiendo alcune assunzioni, sono state sviluppate delle stime sulla spesa pubblica e privata per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Le stime, per la qualità modesta delle informazioni disponibili e per la debolezza di alcune assunzioni, presentano dei limiti e sono concepite come un punto di partenza per un'analisi più raffinata piuttosto che un calcolo definitivo. L'obiettivo dell'approfondimento è duplice. In primo luogo, quantificare una dimensione realistica della spesa per gli interventi di assistenza per gli anziani non autosufficienti. In secondo luogo, illustrare in modo chiaro le voci di spesa incluse nella stima e le assunzioni su cui si è basata.

### Stima della spesa pubblica

La spesa pubblica per gli interventi di assistenza agli anziani non autosufficienti è stata stimata attraverso la somma bottom-up dei diversi interventi socio-sanitari e socio-assistenziali erogati dal SSN, l'INPS e le politiche sociali dei Comuni. Gli interventi prettamente sociali non sono stati inclusi.

La stima della spesa degli interventi socio-sanitari erogati dall'SSN è avvenuta in tre step. In primo luogo, sono state considerate le voci contabili del modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza utilizzate dalla Ragioneria Generale dello Stato nella definizione dell'aggregato di spesa LTC. In secondo luogo, la spesa è stata corretta per le percentuali di attribuzione ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali definite dal Gruppo di lavoro interistituzionale SHA (System of Health Account). Infine, sono state escluse le prestazioni di long-term care rivolte a persone in condizione di marginalità (dipendenze, disoccupazione, disturbi psichiatrici e malati terminali). La spesa per gli interventi finanziati dal SSN è pari a €5,64mld.

**Tabella A1 Spesa interventi socio-sanitari dell'SSN. Valori in migliaia di euro.**

Codice	Voce contabili Livelli di Assistenza	Spesa totale (1)	% di attribuzione servizi long-term care SHA	Spesa di competenza servizi long-term care (2)	Esclusione altre prestazioni lct (1=incluse)	Spesa servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti (3)
20801	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza programmata a domicilio (ADI)	1.620.000 €	90%	1.458.000 €	1	1.458.000 €
20802	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consulte)	910.000 €	0%	0 €	0	0 €
20803	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza psichiatrica	1.760.000 €	70%	1.232.000 €	0	0 €
20804	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.170.000 €	60%	702.000 €	0	0 €
20805	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai tossicodipendenti	760.000 €	70%	532.000 €	0	0 €
20806	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza agli anziani	290.000 €	90%	261.000 €	1	261.000 €
20807	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza ai malati terminali	140.000 €	100%	140.000 €	0	0 €
20808	Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare - Assistenza a persone affette da HIV	50.000 €	100%	50.000 €	0	0 €
20901	Ass. territoriale residenziale - Assistenza psichiatrica	1.520.000 €	100%	1.520.000 €	0	0 €
20902	Ass. territoriale residenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	1.260.000 €	60%	756.000 €	0	0 €
20903	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	320.000 €	100%	320.000 €	0	0 €
20904	Ass. territoriale residenziale - Assistenza agli anziani	3.750.000 €	100%	3.750.000 €	1	3.750.000 €
20905	Ass. territoriale residenziale - Assistenza a persone affette da HIV	80.000 €	100%	80.000 €	0	0 €
20906	Ass. territoriale residenziale - Assistenza ai malati terminali	360.000 €	100%	360.000 €	0	0 €
21001	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza psichiatrica	440.000 €	100%	440.000 €	0	0 €
21002	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza riabilitativa ai disabili	700.000 €	60%	420.000 €	0	0 €
21003	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai tossicodipendenti	50.000 €	100%	50.000 €	0	0 €
21004	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza agli anziani	170.000 €	100%	170.000 €	1	170.000 €
21005	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza a persone affette da HIV	10.000 €	100%	10.000 €	0	0 €
21006	Ass. territoriale semiresidenziale - Assistenza ai malati terminali	50.000 €	100%	50.000 €	0	0 €
21100	Assistenza idrotermale	170.000 €	0%	0 €	0	0 €
<b>Totale complessivo</b>		<b>15.576.407 €</b>		<b>12.301.000 €</b>		<b>5.639.000 €</b>

La stima della spesa per Indennità di Accompagnamento è stata realizzata moltiplicando (i) la spesa per invalidi totali e parziali pubblicata dall'Osservatorio Pensioni vigenti all'1.1.2019 e liquidate nel 2018 (ii) per la percentuale di beneficiari di età pari o superiore a 65 anni. La spesa per le Indennità di Accompagnamento dell'INPS è pari a €8,80mld.

