



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

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 2023

PROPONENTI

Il Patto raggruppa la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete - Salute a km 0
Associazione Prima la Comunità
Caritas Italiana
Cittadinanzattiva
Diaconia Valdese
Federcentri APS
Forum Disuguaglianze Diversità
Forum Nazionale del Terzo Settore
La Bottega del Possibile APS
Movimento per l'Invecchiamento Attivo
Network Non Autosufficienza (NNA)
Percorsi di Secondo Welfare

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

ANAP Confartigianato Persone – Associazione Nazionale Anziani e Pensionati
ANPA Confagricoltura – Associazione Nazionale Pensionati Agricoltori
ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia
Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati
CNA Pensionati
FNPA Casartigiani – Federazione Nazionale Pensionati Artigiani
FNP CISL PENSIONATI

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

AIP – Associazione Italiana Psicogeriatria
CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti
CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
FNOFI – Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti
SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
A.L.I.Ce. Italia ODV – Lotta all'Ictus Cerebrale
Alzheimer Uniti Italia Onlus
AMOR – Associazione Malati in Ossigeno-Ventiloterapia e Riabilitazione
ANNA – Associazione Nutriti Artificialmente
ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico
Associazione Apnoici Italiani – APS
Associazione Comitato Macula
Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
Associazione Respiriamo Insieme APS
CARER ETS - Caregiver Familiari
Confederazione Parkinson Italia
DOMINA – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico
FAIS – Associazioni Incontinenti e Stomizzati
Federazione Alzheimer Italia
FIDALDO – Federazione Italiana dei Datori di Lavoro Domestico
Forum Nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'Organo e di Volontariato
Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico
SOS Alzheimer

RAPPRESENTANTI DI SOGGETTI CHE FORNISCONO INTERVENTI

AGeSPI – Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive
ANASTE – Ass. Nazionale Strutture Terza Età
ARIS – Ass. Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Assoprevidenza – Ass. Italiana per la Previdenza Complementare
Consorzio MUSA – Consorzio Mutue Sanitarie
FIMIV - Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria
Legacoopsociali
Professione in Famiglia
UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
ASSIFERO – Ass. Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

Indice

<i>1. Introduzione</i>	<i>4</i>
<i>2. Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)...</i>	<i>5</i>
<i>3. Nuove valutazioni e percorso assistenziale</i>	<i>14</i>
<i>4. Domiciliarità.....</i>	<i>32</i>
<i>5. Residenzialità.....</i>	<i>61</i>
<i>6. Prestazione Universale.....</i>	<i>84</i>
<i>7. Assistenti familiari.....</i>	<i>98</i>
<i>8. Monitoraggio.....</i>	<i>110</i>

1. Introduzione

L'iter di definizione dei Decreti Legislativi in attuazione della Legge 33/2023 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” è in pieno svolgimento. Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, dunque, ha deciso di portare il proprio contributo al percorso in atto, elaborando – come fa abitualmente - alcune proposte.

Il presente documento rappresenta la prima elaborazione di un lavoro da integrare, modificare e sviluppare, ma che ci si augura possa essere utile. È un testo concepito per il confronto con le Istituzioni poiché il Patto ritiene che una proficua collaborazione tra i diversi soggetti – nel rispetto dei ruoli di ognuno – rappresenti l'unica strada possibile per arrivare a una riforma all'altezza delle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Una precedente versione del documento è stata consegnata al Viceministro al Welfare, On. Maria Teresa Bellucci, lo scorso 3 agosto.

Le proposte sono il frutto di un percorso ampiamente partecipato. Si è voluto così valorizzare il sapere concreto di cui sono portatrici le realtà del Patto, i cui componenti sono quotidianamente coinvolti – su molteplici versanti – nell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Questo bagaglio di conoscenze è stato intrecciato con le competenze scientifiche di una rete di studiosi della materia. Si è lavorato in sette tavoli tematici e i documenti risultanti sono stati predisposti dai coordinatori, menzionati più avanti. Oltre a loro, hanno lavorato alla stesura dei testi anche Michela Biolzi e Jole Decorte.

Lo spirito e il metodo di questo testo, dunque, sono gli stessi alla base delle precedenti proposte per la Legge Delega, presentate il 1° marzo 2022 (*Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani. Un contributo per il confronto*), così come delle proposte avanzate da alcuni anni in occasione delle Leggi di Bilancio, da ultimo quella per il 2024 (*Prime misure per gli anziani non autosufficienti. Avviare un Piano di legislatura*).

Cristiano Gori
(Coordinatore)



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

2.

**SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON
AUTOSUFFICIENTE (SNAA)**

**Articolo 2, commi 3 e 4, e articolo 4, comma 2, lettere b) e c)
della Legge Delega 33/2023**

**Michelangelo Caiolfa,
Teresa Andreani
con il Tavolo di lavoro “SNAA e CIPA” del Patto**

24 ottobre 2023

Indice

1. Articolo 1 - Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente
2. Articolo 2 - Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente
3. Articolo 3 - Esercizio integrato multilivello
4. Articolo 4 - Attivazione dell'esercizio integrato multilivello
5. Articolo 5 - Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana
6. Articolo 6 - Programmazione Integrata
7. Articolo 7 - Integrazione tra LEPS e LEA per le persone anziane non autosufficienti
8. Articolo 8 - Integrazione dei sistemi informativi
9. Articolo 9 - Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente
10. Articolo 10 - Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente
11. Articolo 11 - Partecipazione e amministrazione condivisa

Art. 1

Definizione

1. È istituito il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) quale strumento di coordinamento e di esercizio integrato delle potestà legislative e delle funzioni amministrative dello Stato, delle Regioni e dei Comuni in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti.
2. Il Sistema Nazionale esercita il governo unitario e la realizzazione integrata di tutte le misure a titolarità pubblica in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale rivolte alle persone anziane non autosufficienti. Nell'esercizio di tale funzione indirizza e rende coerente le attività assistenziali affidate all'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale con le attività statali, regionali e locali.
3. Al fine di garantire l'effettivo godimento del diritto all'assistenza degli anziani non autosufficienti il Sistema Nazionale opera nel rispetto del principio di leale collaborazione tra le componenti della Repubblica.

Art. 2

Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente è articolato su tre livelli istituzionali:
 - a) a livello centrale, opera il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana di cui agli articoli (CIPA), di cui agli articoli (...)
 - b) a livello regionale, opera il Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente costituito dalla Regione, dalle Amministrazioni Locali e dalle Aziende Sanitarie;
 - c) a livello locale, opera il Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente costituito dall'Ambito Territoriale Sociale (ATS) e dal Distretto sanitario o sociosanitario.
2. Secondo la sua articolazione istituzionale multilivello, il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente esercita le seguenti funzioni:
 - a) garanzia dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti attraverso l'organizzazione dei relativi servizi, interventi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e assistenziali;
 - b) elaborazione del Piano per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...) a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;
 - c) elaborazione del Piano per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...) a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;
 - d) definizione contestuale e integrata dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), nonché la definizione degli obiettivi di tutela dell'effettivo godimento del diritto all'assistenza degli anziani non autosufficienti, su proposta Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);
 - e) definizione dell'integrazione tra le attività assistenziali dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) per le persone anziane non autosufficienti e i livelli essenziali integrati di cui alla

lettera d), su proposta Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);

- f) censimento e stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali.

Art. 3

Esercizio integrato multilivello

1. Mediante l'esercizio integrato delle potestà legislative e delle funzioni amministrative dello Stato, delle Regioni e dei Comuni in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, il Sistema Nazionale garantisce l'azione coordinata, coerente e contestuale dei diversi soggetti pubblici competenti in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale, perseguendo i principi di appropriatezza, tempestività e efficacia delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.
2. L'esercizio integrato multilivello è costituito dallo svolgimento contestuale, interrelato e coordinato delle funzioni proprie delle componenti del Sistema SNAA per le finalità di cui al comma 1, che trovano codifica e regolazione unitaria negli atti di programmazione di cui all'art. (...) e nelle altre funzioni previste dalla legge.
3. L'esercizio integrato multilivello prevede la determinazione contestuale dei saldi annuali e pluriennali di cofinanziamento delle risorse sanitarie, delle risorse regionali e delle risorse comunali a copertura del complessivo sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, al netto delle compartecipazioni previste per gli utenti, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, nonché in garanzia delle misure assistenziali INPS.
4. I saldi annuali e pluriennali di cui al comma 3 comprendono i fondi pubblici di qualsiasi natura impegnati nel complessivo sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti e sono espressi in quota capitaria di livello statale, regionale e comunale; nel loro insieme i saldi sono stratificati dal Sistema SNAA in prestazioni, interventi e servizi integrati atti a rispondere in modo adeguato alla corrispondente stratificazione dei bisogni della popolazione anziana di cui all'art. (...).
5. L'ammontare complessivo dei saldi annuali e pluriennali di finanziamento del Sistema SNAA di cui al comma 3 è determinato nell'ambito delle compatibilità generali della finanza pubblica e secondo le competenze dei singoli soggetti pubblici che lo compongono.
6. Il Sistema Locale di cui all'art. (...) definisce i sistemi di gestione più idonei in riferimento alle caratteristiche peculiari di ciascun ambito territoriale, anche con la determinazione di un soggetto unico locale per la realizzazione delle prestazioni, interventi e servizi.
7. L'insieme delle risorse determinate dai commi 3 e 4 costituisce il primo riferimento di livello statale, regionale e locale per l'attivazione dei budget di salute o di cura, da integrare successivamente con le ulteriori risorse attivabili ai vari livelli e adeguate a ricomporre risposte globali ai piani assistenziali individuali.

Art. 4

Progressiva attivazione delle funzioni dello SNAA

1. L'esercizio integrato multilivello è attivato dal Sistema SNAA con gradualità e progressività, e in particolare:

- a) Nel primo triennio 2023-2025 il Sistema SNAA costituisce le articolazioni territoriali del Sistema a livello regionale e locale, effettua la prima ricognizione dei saldi di cui all'art. (...), elabora i Piani multilivello di cui all'art. (...) e individua il gruppo tecnico di supporto;
- b) Nel secondo triennio 2026-2028 il Sistema SNAA elabora la definizione integrata dei Livelli essenziali sanitari e sociali con i relativi obiettivi di servizio, stratifica la popolazione anziana di cui all'art. (...), determina la corrispondente stratificazione integrata degli interventi e pianifica lo sviluppo dei sistemi informativi per il monitoraggio della programmazione multilivello.

Art. 5

Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana

1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.

2. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali in caso di delega.

3. Il CIPA 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; partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno del Comitato.

Art. 6

Programmazione Integrata

1. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, che ricompone in un unico strumento le azioni con questa finalità programmate in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale.

2. Il CIPA dotto con cadenza triennale e aggiorna annualmente il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, che sostituisce il Piano per la non autosufficienza e ricompone in un unico strumento programmatico l'assistenza sanitaria, sociosanitaria, sociale e assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti.

3. I piani nazionali di cui ai commi 1 e 2 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le

associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità e non autosufficienza.

4. In attuazione dei Piani nazionali di cui ai commi 1 e 2 sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali di cui agli articoli (...), i Sistemi Regionali e Locali armonizzano i propri strumenti di programmazione che operano nei settori sanitari e sociali con gli strumenti del Sistema SNAA che operano in modo contestuale, integrato e coordinato nelle materie sanitarie, sociosanitarie, sociali e assistenziali in riferimento agli interventi per le persone anziane non autosufficienti.

5. Il CIPA monitora l'attuazione dei Piani Nazionali di cui ai commi 1 e 2 e approva annualmente una relazione sullo stato di attuazione degli stessi, recante l'indicazione delle azioni, delle misure e delle fonti di finanziamento, che è trasmessa a fini informativi alle Camere entro il 31 maggio di ogni anno dal Presidente del Consiglio dei ministri o da un Ministro da questi delegato.

6. Il monitoraggio di cui al comma 5 riguarda le funzioni di integrazione tra prestazioni, interventi e servizi sanitari, sociosanitari, sociali e assistenziali di competenza del Sistema Nazionale, nonché le funzioni di coordinamento dell'articolazione multilivello che riguardano le interazioni tra il CIPA, i Sistemi Regionali e i Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti.

Art. 7

Integrazione tra Livelli essenziali delle Prestazioni sociali (LEPS) e Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)

1. Il CIPA coordina l'integrazione tra i Livelli essenziali delle Prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti, e dei relativi obiettivi di servizio, e i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), e adotta con atto amministrativo la regolazione integrata degli stessi.

2. A questi fini, il CIPA acquisisce il parere non vincolante della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 anche in raccordo con la Cabina di regia di cui all'articolo 1, comma 792, della legge 29 dicembre 2022, n. 197. Ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, definisce, anche avvalendosi del supporto della Commissione tecnica di cui sopra, le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 2), della legge delega 22 dicembre 2021, n. 227 in materia di disabilità.

3. Il Sistema SNAA nel suo complesso, con il CIPA e i Sistemi Regionali e Locali, persegue l'attuazione integrata e contestuale dei LEPS e dei LEA per le persone anziane non autosufficienti attraverso la programmazione di cui all'art. (...), la regolazione degli obiettivi di servizio di livello regionale e locale e le altre funzioni previste dalla legge.

Art. 8

Integrazione dei sistemi informativi

1. Il CIPA promuove l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale, regionale e locale al fine di perseguire la massima interoperabilità tra le diverse piattaforme esistenti, la costruzione di nuovi sistemi integrati, l'elaborazione di piani assistenziali individuali sanitari e sociali, la ricomposizione di fascicoli individuali sanitari e sociali.
2. Il Sistema SNAA, in accordo tra il CIPA, i Sistemi Regionali e i Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti, adotta un sistema di monitoraggio nazionale al fine di rilevare le informazioni relative all'erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi, nonché le informazioni relative ai processi presa in carico e di valutazione delle persone anziane non autosufficienti.
3. Il sistema di monitoraggio di cui al comma 2 è altresì finalizzato a mettere in evidenza sia i livelli di integrazione tra LEA e LEPS raggiunti, sia la coerenza interna perseguita dai diversi livelli di governo e programmazione del complessivo Sistema SNAA.
4. Tutte le informazioni amministrative, contabili, professionali, valutative e di erogazione, relative alle singole persone anziane non autosufficienti prese in carico dal Sistema SNAA, contribuiscono in modo essenziale al raggiungimento degli obiettivi integrati di salute come definiti dai singoli piani assistenziali individuali; a questo scopo il Sistema SNAA garantisce il completo ed esaustivo accesso ai dati individuali della persona assistita a tutti i soggetti impegnati nel processo di presa in carico e nella realizzazione del relativo piano assistenziale individuale, nonché il trattamento completo e incrociato dei flussi informativi del Sistema Nazionale, dei Sistemi Regionali e dei Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti ai fini della loro programmazione, regolazione e monitoraggio.

Art. 9

Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema regionale per la popolazione anziana non autosufficiente, che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), è istituito a livello regionale ed è coordinato da un Comitato Regionale composto da:
 - a) assessori regionali alle politiche e ai servizi sanitari, sociosanitarie e sociali competenti;
 - b) presidenti delle conferenze dei sindaci di ambito territoriale sociale;
 - c) direttori generali delle aziende sanitarie regionali;
 - d) il direttore regionale INPS è invitato permanente al Comitato Regionale.
2. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) di cui agli articoli (...), i Sistemi regionali esercitano le seguenti funzioni:
 - a) elaborazione del Piano regionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...)
 - b) elaborazione del Piano regionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...);

- c) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello regionale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;
- d) definizione della stratificazione regionale delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;
- e) definizione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività svolte dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;
- f) integrazione del censimento e stratificazione della popolazione regionale in base ai bisogni complessi di assistenza, e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali a livello regionale;
- g) attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione e di co-progettazione di cui all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello regionale;
- h) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello regionale.

3. Nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province Autonome, il Comitato Regionale o Provinciale di cui al comma 1, che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), è composto da:

- a) presidente della giunta regionale o provinciale, o da un suo delegato, che la presiede;
- b) assessori regionali o provinciali alle politiche e ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali competenti;
- c) presidenti delle conferenze dei sindaci;
- d) direttori generali delle aziende sanitarie regionali o provinciali;
- e) il direttore regionale o provinciale INPS è invitato permanente.

Art. 10

Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema locale per la popolazione anziana non autosufficiente, che opera in raccordo con il Sistema Regionale, è istituito in ogni Ambito Territoriale Sociale (ATS) ed è coordinato da un Comitato Locale composto da:

- a) conferenza/comitato dei sindaci i cui Comuni insistono nell'ambito territoriale sociale (ATS), o loro delegati facenti parte delle rispettive giunte esecutive;
- b) direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale di riferimento, a suo delegato;
- c) direttore, responsabile o coordinatore dell'ambito territoriale sociale (ATS) e il direttore del distretto sanitario o sociosanitario, ovvero dai direttori dei distretti territorialmente coinvolti.

2. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana di cui agli articoli (CIPA) di cui agli articoli (...), i Sistemi locali esercitano le seguenti funzioni:

- a) elaborazione del Piano locale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...)
- b) elaborazione del Piano locale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...);
- c) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello locale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;
- d) realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello locale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;
- e) realizzazione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività svolte dall'Istituto nazionale previdenza sociale a livello locale, in attuazione alle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;
- f) integrazione del censimento e stratificazione della popolazione locale in base ai bisogni complessi di assistenza, e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali di livello locale;
- g) attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione e di co-progettazione di cui all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello locale;
- h) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello locale.

Art. 11

Partecipazione e amministrazione condivisa

1. Nell'esercizio della sua attività amministrativa, il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente opera nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1 della legge 241 del 1990 e favorisce la consultazione delle rappresentanze degli utenti, delle organizzazioni sindacali e datoriali, degli enti erogatori di servizi.