La stima della spesa sociale dei Comuni è stata realizzata sulla base delle tavole di spesa dei comuni pubblicate dall'ISTAT. In particolare, sono stati inclusi gli interventi di assistenza domiciliare (a esclusione dei servizi di buon vicinato), i trasferimenti monetari per prestazioni sanitarie o per il co-finanziamento delle rette per la componente alberghiera dei servizi residenziali e semiresidenziali, i finanziamenti per le strutture semiresidenziali (centri diurni e centri diurni estivi) e residenziali. Le attività di servizio sociale professionale, gli interventi integrazione sociale, e i servizi di supporto non sono stati inclusi. La spesa per gli interventi finanziati dalla spesa sociale dei comuni è pari a €1,04mld.

**Tabella A2 Area anziani: spesa per singoli interventi e servizi sociali**

Voci di spesa	Spesa totale (1)	Esclusione prestazioni sociali (1=incluse)	Spesa servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti (3)
<b>INTERVENTI E SERVIZI</b>			
<b>Totale attività di servizio sociale professionale</b>	96.735.423 €	0	
<b>Totale integrazione sociale</b>	24.992.718 €	0	
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	279.565.169 €	1	279.565.169 €
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	65.359.745 €	1	65.359.745 €
Servizi di prossimità (buonvicinato)	7.030.043 €		
Telesoccorso e teleassistenza	3.500.577 €	1	3.500.577 €
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	71.877.388 €	1	71.877.388 €
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	23.535.827 €	1	23.535.827 €
Altro	10.924.228 €		
<b>Totale assistenza domiciliare</b>	<b>461.792.977 €</b>		
<b>Totale interventi e servizi</b>	<b>602.343.641 €</b>		<b>443.838.706 €</b>
<b>TRASFERIMENTI IN DENARO</b>			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	649.211 €		
Contributi per servizi alla persona	41.265.350 €		
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	5.805.543 €	1	5.805.543 €
Retta per centri diurni	7.920.087 €	1	7.920.087 €
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1.722.792 €	1	1.722.792 €
Retta per prestazioni residenziali	210.623.152 €	1	210.623.152 €
Contributi economici per servizio trasporti	1.196.143 €		
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	45.503 €		
Contributi economici per alloggio	8.588.282 €		
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	23.983.212 €	1	23.983.212 €
Contributi economici per affido familiare	3.625.833 €		
Contributi generici ad associazioni sociali	15.316.407 €		
Altro	5.258.882 €		
<b>Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di</b>	<b>326.000.397 €</b>		<b>250.054.786 €</b>
<b>STRUTTURE</b>			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Centri diurni	29.954.431 €	1	29.954.431 €
Centri di aggregazione/sociali	10.059.259 €		
Altro	7.568.528 €		
<b>Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale</b>	<b>47.582.218 €</b>		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	312.341.307 €	1	312.341.307 €
Centri estivi o invernali (compresi i soggiorni climatici o termali)	910.808 €		
Altro	7.871.845 €		
<b>Totale strutture comunitarie e residenziali</b>	<b>321.123.960 €</b>		
<b>Totale strutture</b>	<b>368.706.178 €</b>		<b>342.295.738 €</b>
<b>Totale anziani</b>	<b>1.297.050.216 €</b>		<b>1.036.189.230 €</b>

### Stima della spesa privata

La spesa privata per gli interventi di assistenza agli anziani non autosufficienti è stata determinata sulla base della compartecipazione ai servizi pubblici calcolata dall'ISTAT e attraverso una stima della spesa privata per servizi di caregiving.