2. Promuove inoltre l'attuazione degli strumenti di amministrazione condivisa, con particolare riferimento agli istituti della co-progettazione e co-programmazione disciplinati all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore.



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

3.

NUOVE VALUTAZIONI E PERCORSO ASSISTENZIALE

Articolo 4, comma 2, lettera 1, punti 1 e 2 della Legge 33/2023

**Fabrizio Giunco,
Francesco Longo,
Enrico Brizioli**

**con il Tavolo di lavoro “Nuove valutazioni e percorso assistenziale” del
Patto**

24 ottobre 2023

Indice

1. Introduzione
2. Nuove valutazioni e percorso. Le proposte del Patto
3. Nuove valutazioni e percorsi. L'utilità per il sistema
4. Bibliografia

1. Introduzione

1.1 Un nuovo processo di valutazione

L'art. 4 della Legge 23 marzo 2023, n. 33 prevede la “*semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi*”¹. Questa indicazione viene declinata in due obiettivi strategici:

- “*la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei... finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale... della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale... destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, e 11 febbraio 1980, n. 18 ...*”²;
- *lo svolgimento presso i PUA ... da parte delle unità di valutazione multidimensionali (UVM) ivi operanti, della valutazione finalizzata a definire il PAI, redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata*”³.

1.2 Valutazione e percorsi. Un elemento strategico per l'intera riforma

La Legge 33 propone una innovazione sostanziale dei processi di valutazione. Si tratta di un elemento strategico per l'intera riforma. Il panorama della Non Autosufficienza comprende infatti dimensioni diversificate, mutevoli del tempo e fortemente condizionate da fattori sociali, economici, geografici, territoriali, culturali e esistenziali. Per sostenere le necessità di persone e famiglie non sono sufficienti singole misure, per quanto efficaci, quanto strumenti e processi in grado di farle operare come un sistema integrato, necessario per garantire risposte articolate, facilmente accessibili, altamente personalizzabili e fra loro collegate per operare in filiera e in continuità. Come richiamato recentemente dai ricercatori della Bocconi: “*Non vi possono essere strutture e servizi di comunità se non sono rafforzate le comunità, non si definisce un sistema di governance di tutti gli stakeholder che compongono le comunità e non si promuove un ecosistema territoriale*” (Tozzi, 2023). La scelta degli strumenti necessari (valutazioni, percorsi, punti di accesso, monitoraggio) è quindi decisiva e richiede soluzioni specifiche, utili a rispondere in modo integrato a diversi ambiti della riforma (Tabella 1).

¹ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 4, comma 2, lettera l)

² Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 4, comma 2, lettera l), numero 1

³ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 4, comma 2, lettera l), numero 2

Tabella 1 - Utilità del nuovo modello di valutazione

Ambito	Utilità della VMU
Programmazione e governance	Produce indici e stratificazioni oggettive e confrontabili. Alimenta i modelli di stratificazione dei bisogni e la stima della loro evoluzione nel tempo. Favorisce la produzione di flussi informativi coerenti e comparabili.
Organizzazione territoriale dei servizi	La valutazione è suddivisa in due livelli e rispetta gli assetti e le responsabilità istituzionali attuali. Distingue la valutazione globale del bisogno dalla valutazione di eleggibilità alle risposte dei diversi servizi di ambito, nazionali e locali. Mette i due livelli di valutazione in relazione sussidiaria, con funzioni di facilitazione reciproca. L'interoperabilità favorisce la ricomposizione delle informazioni e delle risorse intorno a un progetto unico e personalizzato.
Percorso di anziani e famiglie	Il modello di valutazione è unico e integrato. Guida l'ammissione allo SNAA, favorisce il governo del percorso e l'allocazione coerente delle risorse. Favorisce la ricomposizione del sistema definendo chiaramente un unico punto di accesso e orientando le risposte successive.
Sistema unitario di monitoraggio	L'adozione di indici e stratificazioni oggettive e standardizzate alimenta flussi omogenei e sistematici, basati su un linguaggio comune. Permette di misurare gli esiti delle riforme e l'efficacia dell'allocazione delle risorse

1.3 I limiti della ricerca clinica. Dalla tradizionale VMD geriatrica ai sistemi di Population Health Management e di Integrated Health Care

L'esperienza degli altri paesi che hanno già affrontato la riforma dei sistemi di Long-Term Care (LTC) dimostra come sia necessario adottare Modelli di Valutazione Multidimensionale (VMD) diversi da quelli tradizionalmente utilizzati in ambito clinico o di ricerca. Ne sono un esempio il sistema AGGIR francese, il modello di valutazione che governa l'Assicurazione sociale per le LTC tedesco (Pflegeversicherung) o MDS/InterRAI, che supporta la programmazione e l'allocazione economica di Medicare e Medicaid negli USA e, a diverso titolo, di molti altri paesi. Si tratta di utilizzare uno sguardo consapevole sulla letteratura di riferimento e un'attenzione critica alle raccomandazioni delle linee guida nazionali o internazionali sulla VMD. La maggior parte di esse, infatti, fa riferimento alla ricerca clinica tradizionale, guidata da criteri di specializzazione per sistemi, organi e apparati. Produce risposte anche efficaci ma parziali, limitate ai setting e agli interventi entro i cui confini sono state sviluppate. Difficilmente sono in grado di produrre raccomandazioni forti e sostenute da evidenze per la loro integrazione e ricomposizione sulla persona e il suo progetto di vita. Sono ancora meno efficaci se chiamate a supportare la programmazione e il governo di insieme dei sistemi di cura. L'impostazione tradizionale della VMD ha prodotto infatti i risultati sotto gli occhi di tutti; una babele di linguaggi e strumenti di valutazione molteplici e settoriali, che non comunicano fra loro e non producono dati comparabili. La mancanza di un vocabolario comune, sostenuto da definizioni univoche e dati raccolti in modo standardizzato e oggettivo, limita la programmazione delle risposte, il monitoraggio dei loro esiti e la capacità del sistema di operare in modo appropriato e unitario. Di conseguenza, sono condizionate negativamente:

- la produzione dei flussi economici e di attività trasferiti dai diversi ambiti istituzionali locali a quelli nazionali;
- l'utilizzo efficiente delle risorse umane ed economiche e la sostenibilità economica e organizzativa del sistema, appesantite dalla frammentazione delle valutazioni, dalle duplicazioni, dalla ripetizione non appropriata.

Per la scelta dei modelli di valutazione più funzionali alla riforma è quindi necessario tener conto di una diversa letteratura di riferimento, sinteticamente richiamata in bibliografia. Si tratta di analizzare parole chiave complementari ma diverse da quelle della clinica specialistica e della tradizionale VMD geriatrica, più orientate verso un approccio sistemico e di popolazione: Integrated Care, Chronic Care, Integrated Health Information Systems (IHIS), Population Health Management (PHM), Operations Management.

1.4 Le difficoltà di anziani e famiglie

L'insieme di queste considerazioni va ricondotto alla loro concreta utilità sulle persone. Le persone non autosufficienti e le loro famiglie trovano oggi gravi difficoltà per accedere ai benefici e servizi necessari per trovare risposte alle proprie esigenze. In sintesi:

- il sistema attuale è caratterizzato da responsabilità istituzionali frammentate, ridotta visibilità dei punti di accesso, iter amministrativi tortuosi, duplicazione di adempimenti, criteri di inclusione ed esclusione non sempre facilmente comprensibili;
- il sistema opera per silos distinti. Ogni ambito istituzionale raccoglie informazioni in modo autonomo e con logiche indipendenti, senza prevedere modalità strutturate di interscambio;
- il passaggio di informazioni fra i diversi ambiti istituzionali è delegato a persone e famiglie, chiamate a produrre ripetutamente documenti, relazioni e certificati alle amministrazioni pubbliche. Persone e famiglie sono il primo e sostanziale veicolo di informazioni fra i diversi ambiti istituzionali;
- le informazioni degli enti non confluiscono in unico contenitore, che ricomponga e storicizzi le informazioni di contatto fra persone ed enti di supporto. Nonostante storie di cura pluriennali, ogni contatto fra i cittadini e i servizi sociali, sanitari e INPS, viene tendenzialmente trattato come se fosse il primo e in modo separato fra i diversi sistemi e sottosistemi, moltiplicando la necessità di valutazioni e rivalutazioni, ognuna delle quali è sostanzialmente indipendente da quelle precedenti;
- queste variabili condizionano negativamente la qualità di vita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie. Per loro, cercare risposte ai propri bisogni rappresenta un vero e proprio percorso a ostacoli, ampiamente autogestito e fonte di ritardi, costi e consistenti fatiche;
- l'esigibilità di diritti e risposte è condizionata da variabili socio-economiche; l'accesso ai servizi e benefici sarà più facile per le famiglie più robuste, economicamente e culturalmente meglio attrezzate; difficile o impossibile per le persone più fragili e vulnerabili.

1.5 Ricomposizione e razionalizzazione

Il processo che si propone intende perseguire la semplificazione e ricomposizione di un insieme di processi, con obiettivi di razionalizzazione, sostenibilità e appropriatezza. Si fonda sulla scelta strategica di uno strumento di Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU)⁴, globale, di terza generazione, digitale e interoperabile, basato su definizioni validate a livello internazionale delle dimensioni che sottendono la Non Autosufficienza e funzionale a una visione sistemica di governo e regolazione. Uno strumento di VMD con queste caratteristiche è in grado di produrre indici sintetici e stratificazioni di rischio oggettivi e standardizzati. Lo strumento viene adottato a livello nazionale, ma il processo proposto facilita e orienta le valutazioni locali⁵, favorisce la diffusione di un linguaggio comune e restituisce coerenza ai flussi informativi. Questa proposta risponde primariamente alle richieste dell'art. 4, comma 2, lettera l). Va però contestualizzata rispetto alle indicazioni declinate in altri articoli e commi della Legge 33⁶ che richiamano la necessità di strumenti e processi di valutazione integrati e interoperabili (Tabella 2). Nella definizione della proposta si è tenuto dovuto conto delle indicazioni della Legge 22 dicembre 2021, n. 227, che prevede la *“separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori”*⁷. La proposta è quindi specifica per le persone in età 65+, date le peculiarità della valutazione geriatrica e la necessità, per le persone con disabilità preesistente, di vedere garantito il mantenimento dei diritti e benefici già acquisiti senza la necessità di ulteriori valutazioni⁸. Si tratta di attenzioni trasversali all'intera riforma. Ad esempio, la Prestazione Universale per la Non Autosufficienza prevista all'art. 5 della Legge 33, viene proposta come opzione solo facoltativa alle persone cui sia già stato riconosciuto prima dei 65 anni il diritto all'Indennità di Accompagnamento.

⁴ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 4, comma 2, lettera l), numero 1

⁵ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 4, comma 2, lettera l), numero 2

⁶ Per una descrizione più ampia della Legge 33, si rimanda al documento *“La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. A che punto siamo? Una guida per orientarsi”*, diffusa dal Patto per un Nuovo Welfare a maggio 2023.

⁷ Legge 22 dicembre 2021, n. 227, articolo 2, comma 2, lettera a), punto 3)

⁸ legge 22 dicembre 2021, n.227, articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3), e lettera b)

Tabella 2 - Legge 23 marzo 2023, n. 33. Obiettivi, perimetri e ruoli della valutazione

Articolo	Perimetro	Il ruolo della valutazione
Articolo 2, comma 2		
Lettera e)	Promozione della valutazione multidimensionale per l'accesso all'insieme dei servizi dello SNAA;	Sono necessari strumenti di VMD in grado di guidare l'eleggibilità allo SNAA la progettazione personalizzata per livelli di fabbisogno assistenziale
Lettera f)	Diritto alle cure palliative	Sono necessari strumenti di VMD utili alla stima prognostica e all'identificazione tempestiva dei bisogni di Cure Palliative;
Lettera l)	Integrazione e interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti	Sono necessari strumenti di VMD digitalizzabili e interoperabili, per favorire l'interscambio di informazioni fra gli enti che cooperano allo SNAA
Articolo 2, comma 3		
Lettera c)	Integrazione dei sistemi informativi dei soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e adozione di un sistema di monitoraggio nazionale	Come per il precedente. Sono necessari strumenti di VMD digitalizzabili e interoperabili in grado di favorire la produzione di dati oggettivi e comparabili.
Articolo 3, comma 3		
Lettera c)	Possibilità per le persone anziane appartenenti a categorie di rischio, di accedere a una VMD globale e ad attività di screening proattivo dello stato di salute	Strumento di VMD idoneo alla valutazione globale del bisogno e alla stratificazione per livelli di rischio, utilizzabili anche con funzioni di screening e medicina di iniziativa sulle popolazioni a maggior livello di complessità/fragilità
Articolo 5, comma 2		
Lettera a)	Prestazione Universale per la non autosufficienza	Strumento di VMD in grado di produrre indici sintetici e stratificazioni dei fabbisogni assistenziali coerenti con l'erogazione per livelli della Prestazione Universale

2. Nuove valutazioni e percorso. Le proposte del Patto

2.1 Due livelli di valutazione fra loro collegati

- a) **Livello nazionale:** basato sulla Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU). Ha l'obiettivo di: i) identificare i fabbisogni di natura bio-psico-sociale della persona anziana e del suo nucleo familiare; ii) accertare le condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale; iii) sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai relativi benefici.
- b) **Livello locale:** demandato alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) collocate presso i PUA ex DM 77. Risponde alle esigenze dei servizi in capo alle autonomie locali e guida la definizione del PAI. Le valutazioni delle UVM restano affidate alle autonomie e locali (Regioni, Comuni) e mantengono l'utilizzo degli strumenti di VMD eventualmente già in uso. Il processo locale è però facilitato. Le UVM ricevono la VMU; dispongono delle informazioni già raccolte, potendole arricchire con quelle necessarie alla definizione del progetto personalizzato e all'attivazione dei servizi di competenza locali, integrati da quelli già attivati a livello nazionale.

Il modello proposto non interviene sugli strumenti di VMD già adottati nelle diverse Regioni (SVAMA, SOSIA, BINA, Valgraf, Ager, altri). Nel complesso si tratta di strumenti funzionali agli specifici modelli di erogazione in capo alle autonomie regionali, più spesso di prima e seconda generazione. Rispondono a obiettivi, logiche e metriche diverse fra loro e diverse da quelle necessarie per la VMU. La scelta nazionale di adottare uno strumento di VMD globale non è quindi alternativa ma complementare a questo assetto.

2.2 Valutazione del Bisogno e Valutazione di Eleggibilità

Il modello identifica due obiettivi complementari del processo di valutazione: la Valutazione del Bisogno e la Valutazione di Eleggibilità ai servizi o benefici cash o in-kind dello SNAA. La Valutazione del Bisogno è il primo obiettivo della VMU. Certifica il tipo e il grado del bisogno inteso come risultato dell'analisi dello stato fisico, cognitivo, psichico, psicologico, funzionale, sociale ed economico della persona. Produce una Certificazione Unica del Bisogno, utilizzabile dalle singole istituzioni che concorrono allo SNAA. La certificazione è necessaria per la Valutazione di Eleggibilità: a livello nazionale per i benefici a titolarità statale e di competenza dell'INPS; a livello locale, per le risposte in capo alle autonomie locali e agli enti di riferimento territoriali (EE.LL., SSR).

2.3 Domanda unica e modello One-Stop office

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, ha modificato gli assetti territoriali con obiettivi di ricomposizione, semplificazione e di integrazione delle funzioni del SSN/SSR con quelle di Enti Locali (EE.LL.) e INPS. In coerenza con queste indicazioni il PUA opera come front office primario. Il cittadino può rivolgersi ad esso per presentare una Domanda Unica al complesso dei servizi e benefici dello SNAA. Il PUA opera secondo logiche multicanale: fisiche, digitali, telefoniche. Per facilitare l'accesso alle persone, la domanda di valutazione può essere inserita sul FSE o sul sito INPS, senza richiedere di necessità l'accesso fisico al front office. La Domanda unica del cittadino viene quindi orientata in back office verso i processi differenziati di esigibilità dei servizi, in base ai

criteri propri delle istituzioni dello SNAA. In una visione di implementazione graduale, nel periodo intermedio, resta aperta la possibilità per i cittadini di rivolgersi anche ai singoli enti (INPS, SSR, EE.LL.). Le domande saranno comunque ricomposte in back office nel processo unico di Certificazione del Bisogno e di Valutazione di Eleggibilità.

2.4 Processo Unico. I vantaggi dell'interoperabilità dei sistemi e delle informazioni

Il modello prevede la ricomposizione delle informazioni e delle risposte all'interno di un Processo unico di valutazione, secondo logiche di processo differenziate e per livelli. Le informazioni raccolte dalla VMU sono trasmesse alle UVM; sono storicizzate intorno all'identità digitale della persona e sono rese fruibili a tutti gli attori ed enti dello SNAA. Successivamente alla prima domanda di ammissione allo SNAA, la richiesta di un servizio aggiuntivo o la rivalutazione per aggravamento della persona o conseguente a nuovi eventi, non è considerata una nuova domanda ma una riapertura di quella già in corso. Sono quindi raccolte le sole informazioni aggiuntive necessarie, con processi documentali e di valutazione semplificati e al margine. Tutte le informazioni sono tracciate e arricchiscono digitalmente il FSE del cittadino e i data base di INPS e delle ATS.

2.5 Dalla valutazione alle decisioni di eleggibilità

Il processo valutativo di competenza della VMU è scomposto in due momenti distinti e complementari: i) valutazione (raccolta delle informazioni e esecuzione della VMU); ii) interpretazione (certificazione del bisogno, decisioni di eleggibilità).

Valutazione

La VMU è affidata a un professionista valutatore delle professioni sanitarie (ad es. infermiere di comunità), formato e addestrato all'utilizzo del nuovo strumento⁹. Il professionista viene attivato dal PUA e apre la fase di istruzione della pratica del cittadino¹⁰, a partire dal Certificato introduttivo (CI) compilato dal MMG o da altro specialista abilitato. Il CI deve essere riprogettato, perché rappresenta il primo passaggio della VMU. Deve essere redatto con modalità digitali e con un format standardizzato secondo le metriche previste dallo strumento di VMU (Modulo di primo **contatto**). Il valutatore completa quindi la raccolta delle informazioni utilizzando i flussi informativi disponibili (FSE, fascicolo INPS, cartella sociale, informazioni anagrafiche e abitative a disposizione delle ATS, informazioni economiche). Le informazioni sono importate nel sistema di VMU con modalità digitali e di interoperabilità e unificate intorno al codice fiscale/identità digitale della persona. In caso di mancanza di qualche informazione la tecnostuttura di supporto al valutatore si fa parte attiva con il

⁹ Gli strumenti di VMD più aggiornati e completi, hanno la capacità di guidare il professionista nella raccolta delle variabili necessarie e di restituire indici e stratificazioni conclusive. Per questi motivi, facilitano il processo valutativo e riducono la variabilità interpretativa individuale. Sono quindi pensati per essere utilizzati anche da un solo professionista addestrato, più spesso un infermiere, diversamente da quelli proposti negli studi più datati o utilizzati per obiettivi clinico-specialistici o di ricerca. Questa variabile ha un particolare valore in relazione alla sostenibilità dei sistemi. Per motivi economici e organizzativi, i sistemi adottati in altri paesi per le valutazioni coerenti con il modello proposto non prevedono l'utilizzo di équipe multiprofessionali, decisive invece per gli interventi di cura e presa in carico nei setting ospedalieri, specialistici e territoriali.

¹⁰ L'intera fase istruttoria è facilitata dalla interoperabilità digitale del sistema; le informazioni necessarie ma già disponibili nelle amministrazioni pubbliche (anagrafiche, sociali, economiche, previdenziali, sanitarie) saranno importate e unificate intorno al codice fiscale/identità digitale della persona. Il valutatore potrà quindi limitarsi a completare e aggiornare le informazioni necessarie.

cittadino o con i soggetti invianti per ottenere i dati mancanti. Può dialogare, fisicamente o in remoto, con il cittadino, i suoi caregiver e con le altre istituzioni per ottenere più rapidamente tutta la documentazione eventualmente necessaria. Per semplificare ulteriormente il percorso di persone e famiglie, Patronati e CAF devono essere coinvolti in questo processo. Completata la fase istruttoria il valutatore esegue la valutazione diretta della persona utilizzando lo strumento di VMU in modalità digitale e cloud (tablet, PC portatile, smartphone), completando e aggiornando le informazioni già raccolte secondo le metriche di valutazione previste dalla VMU¹¹.

Interpretazione

Completata la VMU i risultati sono trasmessi in forma digitale alla Commissione unica interistituzionale di certificazione del bisogno (CCB). La CCB riceve la valutazione e assolve alle proprie funzioni: interpretazione dei risultati, certificazione del bisogno, decisioni di eleggibilità. Le decisioni della CCB non prevedono un'ulteriore valutazione della persona. I componenti della Commissione interpretano collegialmente i risultati della VMU; per facilitare il loro lavoro e ridurre la variabilità interpretativa, le stratificazioni e gli indici sintetici prodotti dalla VMU sono collegati, per livelli di gravità, ai gradienti di funzionalità, capienza economica e socialità previsti per i livelli e benefici assegnabili al cittadino¹². La CCB certifica quindi i bisogni della persona (Certificazione Unica del Bisogno) e valuta l'eleggibilità ai benefici di propria competenza. I risultati del processo di valutazione di eleggibilità determinano l'attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi e delle comunicazioni necessarie - attraverso il sistema di interoperabilità - alle amministrazioni competenti e al cittadino¹³, senza richiedere a quest'ultimo ulteriori adempimenti.

2.6 Commissione unica interistituzionale di certificazione del bisogno (CCB)

La Commissione di certificazione del bisogno è unica e integrata tra INPS, EE.LL. e SSN. Rappresenta un'evoluzione dell'attuale Commissione di accertamento dell'invalidità civile. È composta da almeno tre membri: un dipendente INPS, un dipendente delegato delle ASL e un membro indicato dagli EE.LL./ATS. La sua sede fisica è presso le ASL oppure presso le sedi locali INPS, in relazione alle eventuali convenzioni attive in alcune Regioni¹⁴. Indipendentemente dalla sede fisica, l'accesso alla VMU avviene tramite il PUA collocato nella Casa della Comunità.

¹¹ Utilizzando queste modalità, si garantisce maggiore efficienza alla fase di valutazione diretta della persona, riducendo il tempo necessario per l'esecuzione della VMU. Le schede sono già pre-compilate e il professionista valutatore ha già a disposizione le informazioni rilevanti. Può quindi completarle, prestando attenzione anche alle variabili qualitative personali e familiari: desideri, preferenze, obiettivi, relazioni.

¹² Deve essere prevista la necessità di documenti tecnici redatti dagli uffici dei Ministeri competenti che colleghino in modo oggettivo gli indici sintetici di fabbisogno assistenziale derivati dalla VMU ai gradienti di eleggibilità dei benefici a titolarità statale, limitando il giudizio interpretativo a situazioni prevedibili e misurabili.

¹³ Nel caso dell'INPS questo può avvenire in modo digitale e automatico; nel caso del SSN riguarda l'alimentazione del processo decisionale dei distretti socio-sanitari, delle COT (centrali operative territoriali) e delle Case della Comunità, ovvero dei dispositivi organizzativi responsabili del triage allocativo. Nel caso degli EE.LL. riguarda le assistenti sociali o i team responsabili delle allocazioni dei budget dei servizi. In ogni caso, la VMU rappresenta la base informativa facilitante per i processi valutativi di competenza delle diverse amministrazioni, riducendo la necessità dei cittadini di produrre ulteriore documentazione e permettendo ai professionisti del sistema di raccogliere le sole informazioni aggiuntive specifiche necessarie per la progettazione del PAI e la valutazione di eleggibilità ai servizi

¹⁴ In coerenza con la revisione degli assetti territoriali ex DM 77, è auspicabile che la sua sede sia presso la Casa della Comunità, per garantire continuità fisica e funzionale fra il sistema di VMU e le UVM. Questa opzione facilita anche l'accesso al sistema di persone e famiglie.

2.7 Certificazione Unica del Bisogno (CUB)

La Certificazione Unica del Bisogno (CUB) è il documento che sintetizza i risultati della VMU, secondo le metriche del nuovo strumento di VMD adottato a livello nazionale. La CUB può essere utilizzata dai beneficiari per tutti i processi di verifica dell'eleggibilità ai programmi coerenti con lo SNAA dell'intera rete inter-istituzionale, senza ulteriori necessità di nuove domande o di completamento documentale. Al termine delle procedure di valutazione nazionale la VMU viene trasmessa in forma digitale alla persona o a chi la rappresenta, al MMG, alle ASL, ai Comuni e all'FSE. La trasmissione digitale contiene tutte le informazioni della VMU; può quindi essere trattata come fonte qualificata di informazioni digitali dalle altre piattaforme utilizzatrici. Può anche essere utilizzata in back office dalle istituzioni della rete SNAA per l'accesso alle misure di propria competenza e secondo i propri criteri di eleggibilità.

2.8 Quale strumento per la VMU?

La VMU si basa sull'adozione di uno strumento di VMD globale, digitale nativo, di terza generazione, sistemico e dotato di algoritmi di calcolo già sperimentati su popolazioni consistenti e già utilizzati per il supporto alla programmazione e regolazione nazionali. Deve essere basato su piattaforme informatiche e cloud in grado di rispondere alle richieste di interoperabilità previste dalla Legge Delega e dagli interventi di infrastrutturazione digitale ex PNRR. Lo strumento deve essere in grado di raccogliere con modalità codificate tutte le informazioni inerenti allo stato fisico, cognitivo, funzionale, psichico, psicologico, sociale ed economico della persona. Deve essere dotato di algoritmi in grado di produrre indici sintetici di assorbimento di risorse, e di stratificazione per livelli crescenti di compromissione delle autonomie motorie e cognitive, delle variabili cliniche (malattie, stadio, stabilità) e di quelle psico-sociali; gli stessi algoritmi devono favorire la misura dei principali rischi collegati alla vecchiaia (cadute, malnutrizione, decubiti, dolore, ospedalizzazione e istituzionalizzazione, prognosi) e l'identificazione dei bisogni – stratificati per livelli di priorità - necessari a guidare il progetto personalizzato. Score e indici devono essere in grado di alimentare il modello di stratificazione previsto dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77 e di garantire alle Commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile e delle altre misure di loro competenza indicazioni oggettive per l'eleggibilità dei diversi benefici.

2.9 Chi attiva la domanda di servizi per la Non Autosufficienza?

La domanda di accesso allo SNAA e ai suoi servizi, tramite segnalazione al front office primario, può essere attivata in prima istanza - e riattivata in caso di aggravamento – da tutti i portatori di interesse: cittadino, familiare o suo rappresentante (es. patronato, AdS, rappresentanti legali); MMG secondo le normali modalità già in essere. Inoltre, secondo una logica di welfare/sanità di iniziativa, dall'équipe distrettuale e da tutti gli attori della rete dei servizi che hanno in carico il cittadino (servizi ospedalieri, medicina specialistica, riabilitazione, erogatori di cure domiciliari, centri diurni, RSA, Ospedale di Comunità, ecc.).

Tutti gli attori e i servizi della rete dello SNAA chiedono **consenso informato** a procedere al cittadino o al suo rappresentante. Per semplificare gli adempimenti pubblici e del cittadino, al primo ingresso nei servizi dello SNAA viene prodotta una **informativa** specifica e raccolto il consenso all'utilizzabilità delle informazioni per le diverse amministrazioni pubbliche, con obiettivi di tutela della salute. Questo consenso rappresenta la base per l'applicazione degli obiettivi di interoperabilità previsti dall'art. 2 e per l'azione coordinata e interattiva dei servizi previsti dagli articoli 4 e 5 della Legge 33.

2.10 Attivazione on demand, di iniziativa o di rete

Il modello di erogazione attuale opera essenzialmente a domanda. In pratica, è il cittadino o chi lo rappresenta che deve essere in grado di definire i propri bisogni, elaborare una corretta richiesta di servizi, identificare i punti di accesso territoriali per ognuno di essi e gestire i relativi iter amministrativi. Il DM 77 assegna invece una specifica priorità agli interventi di iniziativa del sistema territoriale. In coerenza con questa impostazione, il modello che si propone mantiene la possibilità dell'attivazione a domanda ma è specificamente funzionale a logiche proattive e di rete:

- Screening di iniziativa: La VMU può essere proposta come screening sistematico alle persone appartenenti ai sottogruppi a maggior rischio o a maggiore assorbimento di risorse. Ad esempio, a tutti gli anziani a partire dal compimento degli 80 o 85 anni di età. Oppure in relazione ai Livelli di complessità previsti dal DM 77 (Tabella 3).
- Screening a domanda: la VMU può essere garantita a domanda agli anziani che presentino già variabili di rischio (Livelli II e III ex DM 77), secondo le indicazioni della Legge Delega¹⁵.
- Modello proattivo di Rete: successivamente alla prima valutazione, la VMU può essere fruibile e aggiornabile automaticamente – attraverso l'FSE – in occasione di ogni contatto con qualunque unità d'offerta del sistema dei servizi¹⁶. Se le informazioni della VMU sono disponibili sul FSE, le équipe dei servizi (emergenza/urgenza, degenze ospedaliere, servizi specialistici, cure intermedie, servizi socio-sanitari e sociali, cure palliative) possono utilizzare le sue informazioni in fase di prima valutazione e aggiornarle o integrarle nei soli item di loro competenza, utilizzando i moduli loro dedicati. In questo modo la valutazione della persona si alimenta e si aggiorna lungo l'intero percorso di relazione fra il cittadino anziano e la rete dei servizi, favorendo la raccolta sistematica delle informazioni di salute e lo sviluppo di modelli integrati di presa in carico.

¹⁵ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 3, comma 2, lettera c, numeri 1 e 2.

¹⁶ Questo processo è facilitato dall'adozione di strumenti di valutazione di terza generazione già strutturati in forma modulare o di suite. I moduli condividono lo stesso Minimum Data Set; i relativi lay-out sono però funzionali all'integrazione di informazioni specifiche per setting (primo contatto, emergenza/urgenza, cure acute e subacute, cure intermedie, riabilitazione, cure domiciliari, servizi residenziali e semiresidenziali, cure palliative e di fine vita). Moduli fondati sullo stesso MDS semplificano le valutazioni successive alla prima, potendo disporre delle informazioni preesistenti. Possono arricchirle e aggiornarle garantendo coerenza alla raccolta dei dati e permettendo la storicizzazione digitale della storia clinica e assistenziale della persona.

Nota bene

L'utilizzo di iniziativa e di rete della VMU riduce o elimina la necessità per l'INPS o gli ATS di programmare revisioni periodiche dei benefici garantiti. L'utilizzo di strumenti di VMU che integrino indici validati a valore prognostico favoriscono anche l'attivazione tempestiva delle Cure Palliative, la Pianificazione Condivisa delle Cure e le Disposizioni anticipate di trattamento previste dalla Legge 219/2017. In coerenza con una visione di welfare di iniziativa, in relazione ai risultati della VMU, comunque attivata e se esistono le condizioni di bisogno e di eleggibilità, vengono attivati i benefici e i servizi necessari.

Tabella 3 - La VMU come strumento di screening, secondo i livelli di complessità del DM 77

Livello	Bisogno di salute	VMU di screening
I	Persona in salute	Non pertinente
II	Complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	VMU a richiesta della persona o del MMG
III	Complessità clinico assistenziale media	VMU a richiesta della persona o del MMG
IV	Complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	VMU di screening, attivata dal MMG, dall'équipe distrettuale o dagli altri attori della rete dei servizi, ripetuta con frequenza biennale
V	Complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	VMU di screening, attivata dal MMG, dall'équipe distrettuale o dagli altri attori della rete dei servizi, ripetuta con frequenza annuale
VI	Persona in fase terminale	Passaggio alla presa in carico di CP. La persona deve già essere dotata della VMU e della CUB, che saranno poi aggiornate con gli strumenti propri delle CP

3. Nuove valutazioni e percorsi. L'utilità per il Sistema

3.1 VMU e Prestazione Universale per la Non Autosufficienza

La nuova Prestazione Universale per la Non Autosufficienza è prevista dall'art. 5 della Legge 33. Si tratta di una misura sperimentale, orientata a superare alcuni limiti dell'attuale invalidità civile e indennità di accompagnamento. In particolare, va ricordato come, a diversità di tutti gli altri Paesi europei, in Italia questi benefici economici non sono vincolati all'effettivo utilizzo per servizi di cura e non sono graduati in relazione all'intensità dei bisogni della persona. La nuova misura prevede quindi l'introduzione di una *“Prestazione Universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale”*¹⁷. È quindi evidente la necessità, come peraltro già previsto in altri sistemi europei, che la sua erogazione sia guidata da strumenti di VMD in grado di produrre stratificazioni del bisogno oggettive e standardizzate. La nuova VMU risponde a questo scopo e rappresenta una misura complementare alla sua introduzione.

3.2 La VMU a supporto dei sistemi informativi, di interscambio e di interoperabilità digitale

I dati attuali condivisi a diverso titolo dai cittadini con le amministrazioni pubbliche restano in gran parte confinati all'interno delle istituzioni di riferimento. Questo vale anche per le informazioni dell'offerta sanitaria ospedaliera, specialistica, riabilitativa, socio-sanitaria e sociale. Le informazioni del cittadino, cioè, restano scomposte e frammentate nei diversi sistemi e sottosistemi. Di norma, quindi, le realtà istituzionali sono costrette a chiedere al cittadino di esibire ripetutamente – per accedere a benefici, servizi e diritti - relazioni, certificazioni, visite rilasciate da altre amministrazioni. Queste richieste sono spesso reiterate nel corso dello stesso processo, che è caratterizzato da duplicazioni e ripetizioni che si ripropongono nel corso degli anni¹⁸. Il modello proposto, coerente con le linee di riforma delle infrastrutture digitali e dell'interoperabilità dei sistemi ex PNRR, vuole favorire l'interscambio digitale di informazioni, limitando o eliminando la necessità del cittadino di esibire informazioni già in possesso del sistema pubblico e già ricavabili dalla storia clinica, amministrativa o sociale preesistente. Sul breve periodo si tratta di permettere alle tecnostrutture e alle commissioni uniche di certificazione del bisogno di accedere da remoto al FSE del paziente, eliminando la necessità di richiedere documentazione clinica già in esso presente. Questa possibilità sarà favorita dall'evoluzione già atto del FSE, alimentato con dati digitali dalle cartelle cliniche del MMG e dai sistemi ospedalieri e nel futuro anche dalle informazioni socio-sanitarie derivanti da PUA, COT e Case della Comunità. In ugual misura, la tecnostruttura e la Commissione Unica di certificazione del bisogno devono poter accedere da remoto alla posizione del cittadino sulla piattaforma INPS, previa la sua autorizzazione, senza richiedere documentazione ivi già presente; laddove le cartelle sociali degli EELL fossero digitalizzate e accessibili da remoto, valgono gli stessi principi che potrebbero valere anche per altre informazioni rilevanti (anagrafiche, stato di famiglia, situazione abitativa, dati reddituali) quando cogenti con i benefici richiesti. Nel medio periodo è necessario far diventare la piattaforma INPS e quella FSE interoperabili fra loro: la domanda di invalidità o di indennità del MMG può essere caricata indifferente su piattaforma INPS o su FSE

¹⁷ Legge 23 marzo 2023, n. 33. Articolo 5, comma 2, lettera a), numero 1.