La spesa privata per servizi pubblici sanitari è definita nel sistema dei conti della sanità. Secondo l'ISTAT, i "regimi di finanziamento volontari" e la "spesa diretta delle famiglie" per l'assistenza residenziale e domiciliare è pari rispettivamente a €3,25mld e 65mln.

La spesa privata per servizi di caregiving è stata determinata stimando la quota della spesa per badanti non finanziata attraverso l'Indennità di Accompagnamento. In primo luogo, sulla base delle stime sul numero di badanti regolari e irregolari e delle rispettive spese mensili, è stata stimata la spesa annua per badanti. Secondo l'Osservatorio per la Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi, il numero di badanti regolari e irregolari è pari rispettivamente a 402 mila e 603 mila mentre



la spesa mensile per badanti è pari rispettivamente a €1495 e €800. Di conseguenza la spesa annua per badanti stimata è pari a circa €13mld. In secondo luogo, è stata determinata la quota della spesa per servizi di caregiving finanziata dall'Indennità di Accompagnamento. La stima si è basata su due ipotesi fortemente conservative: i) tutti gli anziani che hanno una badante beneficiano dell'Indennità di Accompagnamento: ii) nessun anziano riceve servizi di caregiving da più di una badante. La spesa finanziata dall'IdA risulta pari a €6,24mld. La spesa privata per servizi di caregiving, calcola sottraendo la spesa finanziata dall'IdA alla spesa totale, è pari a €6,76mld.

Stima pubblica e privata per gli anziani non autosufficienti

**Tabella A3 Spesa servizi interventi sociosanitari dell'SSN. Valori in migliaia di euro.**

Fonte di finanziamento	Trasferimenti monetari	Servizi domiciliari	Servizi semiresidenziali	Servizi residenziali	Totale
Fondo Sanitario Nazionale		1,72 Mld€	0,17 Mld€	3,75 Mld€	5,64 Mld€
Spesa Sociale dei Comuni	0,25 Mld€	0,44 Mld€	0,03 Mld€	0,31 Mld€	1,04 Mld€
INPS	8,80 Mld€				8,80 Mld€
<b>Totale spesa pubblica</b>	<b>9,05 Mld€</b>	<b>2,16 Mld€</b>	<b>0,20 Mld€</b>	<b>4,06 Mld€</b>	<b>15,48 Mld€</b>
Spesa out-of-pocket	6,76 Mld€	0,21 Mld€		3,25 Mld€	10,21 Mld€
<b>Totale spesa pubblica e privata</b>	<b>15,81 Mld€</b>	<b>2,37 Mld€</b>	<b>0,20 Mld€</b>	<b>7,31 Mld€</b>	<b>25,69 Mld€</b>

### 3. Simulazione della spesa pubblica di un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti

La sostenibilità economica è un prerequisito di qualsiasi proposta di riforma. Pertanto è stata sviluppata una simulazione della fattibilità finanziaria dell'introduzione di un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti.

L'analisi è stata elaborata utilizzando il sistema tedesco di assistenza agli anziani come riferimento per ragioni teoriche e metodologiche. In particolare, la Germania è l'unico paese europeo ad adottare un sistema unico, integrato e distinto dagli altri ambiti del welfare. Inoltre Italia e Germania sono comparabili sia in termini di dimensioni che di caratteristiche epidemiologiche. Infine, il sistema italiano attuale e il sistema tedesco condividono alcune caratteristiche circa la rilevanza dei servizi forniti, ovvero la prevalenza dei trasferimenti monetari e l'incidenza estremamente bassa dei servizi domiciliari. Da un punto di vista metodologico, il caso tedesco presenta dati estremamente ricchi. Infatti, sono disponibili dati a livello regionale sia sulle spese che sui servizi erogati.

Per simulare la spesa pubblica italiana del Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti è necessario stimare quattro variabili: i) il numero di assistiti; ii) il valore degli interventi pubblici associato alle diverse condizioni di salute e alla tipologia di servizi scelti; iii) la proporzione degli assistiti per le diverse condizioni di salute, ovvero la percentuale di beneficiari in condizioni molto gravi, moderatamente gravi etc etc; iv) la proporzione dei servizi scelti dagli anziani assistiti, ovvero la percentuale di beneficiari che scelgono di ricevere trasferimenti monetari, servizi domiciliari etc etc.