¹⁸ Va sottolineato come le esigenze certificative collegate alla richiesta di benefici di competenza statale (ad es. invalidità civile, indennità di accompagnamento, legge 104, esenzioni, presidi, protesi, ausili) producono un surplus di accessi al sistema sanitario specialistico non legato a motivazioni strettamente cliniche quanto alla richiesta al cittadino di produrre documenti secondo le specifiche legate ai diversi benefici.

comparando identica sull'altra piattaforma. Allo stesso modo, le decisioni a seguito del processo di verifica della eleggibilità delle diverse istituzioni della rete SNAA (INPS, EELL, SSN) devono essere rese interoperabili sulle singole piattaforme (INPS, FSE), in modalità lettura. Queste innovazioni permetterebbero, in modo semplice e immediato, ad INPS di avere accesso alle informazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali presenti in FSE e al SSN di valorizzare in un'unica piattaforma tutte le informazioni del cittadino, comprese quelle elaborate per INPS e da INPS. Una VMU digitalizzata e interoperabile, in grado di alimentare i database pubblici e di essere alimentabile a sua volta da essi, rappresenta un'innovazione di processo decisiva per gli obiettivi della riforma.

3.3 La VMU a servizio della programmazione nazionale

La VMU deve produrre dati e stratificazioni quantitative oggettive. Gli strumenti di VMD di terza generazione sono già utilizzati in diversi paesi per produrre dati utili al governo e alla regolazione dei sistemi¹⁹. In questa visione, la VMU diventa un potente strumento di governo e programmazione ad ogni livello (nazionale, regionale, locale). La possibilità di raccogliere dati omogenei e comparabili garantisce l'alimentazione di registri sistematici e prospettici, utili per stimare la consistenza delle popolazioni con diversi livelli di fabbisogno assistenziale, tracciare il loro andamento nel tempo, sviluppare analisi predittive basate su dati oggettivi e di adeguata qualità e analizzare e comparare le diverse realtà locali rispetto ai profili dei beneficiari e delle risposte rispettivamente ricevute. Può soprattutto favorire una maggiore qualità dei flussi trasmessi dalle Regioni, attraverso l'adozione – definita a livello nazionale - di codifiche standardizzate coerenti con le metriche della VMU. Sarebbe così favorita l'evoluzione dei flussi FAR e SIAD e una migliore alimentazione del flusso NSIS²⁰, condizionati oggi dalla eterogeneità dei sistemi valutativi locali e dalla ridotta qualità dei sistemi di transcodifica. Il modello che si propone vuole intervenire su questa variabile, dato anche l'impulso che i fondi del PNRR possono dare alle infrastrutture digitali previste dall'art. 2 della Legge 23 marzo 2022, n. 33. L'adozione di una VMU di elevata qualità e forte struttura, selezionata secondo i principi

¹⁹ Ad esempio, il sistema MDS/RAI ha logiche equivalenti a quello del sistema DRG e viene utilizzato negli USA da molti anni per governare il complesso delle funzioni di Medicare e Medicaid. Il sistema è periodicamente e prevede un sistema di indicatori ad iso-assorbimento di risorse (oggi RUG-IV) basato sugli algoritmi del modello MDS 3.0. Questo sistema di classificazione guida i sistemi di pagamento e di programmazione/verifica dell'allocazione economica. Il sistema RUG IV può essere utilizzato secondo una logica gerarchica (dalle risposte economicamente più rilevanti a quelle meno costose) o di Case-Mix, per stimare la consistenza dei sottogruppi di popolazione con diverse necessità di intensità assistenziale. In Germania l'Assicurazione sociale per le LTC (Pflegeversicherung) è guidata da un modello di valutazione del bisogno di cure e di eleggibilità alle diverse prestazioni in-kind o cash. La valutazione analizza sei moduli di autonomia nella vita quotidiana, integrati da un complesso sistema punteggi e ponderazioni. Determina una classificazione dei bisogni della persona per livelli di complessità crescenti delle cure cui sono assegnati in modo diretto le forme di erogazione possibili e i valori economici delle prestazioni. Simile è il sistema AGGIR francese, che stratifica le persone in 6 gruppi GIR (Gerontology Iso-Risource) guidati dalla perdita dell'autonomia in 10 funzioni della vita quotidiana, cui si aggiungono altri 7 criteri utili a guidare il piano di sostegno per livelli di complessità dei bisogni e delle risposte che possono essere garantite. Anche in questo caso, il motore del sistema valutativo è rappresentato da complessi algoritmi periodicamente aggiornati. Va osservato come questi sistemi sono molto diversi da quelli derivati dalla clinica per le valutazioni sulla persona anziana con bisogni sanitari. Richiamano le variabili proprie della VMD geriatrica, ma con obiettivi di governo di sistema e di allocazione dei servizi, piuttosto che del più semplice governo clinico delle équipe sanitarie. Hanno quindi una letteratura di riferimento e evidenze diverse da quelle della letteratura sanitaria.

²⁰ È già previsto da provvedimenti nazionali che le Regioni restituiscano flussi quantitativi che utilizzino codifiche standardizzate. In questo senso si fa riferimento ai Decreti del 17 dicembre 2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che istituivano i flussi FAR e SIAD e all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che definiva i contenuti informativi e le modalità di alimentazione del flusso NSIS. Negli anni successivi, la qualità informativa di questi flussi ha dimostrato diversi limiti, soprattutto relativamente all'offerta sociale e socio-sanitaria. La qualità progettuale del sistema NSIS è indubbia ma sono emersi i limiti collegati alla diffusione di sistemi valutativi locali eterogenei, carenti e non in grado di produrre flussi informativi oggettivi e coerenti fra loro.

dei sistemi di Integrated Health Care e di Population Health Care, garantisce la produzione di dati primari oggettivi per gli obiettivi nazionali (Valutazione del Bisogno) e di dati secondari qualificati se viene definito l'obbligo per le Regioni di utilizzare flussi coerenti con le metriche della VMU (informazioni di eleggibilità e di erogazione) ²¹.

3.4 La gestione del processo di cambiamento

La proposta descritta introduce innovazioni profonde: sistema unico di valutazione nazionale; distinzione tra la certificazione unica del bisogno e la valutazione dell'eleggibilità nei diversi canali del SNAA; l'attivazione di PUA multicanale; l'adozione di logiche di welfare di iniziativa per le LTC. La profondità di queste innovazioni suggerisce la necessità di prevedere, contestualmente, la definizione e il finanziamento di uno specifico percorso di gestione del cambiamento. Si tratta di innovare competenze, ruoli, strumenti tecnici e sistemi informativi per garantire l'interoperabilità dei sistemi, l'unitarietà dell'accesso e l'integrazione delle risposte garantite da enti attuatori diversi. Il percorso di cambiamento deve riguardare i tre ambiti istituzionali (INPS, SSN e EELL), come declinati a livello centrale, regionale e locale. Occorre definire e formare nuove competenze, costruire linee guida e manuali, disegnare e attivare nuovi sistemi informativi di coordinamento, strutturare processi permanenti di bench-learning tra le diverse istituzioni pubbliche. Il percorso di accompagnamento deve avere una durata adeguata (almeno triennale) e può essere utile coordinato dalla tecnostruttura del CIPA, diventando il suo primo oggetto e obiettivo di lavoro e contribuendo a definire il mix e i volumi di competenze professionali necessarie. Il CIPA deve progettare e agire il processo di cambiamento in accordo e sinergia con Regioni ed EELL, per attivare processi diffusi, coordinati e capillari. Questo processo può assorbire risorse economiche che è necessario prevedere²². Esso verrebbe coordinato centralmente dalla tecnostruttura del CIPA e utilizzato localmente in maniera equamente distribuita tra i territori, in accordo con Regioni e EE.LL.

²¹ I Decreti del 2008 introducevano l'obiettivo strategico del "Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali", comprendendo in questo ambito anche il monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari e la strutturazione di una Banca dati per il monitoraggio di queste prestazioni. Il decreto faceva contestuale riferimento: i) per i servizi residenziali e semiresidenziali, ai codici di prestazione (R1, R2, R2D, R3, SR, SRD) definiti dal documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali - Relazione finale», risultato conclusivo delle attività condotte dal sottogruppo Mattone 12 «Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali», nell'ambito del programma «Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale»; ii) per i servizi domiciliari al documento «Assistenza primaria e prestazioni domiciliari – Relazione finale», risultato conclusivo delle attività condotte dal sottogruppo Mattone 13 «Assistenza primaria e prestazioni Domiciliari».

²² Un budget ragionevole di riferimento per il processo di accompagnamento territoriale può essere stimato in circa 5 milioni/anno medi per regione, proporzionato al numero di anziani con bisogni coerenti con quelli dello SNAA. Può quindi essere stimato un costo complessivo di circa 100 milioni/anno per il SNAA, che dovrebbe permanere almeno per 3 anni, per un totale di 300 milioni.

4. Bibliografia

- Carpenter I. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical Experimental Research*. 2004 Aug; 16(4): 259–69. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03324550>
- CER GAS Bocconi (2021), Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Milano, EGEA
- de Almeida Mello J. The Implementation of Integrated Health Information Systems – Research Studies from 7 Countries Involving the InterRAI Assessment System. *International Journal of Integrated Care*, 2023; 23(1): 8, 1–24. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6968>
- Dessureault L. (2017). Better data, better decisions = Sustainable care. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Home & Continuing Care Department. <https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2017/12/Better-Data-Better-Decisions-Sustainable-Care.pdf>
- Dickson, D., Marier, P., Dubé, A. S. (2022), Do Assessment Tools Shape Policy Preferences? Analysing Policy Framing Effects on Older Adults’ Conceptualisation of Autonomy, *Journal of Social Policy*, 51(1), pp. 114-131
- Garms-Holová V. Adverse Life Events: Do Home Care Clients Have Resources for Mastering them? *Frontiers in Medicine*. 2021; (8). Art.No. 522410, 1–9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.522410>
- Gerlinger T. Die Leistungen der Pflegeversicherung. 30 novembre 2022. <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/516185/die-leistungen-der-pflegeversicherung/>
- Goodwin N. Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(4): 6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>
- Guaita, A. (2015), La valutazione multidimensionale geriatrica trent’anni dopo: riflessioni storiche e attuali, in “I Luoghi della Cura”, 1, pp. 17-21
- Guthrie DM, Williams N, Beach C, et al. Development and Validation of Caregiver Risk Evaluation (CaRE): A New Algorithm to Screen for Caregiver Burden. *Journal of Applied Gerontology*. 2021; 40(7): 731–741. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464820920102>
- Hirdes, J. P. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*, 6, 9. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-9>
- Kruse CS. The use of Electronic Health Records to Support Population Health: A Systematic Review of the Literature. *J Med Syst*. 2018 Sep 29; 42(11): 214. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-018-1075-6>
- McArthur C. Evaluating the effect of COVID-19 pandemic lockdown on long-term care residents’ mental health: a data-driven approach in New Brunswick. *Journal of the American Medical Director’s Association*; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.028>
- OECD. Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>
- Onder G. SHELTER project. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*. 2012; 12(1): 5. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-5>

- Pilotto, A. (2017). Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192.e1–192. e11. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.004>
- Sinn, C. J. (2020). A comparison of 3 frailty measures and adverse outcomes in the intake home care population: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 8(4), E796–E809. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200083>
- Sinn, CJ. Implementation evaluation of a stepped approach to home care assessment using interRAI systems in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2022; 30:2341–2352. DOI: 10.1111/hsc.13784
- Sowa-Kofta, A. (2021). Ageing policies – access to services in different Member States, Publication for the committee on Employment and Social Affairs, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament, Luxembourg. <http://www.europarl.europa.eu/supporting-analyses>
- Spasova, S. (2018), Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, Brussels, European Commission
- Tozzi V. Management della cronicità Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR. EGEA, Milano, 2023. <https://www.torrossa.com/it/resources/an/5521706>
- Ulate M.M. (2021), Comprehensive geriatric assessments for long-term and home care settings and digital platforms available to support their applicability: a systematic review, in “Alzheimer’s Dement”, 17 Suppl 8, e057529. doi: 10.1002/alz.057529
- Vis C. Health technology assessment frameworks for eHealth: A systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2020; 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1017/S026646232000015X>
- Wellens NIH, Barman PO, Oettli A. Trajectoires de soins: apparier des données cliniques et démographiques pour illustrer des parcours dans le système de santé, Statistique Vaud & Direction générale de la santé, 2022; Lausanne, Suisse.

4.1 Documenti istituzionali

- Decreto 23 maggio 2022, n. 77
- Governo italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Roma, 13 luglio 2022
- Legge 15 marzo 2010, n. 38
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227
- Legge 23 marzo 2023, n. 33
- Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I. Gruppo di lavoro: “Invecchiamento della Popolazione e Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale”. Rapporto finale, Roma, 15 maggio 2020
- Ministero della Salute. Revisione OCSE della qualità dell'assistenza sanitaria in Italia. Roma, Ministero della Salute, gennaio 2015



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

4.

DOMICILIARITÀ

Articolo 4, comma 2, lettera n) della Legge 33/2023

Paolo Da Col,

Laura Pelliccia,

Franco Pesaresi

con il Tavolo di lavoro “Servizi domiciliari” del Patto

24 ottobre 2023

Indice

1. La nuova domiciliarità: i punti chiave
2. Come leggere la norma
3. Una nuova metrica per la domiciliarità
4. Stima del fabbisogno finanziario per assistenza domiciliare continuativa qualificata
5. Prima bozza di articolato normativo
6. Prime disposizioni per la definizione degli standard

1. La nuova domiciliarità: i punti chiave

La sezione del testo dedicata ai servizi domiciliari si divide in due parti. La prima, che inizia qui, mette a fuoco gli elementi essenziali della proposta mentre la successiva presenta una prima ipotesi di testo per i Decreti Legislativi.

1.1 Il problema

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono - per impostazione istituzionale - logiche differenti. Si tratta, rispettivamente, di:

- **ADI (ASL): modello clinico/prestazionale.** L'ADI offre in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa erogate per rispondere a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico globale, unitaria, legata alla Non Autosufficienza dell'anziano. È, in altre parole, guidata dalla logica della cura clinico-ospedaliera (cure), cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla Non Autosufficienza (care), fondata su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ben più ampie e articolate. Nella valutazione dell'inappropriatezza del modello prestazionale nella non autosufficienza può, per alcuni versi, rientrare anche la classificazione CIA (coefficiente di intensità assistenziale) con cui viene censita l'erogazione di prestazioni dell'ADI, inopportuna per questo ambito dell'assistenza di lungo termine. Si ricorda che l'obiettivo del DM 77/PNRR di copertura in ADI del 10% della popolazione ultra65enne (in generale) comprende per la metà dei casi il livello basale, tipicamente monoprofessionale e certamente prestazionale (brevi accessi per prestazioni singole), che si rivela qui di validità molto limitata.
- **SAD (Comuni): modello del disagio socio-assistenziale.** Spesso la Non Autosufficienza di per sé non basta per ricevere il SAD dei Comuni. Il servizio, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo da questo stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche dell'anziano (reti familiari carenti, e ridotte risorse economiche). Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socio-assistenziale che, in parallelo alla Non Autosufficienza, nei fatti ritiene prioritari per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e di risorse economiche.

ADI e SAD offrono servizi sicuramente utili. Il punto non è questo. Il punto è che tali servizi non sono progettati per rispondere alle specifiche condizioni degli anziani non autosufficienti. L'Italia, d'altra parte, non può continuare ad essere priva di un servizio domiciliare con una simile finalità. È da notare, inoltre, che il primo modello (clinico/prestazionale) riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo (disagio socio-assistenziale) la cultura assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali. Si conferma così, pure nella domiciliarità, un'esigenza che attraversa l'intera riforma: quella di uno sforzo - anche istituzionale - per sancire la specificità dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

1.2. Servizi domiciliari progettati per la Non Autosufficienza

L'art. 4, comma 2, lettera n) della Legge 33/2023 supera la situazione illustrata e introduce, nel nostro Paese, un servizio di assistenza domiciliare progettato per le specifiche condizioni della Non Autosufficienza. La seconda parte della presente sezione, come anticipato, presenta un'ipotesi

complessiva, anche dettagliata, di testo per i Decreti Legislativi. Qui, invece, se ne vogliono mettere a fuoco gli aspetti principali, illustrati di seguito e sintetizzati nella tabella successiva (Tabella 1). Si tratta, in altre parole, dei caposaldi della nuova domiciliarità, cioè delle fondamenta sulle quali poggia il complessivo disegno riformatore di questo settore della Non Autosufficienza.

Unitarietà nella risposta. L'anziano non autosufficiente è un'unica persona e la sua condizione non può essere "spezzettata" tra diverse responsabilità istituzionali. Il primo passo da compiere per evitarlo consiste nel creare un NUOVO servizio domiciliare unitario tra sociale e sanità: si tratta del Servizio sociosanitario di Assistenza Domiciliare Locale Unificato per le persone anziane non autosufficienti. Introdurlo significa dar vita ad una NUOVA TIPOLOGIA DI assistenza domiciliare che: (i) viene prestata all'interno di un NUOVO servizio strutturato nell'ambito dello SNAA; (ii) unifica IN MODO INNOVATIVO quanto svolto in precedenza dalle ASL (servizio ADI) e dai Comuni/ATS (servizio SAD); (iii) intende sostenere meglio, di più e più a lungo le attività dei caregiver e di tutti gli attori territoriali di cura ed assistenza; (iv) è destinata allo specifico target delle persone anziane non autosufficienti. Oggi, invece, l'unitarietà delle risposte è rara: solo il 7% degli anziani assistiti con l'ADI, infatti, usufruisce di interventi integrati con il SAD. È necessario, pertanto, pensare ed agire in una nuova visione, approccio ed azione di integrazione multiprofessionale, multidisciplinare, multistituzionale, multisetoriale, superando i gap che finora hanno impedito o limitato il pieno dispiegarsi di un'azione di cura ed assistenza unitaria ed olistica, necessaria per il vissuto delle persone e famiglie assistite e per l'efficacia ed efficienza delle organizzazioni istituzionali ed informali.

Assistenza per il tempo necessario. Il secondo elemento chiave della nuova domiciliarità delineata nella riforma consiste nel prevedere che i servizi domiciliari abbiano durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente nella durata illimitata) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano, senza "tetti" o "soglie". Nel nuovo modello assistenziale qui proposto gli interventi domiciliari devono infatti essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali d'intervento rapportate alle necessità assistenziali. Oggi, invece, non è così. L'ADI di titolarità delle ASL, il servizio domiciliare nettamente più diffuso, copre un numero crescente di anziani ma per periodi quasi sempre brevi, perlopiù di 2-3 mesi, e con un'intensità spesso modesta (in media 9 ore di infermiere e 6 di altre professioni sanitarie in un anno; l'80% riceve tra 1 e 3 accessi mensili). La Non Autosufficienza dura molto più a lungo, spesso diversi anni, e richiede assistenza continuativa.

Appropriato mix di prestazioni rispetto all'ampia gamma di tipologia di bisogni degli anziani non autosufficienti. La riforma parte da uno sguardo globale sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. È noto che nella condizione di "non autosufficienza" esiste un'ampia gamma di bisogni e di grado di disabilità e, specularmente, di abilità residue, variabili nel tempo (in genere tendenzialmente peggiorative nel tempo lungo). A questo vasto range di condizioni mira ad adattarsi il nuovo Servizio domiciliare specifico, con la nuova offerta integrata, sempre ben guidata dal Programma Individualizzato (PAI). Nel PAI le situazioni vanno affrontate con uno sguardo unitario (olistico), in cui si riconosce la multidimensionalità della condizione, che riguarda la molteplicità di aspetti dell'esistenza degli anziani e degli anziani non autosufficienti. Per affrontarla, questi ultimi devono ricevere quindi il

giusto mix delle diverse prestazioni che la loro individuale situazione richiede e che può comprendere:

- a. interventi medico-infermieristico-riabilitativi-psicologici;
- b. sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia; impedisce alla persona di compiere da sola;
- c. azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti;
- d. assegni di cura;
- e. assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza.

Riconoscimento delle reti informali. Attualmente, i caregiver familiari e le assistenti familiari sono, di gran lunga, la principale fonte di cura degli anziani in Italia: non riconoscerlo significherebbe realizzare una riforma perdente in partenza. I nuovi servizi domiciliari vogliono relazionarsi con tutte le risorse in campo, pubbliche e private, e quelle attivabili tra le risorse locali, per supportarle al meglio. Occorre oggi assicurare una serie di attività dedicate ai caregiver familiari, comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto ed educazione terapeutica (empowerment ed engagement); interventi di assistenza compensativa-alternativa e di sollievo (di emergenza o programmati). Analogamente, per le/gli assistenti familiari va prevista la realizzazione di formazione, monitoraggio delle loro condizioni e capacità e di supporto. Particolare attenzione è da concentrare su azioni formative rivolte a loro, realizzate on the job dagli operatori istituzionali dei servizi domiciliari.

Tabella 1 - Una nuova domiciliarità per la Non Autosufficienza: punti chiave

<p>OBIETTIVO = UNITARIETÀ NELLA RISPOSTA <i>La Non Autosufficienza:</i> l'anziano non autosufficiente è un'unica persona. <i>Di conseguenza, i servizi domiciliari:</i> devono dar vita a un Servizio sociosanitario di Assistenza Domiciliare Locale Unificato.</p>
<p>OBIETTIVO = ASSISTENZA PER IL TEMPO NECESSARIO <i>La Non Autosufficienza:</i> per lo più, si protrae a lungo nel tempo (spesso anni) e richiede assistenza continuativa. <i>Di conseguenza, i servizi domiciliari:</i> devono avere durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano, senza soluzioni di continuità.</p>
<p>OBIETTIVO = APPROPRIATO MIX DI PRESTAZIONI <i>La Non Autosufficienza:</i> è una condizione multidimensionale, riguardante molteplici aspetti dell'esistenza dell'anziano. <i>Di conseguenza, i servizi domiciliari:</i> devono offrire il giusto mix delle diverse prestazioni che la specifica situazione richiede, in una logica di presa in carico globale e continuativa della persona e della rete familiare/informale, con un riequilibrio tra cure informali e formali, a favore di queste ultime.</p>
<p>OBIETTIVO = RICONOSCIMENTO DELLE RETI INFORMALI <i>La Non Autosufficienza:</i> la principale fonte di cura sono i caregiver familiari e le assistenti familiari. <i>Di conseguenza, i servizi domiciliari:</i> devono relazionarsi con queste risorse informali e supportarle al meglio</p>

2. Come leggere la norma

L'articolo 4, comma 2, lettera n) della Legge 33/2023, riguardante la domiciliarità, contiene alcune parti non di particolare rilievo, che rischiano di allontanare lo sguardo dagli aspetti che contano. Ci si riferisce a tre punti dell'articolo: il punto 2) sulla razionalizzazione dell'offerta vigente appare confondente, non facilmente comprensibile, e privo di ricadute operative; il punto 4) sull'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogati a domicilio costituisce esclusivamente una sottolineatura di quanto già previsto dal precedente punto 1) (unitarietà della risposta) del medesimo articolo; il punto 5) sul coinvolgimento degli enti del Terzo settore ribadisce una situazione in atto da decenni (il SAD è totalmente gestito dagli enti del Terzo Settore e l'ADI in una quota molto significativa). Nel testo successivo, questi punti non vengono specificamente trattati, ma si tenta di risolverli nel nuovo scenario.

3. Una nuova metrica per la domiciliarità

Le cure domiciliari che si aprono all'assistenza domiciliare della non autosufficienza richiedono un aggiustamento del quadro normativo da cui poi discendono anche le modificazioni organizzative. Anche il sistema degli indicatori deve essere adeguato per permettere una verifica della diffusività del nuovo sistema e la sua rispondenza ai nuovi obiettivi indicati. Non serve un nuovo sistema ma occorre integrare le norme e i documenti nazionali di riferimento. La normativa attuale nella sua impostazione generale è sicuramente valida e può essere confermata ma vanno inseriti i contenuti nuovi che possano permettere uno sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti nella misura e nella durata necessaria ai loro bisogni.

Il documento della Commissione ministeriale LEA sulle cure domiciliari²³

Il documento della Commissione LEA sulle cure domiciliari è, insieme al Decreto del 2017 sui LEA, il principale punto di riferimento organizzativo e classificatorio delle cure domiciliari. I suoi contenuti indirizzano l'organizzazione e l'erogazione dei servizi domiciliari in Italia e i relativi flussi informativi. Il documento nel suo complesso mantiene la sua validità ma deve essere adeguato al nuovo obiettivo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Può essere confermata la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari (Standard qualificanti le attività di cure domiciliari) per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità definita attraverso l'individuazione di un coefficiente di intensità assistenziale (CIA)²⁴, della complessità (Valore Gea²⁵) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale (PAI), della durata media (Gdc²⁶) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza dei servizi erogatori di cure domiciliari. Le cure di lungo termine possono essere adeguatamente inserite nel sistema di classificazione e di valutazione delle prestazioni erogate. Ma alcuni adeguamenti sono necessari. La carenza principale del Documento è costituita dall'assenza, fra le attività previste, del sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana che la mancanza di autonomia impedisce all'anziano di compiere da solo. L'assenza è particolarmente incisiva nell'organizzazione dei servizi domiciliari atteso che lo stesso Documento descrive puntualmente tutte le possibili prestazioni domiciliari e queste sono del tutto assenti, con particolare rilievo nelle attività previste per l'OSS. Per quello che riguarda il sistema degli indicatori, il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) rileva 15 indicatori, utili ma poco specifici per le cure di lungo termine. Occorre integrarli con altri che sappiano fornire informazioni sullo sviluppo e la diffusione dell'assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti. Fra gli indicatori si potrebbero aggiungere:

1. Un indicatore per rilevare le persone che sono in assistenza per un anno rinnovabile (senza limite di rinnovi). La scadenza di un anno rinnovabile innova profondamente rispetto alla situazione attuale che prevede, al massimo, una media di 180 giorni di cure domiciliari. Inoltre, la previsione di un rinnovo periodico ed auspicabilmente annuale è una scadenza utile e positiva perché impone una verifica ed una rivalutazione periodica dei singoli casi necessaria per aggiornare ciclicamente

²³Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza: "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", 2006.

²⁴CIA Coefficiente di intensità assistenziale: numero delle giornate effettive di assistenza (GEA)/ numero Giornate di cura (GdC) indicate nel Piano assistenziale individualizzato (PAI).

²⁵GEA = Giornata Effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

²⁶GDC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio.

il PAI. Questo indicatore serve a verificare il numero o la quota di anziani che fruiscono delle cure domiciliari di lungo termine.

2. Un indicatore per rilevare la percentuale delle persone con assistenza integrata sociale e sanitaria. Questo indicatore, come è del tutto evidente, serve a verificare lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria ed in particolare il numero/quota di anziani che fruiscono dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale unitamente alle cure domiciliari.
3. Un indicatore per rilevare la percentuale dei casi a cui si è prestato aiuto per lo svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. Questo indicatore è strategico per verificare la diffusione della nuova presa in carico globale garantita dall'assistenza domiciliare introdotta dalla L. 33/2023.

Altri indicatori si possono ovviamente aggiungere, non solo specifici per la non autosufficienza, per rilevare, per esempio, l'uso della telemedicina. La previsione di questi indicatori richiede però che anche altre parti del Documento della commissione ministeriale sui LEA venga corretto per mantenere coerenza e linearità. In particolare, va modificata la parte sulla durata media dell'assistenza domiciliare (pag. 20), molto lontana dai principi delle cure di lungo termine. In questo contesto di aggiornamento del Documento LEA sulle cure domiciliari vanno inseriti anche la funzionalità del servizio nelle 24 ore ed un adeguamento dei valori di riferimento (standard) degli indicatori che il PNRR, con la previsione dell'assistenza 10% degli anziani, ha spostato molto più avanti.

Le modifiche del Decreto sui LEA

La norma principale di riferimento per l'assistenza domiciliare rimane il Decreto sui LEA del 2017²⁷ che dedica gli articoli 22 e 23 alle cure domiciliari comprese quelle palliative. Affinché il nuovo sistema organizzativo possa svilupparsi armonicamente e non sia ostacolata da una normativa incompleta e non coerente è necessario che anche il Decreto sui LEA venga aggiornato rispetto alla necessità di garantire cure domiciliari adeguate e di lungo periodo. Anche in questo caso la carenza principale della norma di legge è costituita dall'assenza, fra le attività previste, del sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana. Inoltre, nelle cure domiciliari integrate (ADI) di 1° e 2° livello e nelle cure palliative domiciliari vanno inserite fra le funzioni anche quella dell'affiancamento e del supporto dei caregiver (familiari e badanti). Questa attività è prevista nelle cure domiciliari integrate di 3° livello ma non in quelle di altri livelli per cui la loro esclusione non sembra casuale e va assolutamente superata. Questa omissione è del tutto ingiustificata e non è in linea con il Documento della Commissione LEA sull'assistenza domiciliare che gli dà il giusto rilievo. Fra le funzioni di affiancamento e di supporto per i caregiver familiari ed altri operatori come le assistenti familiari (badanti) si sottolinea l'importanza dell'educazione terapeutica. Per educazione terapeutica si intende un insieme di attività educative complesse rivolte a tipologie di pazienti molto specifiche e ai loro caregiver. Si tratta di una trasmissione di conoscenze e di una formazione tesa ad acquisire abilità e/o promuovere nuove abitudini comportamentali. Questo tipo di aiuto è importante per far sì che il paziente e i suoi caregiver siano consapevoli e in grado di agire e prevenire in tutti quei casi nei quali possa essere trasmesso loro un piano di educazione terapeutica.

²⁷ D.P.C.M. 12/1/2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502.

Manca, infine, un richiamo esplicito alle prestazioni di telemedicina e teleassistenza prepotentemente proposte dal PNRR.

Tutti gli adeguamenti necessari si possono ottenere sia intervenendo sulla normativa citata sia con la nuova normativa delegata che definisca il nuovo quadro organizzativo e di riferimento.

4. Stima del fabbisogno finanziario per assistenza domiciliare continuativa qualificata

4.1 Premessa

La Legge 33/2023 prevede la costruzione di risposte domiciliari adeguate (per intensità e durata) alle esigenze degli anziani non autosufficienti e la necessità di assicurare cure palliative domiciliari alle persone anziane. La linea di risorse della Missione 6 del PNRR, “Casa come primo luogo di cura” (M6-C1-1.2.1), dovrebbe costituire il canale di finanziamento deputato per eccellenza a potenziare l’assistenza domiciliare per gli anziani. Tenuto conto dei meccanismi operativi del predetto programma (come discusso nel Paper tecnico n° 2), non è affatto scontato che la disponibilità delle risorse PNRR per il periodo 2023-2025 si traduca in un effettivo potenziamento dell’Adi più intensiva e qualificata; in altre parole, non è detto che le risorse PNRR saranno utilizzate per costruire le risposte alle esigenze riconosciute dalla Legge 33/2023. Per favorire - nel prossimo biennio - lo sviluppo di un’Adi a misura di anziano non autosufficiente, sarebbe infatti necessario rivedere i meccanismi di monitoraggio del PNRR, inserendovi specifici incentivi per lo sviluppo di un’Adi più qualificata (ad esempio, secondo le proposte operative del Paper tecnico n° 2).

Nell’ipotesi in cui tale auspicata revisione non dovesse avvenire (ovvero a meccanismi PNRR invariati), lo scenario più probabile è quello di un uso da parte delle regioni dei fondi della Missione 6 quasi esclusivamente per il potenziamento dell’Adi “leggera/prestazionale”, al massimo per l’avvio di interventi di natura proattiva per la gestione della cronicità, ma non per i più complessi bisogni delle persone già non autosufficienti.

Per finanziare l’Adi prevista dalla Legge 33/2023, sarebbe pertanto necessario individuare altre linee di finanziamento espressamente finalizzate agli obiettivi per la domiciliarità della già menzionata legge, costruendo da subito un graduale percorso di implementazione, con adeguate garanzie di continuità dei fondi. Di seguito viene presentata un’ipotesi di stima del relativo fabbisogno tenuto conto di un take up che interessa una porzione dell’utenza addizionale prevista dal PNRR da servire con Adi qualificata.

4.2 Pacchetti appropriati di assistenza domiciliare

Per offrire un pacchetto di assistenza appropriata ai bisogni dell’anziano è necessario assicurare:

- multiprofessionalità (adeguato mix professionale per assicurare i bisogni multidimensionali di cura, di addestramento e supporto al caregiver, di igiene, di mobilitazione, servizi per l’orientamento e il mantenimento delle abilità residue);
- continuità (l’utente è in carico per 365 giornate di cura per anno);
- adeguata intensità degli interventi durante il periodo di presa in carico (un livello di CIA medio tra quelli qualificabili come cure domiciliari integrate);
- integrazione con i servizi sociali.

A tale scopo si ritiene utile proporre delle prime ipotesi di “pacchetti tipo” per rispondere alle esigenze di un generico anziano non autosufficiente, oltre che un pacchetto per rispondere alle peculiari esigenze degli anziani con demenza.

Nella tabella 1 allegata è riepilogato per entrambi i percorsi il mix professionale e la relativa la frequenza degli accessi ipotizzati. Si è inoltre proceduto ad una stima dei relativi costi tenuto conto

delle remunerazioni orarie delle figure coinvolte (si ipotizza che ogni accesso abbia una durata di un'ora)²⁸.

Per individuare la quota di rilevanza sanitaria (quella a carico del SSR) sono state considerate le previsioni del DPCM 12/1/2017 art. 22 (per l'aiuto infermieristico e l'assistenza tutelare è stata applicata una compartecipazione del 50% a carico della filiera sociale).

Al fine di considerare il “costo pieno” per il SSR di tutti i fattori produttivi che direttamente o indirettamente concorrono all'erogazione dell'assistenza (personale, materiale di consumo, oneri per raggiungere il domicilio del paziente, oneri amministrativi), la principale voce di costo (ossia quella del personale assistenziale impiegato direttamente dal SSN o tramite convenzioni con soggetti esterni accreditati) è stata maggiorata del 20% dei costi del personale²⁹.

Il costo del personale, i costi indiretti e il riparto degli oneri tra SSN e Comuni/utenti di ogni pacchetto tipo sono esposti nella Tab. 1, tenendo conto di una durata annuale della presa in carico.

Si è inoltre proceduto a confrontare tali costi con il livello standard previsto nell'attuale metodologia PNRR per ogni utente addizionale (1977,94)³⁰. È stato calcolato un coefficiente rappresentativo dell'impegno economico degli utenti rispetto all'utente medio previsto dal PNRR; tramite il predetto coefficiente è possibile convertire il numero di assistiti attraverso Adi LTC/Demenze in numero di assistiti equivalenti.

4.3 Le cure palliative domiciliari

Per offrire un pacchetto di assistenza appropriata ai bisogni delle persone con esigenze di cure palliative è necessario assicurare:

- un adeguato mix professionale, secondo le figure previste dalla normativa di settore per la composizione dell'equipe³¹;
- continuità assistenziale;
- adeguata intensità degli interventi durante il periodo di presa in carico (secondo il livello di CIA indicati nell'art. 23 del Dpcm 12/1/2017);
- integrazione con i servizi sociali.

A tale scopo si ritiene utile proporre dei “pacchetti tipo” per rispondere alle esigenze del livello “base” e del livello “specialistico”.