Il valore degli interventi pubblici di cui ciascun anziano ha diritto è stata stimato aggiustando i benefici del sistema tedesco in base al potere di parità d'acquisto. Inoltre, la proporzione degli assistiti per le diverse condizioni di salute è stata assunta uguale a quella del sistema tedesco attuale poiché Italia e Germania condividono caratteristiche epidemiologiche simili.

**Tabella A4 Valore dei benefici degli interventi pubblici.**

	Indennità monetarie	Servizi domiciliari	Servizi semi-residenziali	Servizi residenziali
<b>Livello 1 di intensità assistenziale</b>				114 €
<b>Livello 2 di intensità assistenziale</b>	288 €	627 €	627 €	701 €
<b>Livello 3 di intensità assistenziale</b>	496 €	1.181 €	1.181 €	1.148 €
<b>Livello 4 di intensità assistenziale</b>	662 €	1.467 €	1.467 €	1.615 €
<b>Livello 5 di intensità assistenziale</b>	840 €	1.815 €	1.815 €	1.824 €

Al contrario, stimare il numero degli assistiti del nuova sistema e la tipologia di servizi che questi sceglierebbero è più complesso. Pertanto è stata sviluppata un'analisi di scenario a due parametri. Il numero dei beneficiari è stato stimato moltiplicando il numero degli italiani per tre diverse ipotesi di tasso di copertura. L'ipotesi conservativa sotto il profilo finanziario prevede che il numero di assistiti rimanga immutato rispetto al sistema italiano attuale. L'ipotesi intermedia prevede un tasso di copertura del bisogno pari a quello del sistema tedesco. Si tratta di un'ipotesi ampiamente espansiva, visto che il numero di assistiti aumenterebbe di circa 600 mila unità. Infine, è stata sviluppata l'ipotesi che la totalità degli anziani non autosufficienti sia assistita dal Nuovo Servizio Nazionale.

Per quanto riguarda la proporzione dei servizi scelti dagli assistiti, l'ipotesi base prevede che i beneficiari del Servizio Nazionale si distribuiranno fra i diversi servizi in modo analogo a quanto accade attualmente nel sistema tedesco. Secondo tale assunzione, i beneficiari del nuovo sistema italiano sceglierebbero tra assistenza domiciliare o residenziale e tra indennità monetarie o servizi in natura con le stesse proporzioni dei beneficiari del sistema tedesco attuale. Si tratta di un'assunzione probabilmente irrealistica visto che assume una costanza nelle preferenze, mentre i due paesi divergono fortemente in termini di tratti culturali e condizioni socio-economiche. Pertanto, sulla base dei dati regionali tedeschi, sono state individuate le due regioni in cui gli assistiti scelgono servizi più (scenario negativo) o meno costosi (scenario positivo).

L'introduzione del nuovo sistema aumenterebbe la spesa pubblica per i servizi di assistenza a lungo termine di €3,01mld. I numeri nella tabella A4 indicano la distanza finanziaria dalle effettive risorse pubbliche di LTC disponibili in Italia. I dati negativi evidenziano un risparmio per la spesa pubblica effettiva LTC, mentre la somma positiva esprime la necessità di un aumento del budget.

**Tabella A5 Spesa pubblica del Servizio Nazionale per Anziani Non Autosufficienti. Analisi di scenario.**

		Scelta dei servizi		
		Positive Prevalenza di trasferimenti monetari e servizi domiciliari	Base	Negative Prevalenza servizi residenziali e semiresidenziali
% di assistiti	Modesta numero di assistiti attuale	-3,11 Mld€	-2,44 Mld€	-0,83 Mld€
	Intermedia % assistiti sistema tedesco	2,06 Mld€	3,01 Mld€	5,30 Mld€
	Totale assistiti = non autosufficienti	9,90 Mld€	11,29 Mld€	14,60 Mld€