²⁸ Nel caso del MMG è stata utilizzata una Tariffa indicativa di quanto previsto dagli appositi accordi nazionali per l'Assistenza Domiciliare Programmata per il personale convenzionato con il SSN

²⁹ Tale percentuale è stata ricostruita sulla base dell'incidenza dei fattori diversi da quelli del personale sanitario, dei servizi sanitari e delle prestazioni sanitarie, così come rilevata dai modelli LA e pubblicata nel portale BDAP per la voce “cure domiciliari”.

³⁰ L'individuazione del costo medio ponderato per nuovo assistito preso in carico tramite il PNRR (per la valorizzazione del costo unitario standard) si fonda su assunti metodologici diversi da quelli da noi impiegati in questa sede. Ad esempio, la metodologia PNRR non tiene conto dei costi delle diverse figure professionali, assumendo che nei livelli più intensivi gli accessi di tutte le tipologie di operatori diversi dal MMG abbiano un costo di 75 euro. Inoltre, a differenza della nostra ipotesi, la metodologia PNRR stima una durata della presa in carico annuale degli utenti aggiuntivi in cure palliative. Pur nella consapevolezza di tali differenze metodologiche (che meriterebbero opportuni confronti e approfondimenti), il valore del costo unitario standard PNRR costituisce un valore convenzionale a cui è utile rapportare i costi dei pacchetti da noi stimati per dare una misura dell'impegno relativo richiesto rispetto a un valore standard (quanto maggiore sono i costi dei pacchetti rispetto al costo standard convenzionale, tanto maggiore è lo sforzo assistenziale profuso per l'erogazione).

³¹ Es. nell'Accordo Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014.

Nella tabella 1 allegata è riepilogato per entrambi i percorsi, il mix professionale e la relativa la frequenza degli accessi. Si è inoltre proceduto ad una stima dei relativi costi, tenuto conto delle remunerazioni orarie delle figure coinvolte (si ipotizza che ogni accesso abbia una durata di un'ora)³². Al fine di considerare il “costo pieno” per il SSR di tutti i fattori produttivi che direttamente o indirettamente concorrono all'erogazione dell'assistenza (personale, materiale di consumo, oneri per raggiungere il domicilio del paziente, oneri amministrativi), la principale voce di costo, ossia quella del personale assistenziale impiegato direttamente dal SSN o tramite convenzioni con soggetti esterni accreditati è stata maggiorata del 20% dei costi del personale³³.

Il costo del personale, i costi indiretti e il riparto degli oneri tra SSN e Comuni/utenti di ogni pacchetto tipo sono esposti nella Tab. 1, tenendo conto di una durata della presa in carico per una frazione di anno, in considerazione delle specifiche peculiarità del bisogno sotteso all'esigenza di cure palliative. Si è inoltre proceduto a confrontare tali costi con il livello standard previsto nell'attuale metodologia PNRR per ogni utente addizionale (1977,94). È stato calcolato un coefficiente rappresentativo dell'impegno economico degli utenti rispetto all'utente medio previsto dal PNRR; tramite il predetto coefficiente è possibile convertire il numero di assistiti attraverso le Cure Palliative Domiciliare di livello base/specialistica in numero di assistiti equivalenti.

4.4 Il fabbisogno finanziario per i percorsi di “Cure domiciliari qualificate”

Nella Tab. 2 sono riepilogati i costi per il SSN e per la filiera sociale nell'ipotesi di un percorso di progressiva implementazione di questi pacchetti di Adi qualificata, secondo la metodologia di stima dei costi sin qui esplicitata.

Ci si aspetta che nel 2024 siano assistiti attraverso questi pacchetti di “Cure domiciliari qualificate” il 30% degli utenti addizionali che il PNRR prevede siano presi in carico dalle Regioni per quell'anno; la percentuale attesa arriva al 36% nel 2025.

La tabella 2 riassume il fabbisogno finanziario per ciascuna annualità. Si tratta di elementi indicativi anche delle risorse necessarie per mettere a regime gli interventi del PNRR dopo il 2026. Per il 2024, i finanziamenti addizionali necessari per l'Adi qualificata ammontano a 1061 Milioni di Euro, dei quali 854 a carico del Servizio Sanitario Nazionale e 207 a carico dei Comuni. Nella complessiva ipotesi di spesa illustrata nella proposta i fondi qui indicati a carico dei Comuni non vengono conteggiati perché sono già contenuti nella strategia di sviluppo della domiciliarità sociale (si veda il Paper Tecnico N° 3). Inoltre, si prevede che il Piano venga avviato nel secondo semestre dell'anno, in modo da prepararlo opportunamente e da costruire una solida coerenza con i Decreti Legislativi della Legge 33/2023, da emanare entro il gennaio 2023. Dunque, l'investimento complessivo sanitario per il 2024 è 427 milioni (854 diviso 2, metà anno). Nel 2025, invece, il piano opera sui dodici mesi e la spesa sanitaria addizionale è pari a 1096 milioni di Euro, valore da mantenere anche negli anni successivi.

Si precisa che finora le manovre di finanza pubblica hanno individuato finanziamenti continuativi per l'attività degli Infermieri di Comunità e per il personale delle Case della Comunità³⁴. Considerate le dotazioni organiche previste e finanziate dai suddetti provvedimenti per l'attività Adi nell'ambito

³² Nel caso del MMG è stata utilizzata una Tariffa indicativa di quanto previsto dagli appositi accordi nazionali per l'Assistenza Domiciliare Programmata per il personale convenzionato con il SSN.

³³ Tale percentuale è stata ricostruita sulla base dell'incidenza dei fattori diversi da quelli del personale sanitario, dei servizi sanitari e delle prestazioni sanitarie, così come rilevata dai modelli LA e pubblicata nel portale BDAP per la voce “cure domiciliari”.

³⁴ Art. 1 c. 274 L. 234/2021.

delle Case di comunità dal DM 77³⁵, si ritiene che difficilmente con questi livelli di personale la nuova sanità territoriale riuscirà a garantire un'assistenza domiciliare di tipo intensivo e multiprofessionale per rispondere alle esigenze di LTC a una quota rilevante di anziani non autosufficienti e agli anziani con bisogni di cure palliative. È probabile invece che si tratti di linee di finanziamento che sottendono un modello di cure domiciliari poco intensivo, ovvero mirato alle sole attività di prevenzione/interventi di monitoraggio proattivo della cronicità; è evidente, dunque, che non possono essere considerate risorse per erogare ADI agli utenti con esigenze di LTC/altra adi qualificata. Per sviluppare e mantenere dopo il 2026 l'Adi LTC/altra Adi qualificata, sono pertanto necessari finanziamenti aggiuntivi e mirati.

³⁵ Le dotazioni STD di personale previste per le CDC dal DM77, per un bacino di utenza di 40-50.000 persone sono: 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Tab. 1 – Ipotesi composizione pacchetti

Tipologia pacchetto	Figura professionale	Accessi/mese	costo orario	costo personale/mese	di cui a carico SSN	di cui a carico comuni/utenti	costi indiretti	costo/mese SSN	durata pic (mesi)	costo annuo SSN per utente	Rapporto vs costi standard PNRR (1977,94€)= coeff. di conversione assistiti equivalenti
Adi LTC integrata	MIMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €					
	oss	8	22,00 €	176,00 €	88,00 €	88,00 €					
	infermiere	2	30,00 €	60,00 €	60,00 €		54,18 €	325,08 €	12	3.900,96 €	1,97
	professionisti della riabilitazione	4	26,00 €	104,00 €	104,00 €						
	tot/mese	15		358,90 €	270,90 €	88,00 €					
Adi Demenze	MIMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €					
	Geriatra/altre consulenze specialistiche	0,25	65,00 €	16,25 €	16,25 €						
	oss	8	22,00 €	176,00 €	88,00 €	88,00 €					
	infermiere	2	30,00 €	60,00 €	60,00 €	60,00 €	57,43 €	344,58 €	12	4.134,96 €	2,09
	Psicologo	1	65,00 €	65,00 €							
	professionisti della riabilitazione	4	26,00 €	104,00 €	104,00 €						
	tot/mese	16,25		440,15 €	287,15 €	88,00 €					
Cure Palliative Domiciliari Base	MIMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €	18,90 €					
	Medico Palliativista	3	65,00 €	195,00 €	195,00 €						
	oss	4	22,00 €	88,00 €	88,00 €						
	infermiere	4	30,00 €	120,00 €	120,00 €	120,00 €	94,78 €	568,68 €	3	1.706,04 €	0,86
	Psicologo	1	65,00 €	65,00 €							
	professionisti della riabilitazione	2	26,00 €	52,00 €	52,00 €						
	tot/mese	15		538,90 €	473,90 €	- €					
Cure Palliative Domiciliari Specialistica	MIMG	2	18,90 €	37,80 €	37,80 €						
	Medico Palliativista	8	65,00 €	520,00 €	520,00 €						
	oss	4	22,00 €	88,00 €	88,00 €						
	infermiere	8	30,00 €	240,00 €	240,00 €	240,00 €	187,56 €	1.125,36 €	3	3.376,08 €	1,71
	Psicologo	1	65,00 €	65,00 €							
	professionisti della riabilitazione	2	26,00 €	52,00 €	52,00 €						
	tot/mese	25		1.002,80 €	937,80 €	- €					

Tab. 2 – Stima fabbisogno per percorso di implementazione Adi qualificata

Anno	Tipologia pacchetto	Nuovi Assistiti previsti da PNRR	% di nuovi utenti assistiti con Adi qualificata	Utenza addizionale per Adi qualificata	Spesa SSN per utenza addizionale 2024 con Adi qualificata	Assistiti equivalenti ai fini del monitoraggio aggiuntivi*coeff.d conversione	Compartecipazione Comuni/utenti
2024	Adi LTC integrata	755.554	20,0%	151.111	589.477.186 €	298.026 €	159.573.005 €
	Adi Demenze		6,0%	45.333	187.451.134 €	94.771 €	47.871.901 €
	Cure Palliative Domiciliari Base		2,0%	15.111	25.780.107 €	13.034 €	
	Cure Palliative Domiciliari Specialistic tot		2,0%	15.111	51.016.215 €	25.793 €	
2025	Adi LTC integrata	808.827	30,0%	226.666	853.724.642 €	431.623 €	207.444.906 €
	Adi Demenze		23,0%	186.030	725.696.408 €	366.895 €	196.447.902 €
	Cure Palliative Domiciliari Base		8,0%	64.706	267.557.383 €	135.271 €	68.329.705 €
	Cure Palliative Domiciliari Specialistic		2,5%	20.221	34.497.280 €	17.441 €	
	Cure Palliative Domiciliari Specialistic tot		2,5%	20.221	68.266.616 €	34.514 €	
			36,0%	291.178	1.096.017.688 €	554.121 €	264.777.607 €

5. Prima bozza di articolato normativo

Indice

Capo I - COSTITUZIONE DEL NUOVO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE UNIFICATO PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Art. 1 - Finalità e principi generali

Art. 2 - Modello di intervento

Art. 3 - Caratteristiche dell'offerta

Art. 4 - Ruolo del Terzo Settore e prospettiva comunitaria

Art. 5 - I pilastri della nuova organizzazione

Capo II - PERCORSI E PRESTAZIONI

Art. 6 - Elementi costitutivi

Art. 7 - Prestazioni garantite nell'ambito del Servizio

Art. 8 – Il funzionamento organizzativo integrato

Art. 9 - L'accesso e i percorsi dell'utente

Capo III - DISPOSITIVI TECNOLOGICI E SISTEMA INFORMATIVO

Art. 10 - Telemedicina, teleassistenza, strumenti di ICT

Art. 11 - La formazione degli operatori e degli attori di cura ed assistenza

Capo I - COSTITUZIONE DEL NUOVO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE UNIFICATO PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Art. 1 - Finalità e principi generali

1. Con riferimento allo SNAA e alle indicazioni della Legge 33/2023, in linea con le indicazioni del CIPA, le Regioni ed i Comuni /ATS costituiscono in ogni Distretto/Comune un nuovo Servizio sociosanitario di Assistenza Domiciliare Locale Unificato per le persone anziane non autosufficienti, ad alta integrazione sociosanitaria, specifico per i bisogni e le persone anziane non autosufficienti (di seguito “Servizio”).
2. Il nuovo Servizio domiciliare costruisce un nuovo e prioritario contesto che favorisce l'utilizzo dell'approccio peculiare della Non Autosufficienza, indipendentemente dalla provenienza e dall'appartenenza istituzionale delle prestazioni coinvolte.
3. Il nuovo Servizio domiciliare a protezione degli anziani non autosufficienti, oggetto del presente Decreto Legislativo, ha pertanto la finalità di consentire a soggetti svantaggiati nella funzionalità globale la permanenza a casa il più a lungo possibile, in condizioni di dignità, decoro, libertà, sicurezza al più elevato livello possibile, sostenendo la rete familiare ed il caregiver, nel rispetto dei principi generali del DL 33/2023: “la casa primo luogo di cura”.
4. Il nuovo Servizio si fonda sui seguenti principi:
 - a. è multi istituzionale, multiprofessionale, multi-offerta, rivolto in modo specifico alle persone che vivono la condizione di Non Autosufficienza. Nasce e si sviluppa come componente fondamentale dello SNAA;
 - b. è realizzato in ogni territorio di Distretto/Ambito-ATS del Paese per superare le logiche correnti di servizi frammentati sanitari domiciliari (ADI) e sociali (SAD), ed avviare un nuovo scenario con scopi e modalità specifici per questo gruppo di popolazione, nel rispetto delle caratteristiche dei contesti locali, ed in dimensioni quali/quantitative idonee a soddisfare la domanda ed i bisogni specifici dei singoli territori (paradigma della prossimità e specificità);
 - c. sostituisce ovvero amplia, a seconda delle esistenti realtà locali, le attività di assistenza domiciliare attualmente organizzate dalle ASL o dai Comuni o da loro aggregazioni, che vengono qui riunite in un nuovo contesto organizzativo ad elevata integrazione e capacità integranti/aggreganti tutte le altre risorse messe in campo dalla persona, dalla famiglia, dalla rete informale di cura della Comunità locale (tutte rilevabili nel PAI);
 - d. possiede caratteristiche e standard di elevata qualità di servizio per elementi di struttura, processo, esito;
 - e. ogni attività, prestazione, intervento appartenente al nuovo Servizio rientra nei LEA e nei LEPS, il cui grado di corresponsione è monitorato con gli strumenti vigenti ed altri previsti dalla presente riforma.
5. La Regione e gli Enti Locali, allo scopo di assicurare la migliore efficacia di queste prestazioni di assistenza domiciliare integrata con le risorse locali, assicurano l'attivazione di iniziative e procedure necessarie per il coinvolgimento delle associazioni per la tutela delle persone non autosufficienti presenti nel territorio locale, delle associazioni dei caregiver e dei familiari, del Terzo Settore.

Art. 2 - Modello di intervento

1. Il nuovo Servizio di assistenza domiciliare si fonda su un nuovo modello d'intervento, specifico per questo target di persone e di bisogni, i cui elementi innovativi caratterizzanti sono:
 - a) durata (periodo della presa in carico) e intensità dell'assistenza (interventi per anziano) adeguate, senza limiti (soglie-tetti), e pertanto determinate unicamente sulla base dei bisogni dell'anziano non autosufficiente;
 - b) l'offerta di un mix di molteplici servizi, prestazioni, interventi, misure, supporti riferiti all'ambito sanitario (di tipo medico generalistico e specialistico, infermieristico, riabilitativo, psicologico), sociosanitario e socioassistenziale (aiuti per la vita quotidiana), attivabili in base alle diverse situazioni e tra loro sempre fortemente integrate, per una presa in carico globale e reale, superando i limiti della visione prestazionale;
 - c) una nuova modalità organizzativa delle risposte, realizzate unitariamente dai Distretti delle Asl e dai Comuni/Ambiti, che vanno a costituire congiuntamente, con processi e procedure di alta integrazione sociosanitaria, il nuovo Servizio, il quale diventa responsabile unico dell'impiego appropriato delle risorse informali e formali presenti in ogni contesto territoriale e dei relativi esiti;
 - d) il riconoscimento e l'attenzione prioritaria al lavoro di cura svolto non solamente dalla famiglia e dalle assistenti familiari, ma anche dalla Comunità locale e dal Terzo Settore quali attori protagonisti della rete, che nel loro insieme vanno ad arricchire ed armonizzarsi con quanto provveduto dalle Istituzioni pubbliche, cui spettano peso e responsabilità maggiori;
 - e) la valorizzazione delle nuove tecnologie e strumenti di ICT adatti o adattabili alla home care ed il loro utilizzo appropriato ed efficiente;
 - f) l'adozione del modello del care multidimensionale, della Primary Health Care, della cultura geriatrica e riabilitativa.

Art. 3 - Caratteristiche dell'offerta

1. Il presente Decreto indica le seguenti caratteristiche dell'offerta del nuovo Servizio, da realizzare in ciascun Distretto/ATS del Paese:
 - a) un'offerta con un'ampia gamma di interventi, servizi, misure, azioni, in una filiera coerente e solidamente raccordata nei vari punti di produzione-erogazione, che supera logiche prestazionali e si fonda sulla pratica della presa in carico continuativa e globale;
 - b) un'offerta integrata di assistenza sanitaria, sociosanitaria, socioassistenziale, secondo un approccio bio-psico-sociale basato sulla presa in carico personalizzata di carattere continuativo e multidimensionale;
 - c) un'offerta unitaria delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione e fusione dei servizi ed interventi erogati dalle aziende sanitarie e dai Comuni/ATS;
 - d) un'offerta di prestazioni di assistenza e cura multiprofessionali, adeguate per durata ed intensità, realizzate sulla base dei bisogni e delle capacità della persona, ad esse proporzionate, in assenza di limiti o vincoli di tempo/durata o di discriminazioni di alcun

- genere;
- e) un'offerta che facilita e favorisce l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogati a domicilio grazie all'uso di strumenti informatici e di telemedicina-teleassistenza interoperabili.

Art. 4 - Ruolo del Terzo Settore e prospettiva comunitaria

1. Le attività e gli interventi svolti dal Terzo Settore nella domiciliarità devono essere riconosciuti e valorizzati dalle Istituzioni pubbliche, che devono renderli complementari e mai sostitutivi del settore pubblico;
2. Il Terzo Settore è da considerarsi in ogni Distretto/ATS quale risorsa preziosa, realtà indispensabile da coinvolgere e valorizzare per promuovere la cultura e il sostegno ad una nuova domiciliarità, prospettiva strategica necessaria per rendere sostenibile nel tempo un sistema di alta complessità;
3. Il Terzo Settore, in una visione di amministrazione condivisa, interviene:
 - a. come contributore alla gestione degli interventi/servizi;
 - b. nella promozione di ogni azione idonea a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane;
 - c. nella previsione di una valutazione multidimensionale unificata;
 - d. nella co-programmazione, co-progettazione e co-gestione degli interventi.

Art. 5 - I pilastri della nuova organizzazione

1. Viene costituito in ciascun Distretto/ATS, tra loro funzionalmente integrati (ex art. 4, lett. h), il nuovo Servizio sociosanitario di Assistenza Domiciliare Locale Unificato per le persone anziane non autosufficienti. L'assistenza domiciliare, pertanto:
 - (i) viene prestata all'interno di un nuovo servizio strutturato nell'ambito dello SNAA;
 - (ii) unifica quanto svolto in precedenza dalle ASL e dai Servizi Sociali dei Comuni/ATS;
 - (iii) sostiene le attività dei caregiver e di tutti gli attori territoriali di cura ed assistenza;
 - (iv) è destinata allo specifico target delle persone anziane non autosufficienti.
2. Il nuovo Servizio si fonda sulla presenza di quattro pilastri, che reggono un sistema unico ed unitario, integrato e coordinato, coerente e simmetrico rispetto alle finalità e ai contenuti dello SNAA:
 - a) gli interventi pubblici: attraverso servizi alla persona e misure economiche. I servizi includono quanto a disposizione nell'ADI delle ASL/Distretti per soddisfare i LEA, quanto offerto dagli Ambiti/Comuni come SAD (anche con riferimento ai LEPS). I contributi economici sono l'Indennità di Accompagnamento e la nuova Prestazione Universale, nella forma sia monetaria che di servizi. Data la fonte/natura pubblica, tali contributi sono considerati componenti di questo pilastro. Sono qui incluse pure tutte le altre forme di contributi monetari di provenienza pubblica anche non statale (e.g. assegni di cura, ecc.) previsti per contribuire a sostenere le spese delle famiglie per l'assistenza;
 - b) gli interventi della rete informale: il riferimento è a tutto ciò che è svolto dal lavoro di cura dei familiari, di assistenti familiari regolarmente assunti, di altri possibili

- operatori ingaggiati direttamente dal soggetto o dai familiari, retribuiti con risorse proprie o grazie ai contributi provenienti da fondi pubblici;
- c) gli interventi della comunità e del contesto locale: sono quelli realizzati grazie alle risorse reperite nel territorio locale, a favore delle persone in stato di non autosufficienza, attivate ed attivabili dai Distretti/Ambiti, nonché dalle stesse persone/famiglie, o da altri partner di cura, che nel loro insieme convergono nella rete di presa in carico per la realizzazione del PAI. In questo terzo pilastro entrano a pieno e prioritario titolo le ASP e le IPAB; le RSA accreditate inserite nella rete di servizi territoriali, aperte alla domiciliarità;
 - d) le risorse tecnologiche: sono destinate a rafforzare le possibilità e probabilità di permanenza al domicilio (home care devices, strumenti di ICT); possono provenire dalle ASL e dai Comuni/ATS oppure da altri soggetti pubblici o privati, oppure appartenere agli stessi utenti. Vengono integrate nel nuovo Servizio Unificato, anche avvalendosi della presenza della COT distrettuale; consentono di allargare e potenziare le connessioni in rete, di realizzare un più completo, tempestivo e globale assetto di cura ed assistenza. Elemento irrinunciabile di partenza è la presenza della cartella elettronica personalizzata, alimentabile e consultabile dallo stesso utente, dai suoi caregiver, da tutti gli attori di cura, secondo livelli di autorizzazione rilasciati dal Servizio e precisati nel PAI.
3. Il nuovo Servizio domiciliare, così progettato e realizzato, va ad integrarsi con la rete dei servizi territoriali e distrettuali, inclusi quelli previsti dal DM 77/2022, in particolare con la Casa della Comunità e, soprattutto, la Centrale Operativa Territoriale (COT), la quale esercita una funzione di regia e raccordo di percorsi con gli altri luoghi di cura (ambulatori, residenze, strutture per le cure intermedie, ospedale).

Capo II - PERCORSI E PRESTAZIONI

Art. 6 - Elementi costitutivi

1. Per un efficace ed efficiente percorso di cure ed assistenza domiciliare è prevista l'attivazione/implementazione coordinata di:
 - a) sportelli unici (one stop shop) per l'informazione, l'orientamento ed il supporto agli assistiti – prima formazione ai caregiver familiari, intendendo tra questi anche i PUA;
 - b) call center *inbound* con servizi di telesupporto per rispondere/accompagnare esigenze di cura domiciliare;
 - c) unità di valutazione multiprofessionale per la valutazione multidimensionale, secondo quanto previsto nello SNAA (valutazioni di primo e secondo livello);
 - d) progetti/programmi personalizzati (PAI/PRI) in cui la durata ed intensità di cura sono sempre proporzionate al fabbisogno assistenziale;
 - e) punti di informazione (ai PUA od altre sedi) su servizi esterni che riguardino le modalità di reperimento, formazione e attivazione di assistenti familiari, avvalendosi anche della presenza, ove sussista, di un sistema di imprese in grado di fornire alle famiglie un servizio equivalente a quello del “badantato”, ed ancora più qualificato, avente il pregio di

sollevare le famiglie dall'onere di cercare ed assumere personale di assistenza e gestirne i rapporti di lavoro (come previsto dal comma 164 art.1 della Legge 234 del 2021 – Legge di Bilancio del 2022 - e contemplata all'articolo 51 del Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n. 81);

- f) servizi sanitari di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, farmaceutico, psicologico che si integrano tra loro in modo verticale ed orizzontale (integrazione intra-sanitaria e socio-sanitaria);
- g) servizi sociali e socio-assistenziali che contribuiscono alla copertura dei bisogni delle attività quotidiane perdute o compromesse, che possono porre a rischio la permanenza a casa in sicurezza della persona Non Autosufficiente;
- h) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria collegate ai LEA, che si uniscono in modo inscindibile nei PAI/PRI e rendono indistinguibile la loro provenienza istituzionale;
- i) azioni per la conciliazione, di sollievo della/del caregiver;
- j) strumenti di domotica e ICT, tecnologie che facilitino l'autonomia e che consentano il monitoraggio a distanza di parametri vitali ed ambientali, nonché favoriscano l'inclusione sociale e la protezione degli stati di fragilità;
- k) servizi di supporto, come ad esempio la consegna di farmaci, della spesa, di pasti, il disbrigo di pratiche amministrative, supporto relazionale, i trasporti assistiti (di natura sanitaria e sociale), ed altre attività utili ad alleviare il lavoro di cura delle famiglie;
- l) centri diurni di immediata continuità con il nuovo Servizio di assistenza domiciliare, da considerare elementi di assistenza ed anche di inclusione sociale, di partecipazione, di relazione/ascolto e di formazione dei referenti di cura informali. Riveste particolare rilievo la realizzazione indispensabile dei Centri Diurni per persone affette da deficit cognitivo, che dovranno crescere parallelamente alle potenziate capacità di risposta del nuovo Servizio per questa particolare categoria di utenti.
- m) strutture residenziali quali le "RSA aperte" che, in analogia con i centri diurni del punto precedente, sono chiamate ad estendere le loro produzioni anche al settore della domiciliarità e ad assicurare solidi raccordi con i servizi domiciliari del territorio, pertanto strutture residenziali "aperte" con forme nuove di formazione, integrazione, accompagnamento, supporto della domiciliarità;
- n) nuove forme di domiciliarità facilitata-protetta, tra cui le soluzioni abitative di servizio, i condomini solidali, i gruppi appartamento, le convivenze supportate, forme di housing e co-housing, laboratori di inclusione sociale, ed altro realizzato a livello locale, in base alle disposizioni fissate dagli Enti Locali.

Art. 7 - Prestazioni garantite nell'ambito del Servizio

1. Il nuovo Servizio garantisce in ogni Distretto/ATS le seguenti prestazioni:
 - a) le prestazioni proprie delle fasi che precedono l'azione della presa in carico: accoglienza, valutazione, progettazione del programma personalizzato;
 - b) assume valore prioritario la valutazione a domicilio dei bisogni e l'elaborazione del PAI/PRI, con la rilevazione delle risorse disponibili nel nucleo familiare dell'assistito e delle condizioni dell'abitazione stessa, in modo da costruire un piano di assistenza e cura

- personalizzata, globale, per la specifica condizione di non autosufficienza;
- c) azioni ed interventi propri della fase di presa in carico, così come la rivalutazione periodica della situazione con l'eventuale aggiornamento del programma personalizzato.
2. Il Servizio si pone come obiettivo permanente ed irrinunciabile il rispetto dei LEA e dei LEPS, considerati ad ogni effetto diritti delle persone anziane non autosufficienti e doveri delle Istituzioni pubbliche.
 3. Il Servizio assicura per ogni programma di intervento domiciliare rilevabile nel PAI un budget di cura ed assistenza. Il budget di cura ed assistenza è formulato prevedendo che, particolarmente quando esso consiste in assistenza domiciliare tutelare, si individuino con la famiglia le modalità di intervento più efficaci ed appropriate allo specifico momento e contesto, offrendo una scelta tra un'ampia gamma di offerte, per impiegare il budget di cura nella modalità desiderata. Per garantire coerenza, la normativa sui LEA sociosanitari viene integrata prevedendo di uniformare ruoli ed impegni del SSN per gli inserimenti in RSA con quello per l'assistenza domiciliare tutelare; ed integrando l'art 22 del DPCM n° 15 del 10/1/2017, prevedendo che l'assistenza tutelare possa essere fornita anche da figure non professionali, se attivata entro il PAI.
 4. La logica fondante il nuovo Servizio è così declinata:
 - a) l'ADI è modificata per superare la logica tendenziale attuale di ispirarsi alla cura clinico-ospedaliera prestazionale (cure), cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza con una solida presa in carico globale (care), fondato su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ampie e articolate. La nuova logica di servizio porta a superare l'attuale ADI quale elemento separato o debolmente integrato, per configurarla come nuovo componente del Servizio, inscindibilmente unito al SAD ed alle restanti parti della rete di cura ed assistenza;
 - b) il SAD viene modificato per costituire un'unità inscindibilmente collegata con l'ADI e con gli altri elementi costitutivi del Servizio. Si tratta, in sintesi, di superare la logica di servizio socio-assistenziale che valuta come prioritari per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e di risorse economiche e si colloca come elemento universalistico di un sistema di sguardi congiunti sulla persona non autosufficiente.
 5. Il Servizio pone a garanzia del coordinamento tra le parti del sistema domiciliare il supporto della COT del Distretto e la sua azione di coordinamento della rete, per porre in rete MMG, medici specialisti, medici dell'assistenza primaria, infermieri di famiglia e di comunità, assistenti sociali, e le molteplici altre figure professionali che si riferiscono alle Case della Comunità, oltre che per porre in rete gli altri servizi che ruotano attorno a quelli domiciliari: centri diurni, strutture per le cure intermedie, Pronto Soccorso, reparti ospedalieri.
 6. Il Servizio assicura priorità agli interventi di riabilitazione per la persona non autosufficiente, secondo il paradigma degli interventi multiprofessionali personalizzati (PRI), con l'obiettivo di contrastare gli effetti limitanti il livello di autonomia e partecipazione delle persone affette da perdita dell'autosufficienza, arrestare o ritardare la progressione del decadimento o, quando possibile, indurre la sua regressione. Per questo, nel Servizio la componente di operatori della riabilitazione (fisiatri, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione in senso lato -logopedisti, ed altri affini) è da considerarsi essenziale e le ASL portano la responsabilità di assicurare la loro presenza attiva nel nuovo Servizio. Il nuovo Servizio garantisce pertanto interventi appropriati

di tipo riabilitativo e abilitativo, nonché di prevenzione secondaria e terziaria, in ambito neurologico e ortopedico-traumatologico, assicurando funzioni di produzione e committenza in ragione della complessità e fragilità rilevate, della valutazione funzionale e del PRI redatto dall'équipe riabilitativa.

7. Nel Servizio assume una speciale rilevanza l'attuazione delle misure precisate nel PAI a favore delle disabilità gravi e gravissime, con un orientamento finalizzato al sostegno del lavoro di cura del caregiver familiare e del personale di assistenza regolarmente impiegato per il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita domestico.
8. Il Servizio garantisce l'accesso ai servizi di cure palliative anche a domicilio per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistenti, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Pertanto, nel nuovo Servizio domiciliare per la non autosufficienza, le Cure Palliative costituiscono uno snodo obbligatorio dell'assistenza alla persona anziana non autosufficiente che richiede una risposta a bisogni complessi per i quali occorre formare e sostenere il caregiver familiare.
9. Nel Servizio sono assicurati percorsi e prestazioni altamente personalizzati per le persone anziane non autosufficienti con deficit cognitivo: all'accoglienza, nei momenti valutativi, di definizione del PAI, di inserimento delle figure professionali adeguate alla situazione durante la presa in carico, tutte formate con finalità specifiche per questa condizione, quindi innanzitutto sulla corretta relazione con la persona con demenza e la profonda conoscenza della malattia. In stretta connessione con questa assistenza domiciliare operano i Centri Diurni o residenziali di breve degenza, che perseguono la finalità del rallentamento dell'evoluzione del quadro di decadimento cognitivo e fisico-motorio, della tempestiva risposta alle situazioni di crisi acute (disturbi comportamentali). Medesime finalità hanno i Centri Specialistici e Centri di pronta accoglienza, con possibilità di brevi periodi di assistenza anche notturna, necessari durante le fasi di malattia con disturbo comportamentale grave ingestibili a domicilio. Infine, nell'ambito delle peculiarità di assistenza domiciliare per questa fascia di popolazione trovano attenzione particolare nel Servizio le definizioni dei percorsi per l'ammissione e la dimissione ospedaliera.

Art. 8 – Il funzionamento organizzativo integrato

1. Il Servizio è progettato in base alle specificità della non autosufficienza, tenuto conto che questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa, uno sguardo globale sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali, l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza, attraverso l'integrazione dell'ADI (di titolarità delle ASL) con il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare, di titolarità dei Comuni), assicurando nell'insieme assistenza di durata (periodo della presa in carico) e di intensità (numero di ore per utente) adeguate, determinate sulla base dei bisogni dell'anziano, con unitarietà di interventi necessariamente multiprofessionali.
2. Il funzionamento organizzativo del Servizio si traduce nei seguenti passaggi:
 - a) stesura di un accordo di programma tra Distretti/ASL e ATS/Comuni per la costituzione del nuovo Servizio domiciliare. Nell'accordo sono definite le regole per l'assegnazione dell'incarico di responsabile/direttore del servizio. Tale accordo è stipulato sulla base degli indirizzi regionali e statali vigenti. Nell'accordo sono esplicitate le modalità di unificazione

- dei servizi ADI e SAD ed il correlato conferimento-trasferimento delle risorse di personale ed economiche, di eventuali spazi-edifici da fruire in comune, di altri beni di utilizzo comune; sono altresì definiti le tipologie degli interventi ed i relativi livelli di responsabilità ed ogni altro elemento oggetto dell'intesa tra gli Enti finalizzato al buon funzionamento globale del Servizio nonché le modalità di valutazione del rispetto degli standard di servizio quali/quantitativi congiuntamente identificati;
- b) definizione delle procedure di autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale con i soggetti privati fornitori di prestazioni e servizi di settore del Servizio, cui gli Enti Pubblici (ASL e Comuni) possono commissionare parte della produzione di prestazioni e servizi, nell'ambito di una puntuale programmazione svolta dal nuovo Servizio;
 - c) definizione delle modalità di inserimento nella rete dei nuovi servizi domiciliari delle Associazioni della Comunità locale in grado di apportare un contributo per il sostegno della vita a domicilio;
 - d) definizione delle risorse da unificare nel nuovo Servizio, provenienti dai due Enti pubblici titolari dell'assistenza domiciliare sanitaria e sociale, verso il nuovo organismo/entità unificato in modo funzionale, lungo un percorso progressivo triennale concorde, con esito finale nella congiunzione definitiva e strutturata delle risorse di personale e mezzi, nonché di strutture edilizie;
 - e) assegnazione al Servizio delle risorse pubbliche esistenti, e già messe in campo da ASL e Comuni/ATS all'atto dell'avvio del Servizio, così come di quelle aggiuntive che progressivamente vi saranno immesse;
 - f) definizione del budget specifico, proprio del Servizio, che ha contabilità e gestione economico-finanziaria autonoma, al fine di garantire gli obiettivi di servizio. La negoziazione del budget annuale avviene tra il/la responsabile di turno del Servizio con il direttore del Distretto e del Servizio Sociale di ATS/Comune, identificato secondo quanto riportato oltre;
 - g) la responsabilità della programmazione del Servizio è in capo al Piano Regionale per l'assistenza e la cura delle persone anziane non autosufficienti, come declinato a livello locale (ATS-Distretto), in coerenza con il relativo Piano Nazionale, di cui all'art 2, comma 3, lettera d);
 - h) la responsabilità della gestione ed organizzazione del Servizio è in capo alle figure apicali del Distretto o dell'Ambito, con turnazione biennale, secondo nomina concordata dal Direttore Generale della ASL e dal Direttore dei Servizi Sociali, approvata in Conferenza/Assemblea dei Sindaci;
 - i) spetta al/alla responsabile di turno del Servizio di cui al punto h) formalizzare le nomine dei singoli responsabili delle funzioni di coordinamento in ciascuna delle seguenti aree di attività: medico-clinica; assistenziale-infermieristica; riabilitativa; amministrativa, che nel loro insieme convergono verso lo scopo comune di assicurare il miglioramento continuo della qualità delle cure, lo sviluppo del lavoro in team multiprofessionali/disciplinari, la piena e fattiva convergenza degli operatori appartenenti in precedenza alle due Istituzioni, il buon funzionamento e la stabilità del Servizio, nonché suoi aspetti innovativi. Il/La responsabile del servizio assicura inoltre il pieno e fattivo inserimento di altri attori di cura previsti nel PAI e nel budget di cura ed assistenza (inclusi, in primis, i familiari, le assistenti familiari, personale del Terzo Settore, ecc.). Comuni/ATS e ASL sono chiamati a realizzare

entro tre anni dall'emanazione del presente Decreto sedi e spazi comuni di lavoro, ove collocare la sede unica del servizio, punto di incontro e di partenza degli operatori.

Art. 9 - L'accesso e i percorsi dell'utente

1. L'organizzazione del percorso di assistenza domiciliare si snoda attraverso le seguenti fasi:
 - a) informazione ed accoglienza, presso il PUA; il PUA è da intendersi non solo come luogo fisico ma anche digitale, che collega tutti i servizi dell'Ambito/Distretto in modo che il cittadino in stato di bisogno possa rivolgersi ai servizi pubblici. Nel PUA l'utente trova informazioni e orientamento sulle opportunità e misure presenti nel sistema di welfare locale e statale;
 - b) valutazione dei bisogni assistenziali e delle condizioni di vita-contesto, nelle due tappe previste nella Legge 33: la valutazione nazionale, con criteri nazionali, e quella in UVM, con criteri regionali. ASL e Distretti provvedono affinché il personale partecipante alle UVM sia qualificato per la funzione (ad esempio, con formazione geriatrico-riabilitativa). Analogamente agiscono i Servizi Sociali dei Comuni/ATS;
 - c) stesura del progetto/programma personalizzato, PAI/PRI, che viene sempre definito in modo partecipato (condiviso) ed approvato in fase di elaborazione da parte dello stesso soggetto, come possibile, e del caregiver;
 - d) presa in carico con azioni/interventi previsti nel piano, per la durata programmata, realizzati secondo la logica del care multidimensionale. La presa in carico secondo il PAI/PRI avviene sempre con riferimento al budget di salute ed assistenza, personalizzato e dettagliato per obiettivi, azioni, attori, risultati attesi;
 - e) rivalutazione periodica dell'andamento e degli esiti degli interventi; eventuale riprogrammazione degli interventi con aggiornamento del PAI/PRI;
 - f) data la condizione di non autosufficienza, non è concessa la "dimissione / dimissione" della persona assistita dal Servizio (salvo motivate eccezioni); la presa in carico può essere rimodulata verso forme più "leggere", e quindi con ridotta intensità assistenziale, in accordo con le concomitanti condizioni di salute/bisogno e di contesto familiare e abitativo e con l'accordo tra responsabile del caso, paziente e caregiver.
2. Nella fase di accoglienza va acquisito contestualmente un primo orientamento sui bisogni; qualora il quadro emerso presenti caratteristiche idonee ad essere rivalutato con la prima valutazione dello SNAA, questa va possibilmente effettuata contestualmente, senza imporre all'utente di ritornare (*one step approach*). Al termine, viene fissato l'appuntamento per l'ulteriore incontro in UVM per la definizione del PAI/PRI.
3. Il PAI/PRI è redatto da un team strutturato del Servizio ed è composto, di regola, oltre che dallo stesso utente e dal caregiver, dai seguenti professionisti, formati per il lavoro in team: MMG o altro medico di fiducia/specialista scelto dall'utente (se assente il MMG, il Distretto provvede a trasmettergli copia finale); infermiere di famiglia e Comunità del Distretto; fisiatra; fisioterapista; assistente sociale; ogni altra figura professionale utile alla personalizzazione del programma specifico di cura ed assistenza della persona. Il Piano va sempre sottoscritto dai presenti e consegnato per la sottoscrizione all'utente e caregiver. Al termine della valutazione, l'équipe rilascia l'appuntamento per la verifica a distanza dell'andamento del Piano (tendenzialmente non oltre un semestre). Il Piano trasforma il budget di cura e di assistenza negli interventi di tutela negli atti della vita quotidiana; deve altresì prevedere gli eventuali necessari

raccordi con altri interventi, quali quelli di assistenza sanitaria e l'accesso ad ausili e protesi, che sono in ogni caso attivati con risorse esterne al budget di cura. Qualora, eccezionalmente, il PAI non possa essere elaborato dalla UVM, vengono adottati i medesimi criteri per la sua formulazione da parte di chi prenderà operativamente in carico l'anziano non autosufficiente.

4. Nel percorso di cura ed assistenza domiciliare in ogni PAI e per ogni budget di salute ed assistenza va individuato la figura del case manager, che deve essere reso noto a tutti i componenti della rete; spetta al case manager monitorare l'attuazione del PAI e favorire il raggiungimento di ogni obiettivo lì definito. Il case manager porta la responsabilità dell'attuazione del PAI, ricercando sempre l'equilibrio tra contributi prestati dalle risorse formali ed informali, facendo in modo che le seconde non prevalgano sulle prime e che le seconde siano effettivamente sostenibili nel tempo. Il case manager è tenuto, altresì, a monitorare l'evoluzione/stabilità del quadro clinico; assicurare ottimale continuità, appropriato utilizzo dell'ospedalizzazione e del setting residenziale, attivando ogni azione utile a prevenire il deterioramento delle condizioni di fragilità e favorire/promuovere l'inclusione sociale.
5. Nel PAI/PRI sono riportati gli obiettivi di cura, le azioni ed i correlati attori necessari per attuarle, e gli indicatori dei risultati attesi; si precisano quindi: le figure professionali coinvolte e le prestazioni previste a carico delle Istituzioni Pubbliche; la tempistica e frequenza della presenza a casa degli operatori, sia del settore pubblico che privato; la chiara evidenza dell'impegno familiare assicurato dai caregiver e dagli assistenti familiari; le modalità del monitoraggio delle condizioni vitali ed ambientali e dei tempi di rivalutazione dell'andamento del programma. In ogni PAI sono puntualmente precisati gli indicatori, gli strumenti ed i tempi per il monitoraggio e per la valutazione del Piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).
6. Il Servizio è progettato per realizzare un efficace ed efficiente raccordo e coordinamento, anche mediante la COT, con ogni altra, momento di cura ed assistenza svolto in ambito ambulatoriale, delle cure intermedie od ospedaliere.
7. La valutazione della condizione economica non deve in alcun caso essere utilizzata per determinare l'accesso alle prestazioni, che va previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza, ed unicamente usata per identificare l'eventuale contribuzione al costo degli interventi posta a carico del cittadino.
8. Entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Decreto, in sede di Conferenza Stato-Regioni vengono definiti i tempi massimi di accesso e fruizione dei diversi step del percorso nella filiera di tutela, a partire dalla data della prima richiesta, proseguendo poi alla valutazione, alla definizione del PAI ed infine alla sua attivazione con la presa in carico.

Capo III - DISPOSITIVI TECNOLOGICI E SISTEMA INFORMATIVO

Art. 10 - Telemedicina, teleassistenza, strumenti di ICT

1. Il nuovo Servizio domiciliare per le persone non autosufficienti si avvale delle risorse della ICT – Information Communication Technology –, nonché delle tecnologie di telemedicina e delle apparecchiature di base per home care, non invasive, a fini diagnostici e terapeutici. Tali strumenti e risorse vanno considerati come complementari/aggiuntivi e non sostitutivi della

presenza di operatori e del valore della relazione diretta tra operatore ed utente. Il Servizio è progettato e realizzato con la continua partecipazione del Garante Nazionale della privacy per assicurare l'assenza di violazioni nell'acquisizione dei consensi informati, nella riservatezza, nell'uso di dati sensibili, in modo da evitare ogni possibile ostacolo per il suo pregiudizievole funzionamento.

2. L'uso di questi strumenti, nel loro insieme, estende le possibilità di eseguire molteplici interventi, mantenendo a casa la persona assistita, evitando trasporti e mobilità disagiati o rischiosi. Ogni prestazione rientra nel quadro delle prestazioni di servizio riferibili a LEA e LEPS, pertanto soggette a gratuità od eventualmente a compartecipazione, secondo disposizioni regionali. Le tariffazioni di dette prestazioni sono previste dalle apposite tabelle nazionali o regionali che verranno via via emanate dalle autorità competenti per materia.
3. Nell'uso dei predetti strumenti e risorse, ogni team ha a disposizione uno strumento di valutazione multidimensionale informatizzato che assicuri:
 - a) la valutazione globale sociosanitaria della persona;
 - b) la sintesi in automatico dei problemi per una scrittura guidata del piano di assistenza integrata (PAI);
 - c) la presenza all'interno dello strumento informatizzato di algoritmi che producano scale di misurazione di settori specifici dell'assistenza (funzione fisica, cognitiva, tono dell'umore, incontinenza...);
 - d) la conseguente capacità da parte dello strumento di produrre misurazione degli outcome di cura;
 - e) l'identificazione in automatico del "peso" assistenziale della singola persona per un'adeguata classificazione del carico assistenziale conseguente, del singolo e del servizio in generale;
 - f) la classificazione del rischio di istituzionalizzazione;
 - g) la predittività della futura necessità assistenziale.
4. Il sistema informativo a disposizione degli operatori e delle strutture di coordinamento del Servizio, che mantiene tutti i flussi informativi ministeriali e regionali oggi dovuti, è realizzato nell'ottica di favorire ed accelerare la piena integrazione tra tutti gli attori di cura e tra i vari servizi e strutture. Dispone quindi on line del quadro globale delle risorse formali e informali del territorio locale, degli strumenti di valutazione finalizzati all'attivazione dei diversi interventi e servizi. È in grado di conoscere lo stato di avanzamento del percorso assistenziale del singolo soggetto preso in carico o candidato ad esserlo. Inoltre, è visibile l'assetto del sistema di offerta territoriale della Comunità locale, declinato nelle diverse tipologie di unità di offerta sanitaria, sociosanitaria, socioassistenziale e sociale; delle informazioni utili alla COT per la gestione della transizione tra i setting di cura; le regole di eleggibilità/compatibilità per l'accesso e la fruizione dei diversi interventi/servizi, secondo il quadro delle norme e regole nazionali e/o regionali di riferimento.
5. Il nuovo sistema informativo ha come requisito obbligatorio la presenza della cartella elettronica personalizzata (EPR- electronic personal record), accessibile, per la sola consultazione e/o per l'alimentazione, secondo congrui livelli di autorizzazione, ad ogni attore di cura ed in primis al soggetto preso in carico dal servizio. L'EPR consiste, essenzialmente, in un diario-agenda in formato elettronico in cui viene riportato ogni passaggio, ogni azione-intervento effettuato da ciascun attore di cura presenti in casa della persona (MMG, altri medici, infermieri, OSS, terapisti, ed altri sanitari; operatori sociali; volontari; nonché caregiver, assistenti familiari,

professionisti privati di fiducia della famiglia). L'input continuo, preciso, puntuale trova speculare vantaggio nella consultazione online da parte del case manager e di tutti gli attori, ciascuno dei quali può avere così un circuito informativo completo. L' EPR va reso consultabile ed alimentabile anche dal personale ospedaliero che intervenisse in modo estemporaneo od occasionale (Pronto Soccorso in primis), anche a livello ambulatoriale, per creare corretta continuità terapeutica ed assistenziale.

6. Nel nuovo Servizio è garantita piena integrazione ed interoperabilità tra l'EPR, il FSE e la cartella sociale informatizzata.
7. Al PUA e alle équipes per la prima o seconda valutazione multidimensionale è assicurata la possibilità di pieno accesso ai dati, informatizzati e non, che descrivono la situazione dell'assistito e della famiglia, previa opportune autorizzazione e rilascio del consenso da parte degli interessati.
8. Per l'integrazione ed il coordinamento dei servizi e delle terapie domiciliari gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto dovranno dotarsi di cartelle cliniche e cartelle socio-sanitarie digitali, condivise, nel rispetto del GDPR, tra tutti gli operatori che intervengono nella realizzazione del PAI

Capo IV - FORMAZIONE E PERCORSI FORMATIVI

Art. 11 - La formazione degli operatori e degli attori di cura ed assistenza

1. Il Servizio si caratterizza anche per la volontà esplicita di disporre per ogni attore di cura ed assistenza impegnato nei servizi domiciliari una formazione specifica, tendenzialmente e prevalentemente ispirata alla cultura multidisciplinare e pratica multiprofessionale di natura geriatrico-riabilitativa, ed anche delle cure palliative, al fine di assicurare la presenza a domicilio di operatori e professionisti di elevata qualità professionale. La formazione si presenta particolarmente necessaria nell'ambito dell'assistenza a domicilio delle persone con deficit cognitivo (demenza senile), cui va rivolta particolare attenzione sia per formare gli operatori che i familiari e caregiver.
2. Il presente Decreto dispone che ogni operatore o professionista del nuovo Servizio, sia appartenente ad Istituzioni Pubbliche che private accreditate divenute partner dell'offerta di servizi, segua un percorso di formazione permanente, proporzionato alla tipologia e al livello delle responsabilità di intervento, cui corrisponde una certificazione sulle competenze acquisite, rilasciata dalle ASL o dai Comuni/ATS, che costituisce requisito per l'espletamento dei servizi riconosciuti dagli Enti Pubblici.
3. Gli operatori di cui al comma 2. sono inseriti nel percorso formativo specifico per tipo di professionalità con formazione preliminare, iniziale e rinnovata periodicamente, tendenzialmente a cadenza almeno biennale (percorsi di formazione in itinere).
4. Compete alle Regioni e alle PA istituire tali Corsi e Programmi, sulla scorta di linee di indirizzo nazionale predisposte di concerto tra i Ministeri della Salute e del Lavoro, ed approvati dal CIPA.
5. Gli Ordini Professionali provvedono, a livello nazionale, a fornire al CIPA indicazioni utili per quanto di competenza per il lavoro da svolgere a domicilio da parte dei propri iscritti.
6. La formazione ed i percorsi formativi previsti nel presente Decreto sono necessariamente sottoposti alla regia ed alla governance pubblica. Distretti e ATS predispongono, di concerto, i

percorsi formativi per il personale che opera nelle UVM per la definizione dei PAI/PRI, nonché in modo specifico per le assistenti familiari, le cui attività assistenziali sono previste nei PAI/PRI.

7. Spetta al nuovo Servizio offrire ai caregiver familiari adeguate opportunità di formazione rispetto al proprio ruolo/ambito di intervento descritto nel PAI, da definirsi annualmente in appositi piani di servizio.
8. Le Regioni e le PA, di concerto con gli Ordine Professionali, i Sindacati ed altri soggetti interessati, provvedono a identificare e definire i percorsi di formazione per le nuove figure professionali complementari che si affiancheranno a quelle esistenti. Per queste vanno previsti corsi di formazione brevi, compatibili con una funzione di acquisizione di competenze di base finalizzate ad effettuare azioni di supporto accessorie o assistenza “leggera”, quali – a titolo esemplificativo - accompagnamento nella mobilità domestica, socializzazione, aiuto e sostegno in attività quotidiane non svolgibili autonomamente dagli assistiti (cura di sé, cucinare, assumere pasti, piccole manutenzioni e pulizie domestiche, disbrigo pratiche, ed altro).

Tra i temi che sarà sicuramente necessario affrontare nel prossimo futuro vi è quello degli standard. I contenuti proposti qui di seguito intendono aprire la strada in tal senso.

6. Prime disposizioni per la definizione degli standard

Il nuovo Servizio assicura standard operativi coerenti con la finalità di offrire massima continuità e flessibilità, nonché durata proporzionata ai bisogni di cura ed assistenza. Pertanto, il Servizio è realizzato progressivamente, nell’arco del triennio successivo alla pubblicazione del presente decreto, per essere attivo ovunque, nel suo insieme, obbligatoriamente 24 ore al giorno, tutti i giorni dell’anno, festivi inclusi, con distinzione di fascia oraria di attività diversa per le singole attività e prestazioni. Il requisito essenziale prioritario riguarda il servizio attivo 24 ore/die, 365 gg/anno per il servizio infermieristico, includente servizi di telemedicina e telemonitoraggio, così da essere simmetrico e concorde con quanto esiste già per l’assistenza medica. Il secondo requisito riguarda l’assistenza riabilitativa attiva almeno 5 gg/7, includente la teleriabilitazione. Il terzo coinvolge i servizi attualmente in capo carico al SAD, per i quali la configurazione obbligatoria è di servizio attivo 12 ore die/365 gg anno. Per le aree meno popolate e a densità abitativa bassa, gli Enti Locali sono tenuti a programmare rinforzi coerenti del personale, con specificità locale, per mantenere soddisfatti i requisiti elencati. Il nuovo Servizio, qualora articolato con una componente di produzione svolta da soggetti privati accreditati, è tenuto a coprire con unità di offerta e fattori produttivi pubblici la quota di bisogno maggiormente complessa (livello di intensità elevato od alto), come programmato ed attuato di concerto tra la ASL ed il/i Comune/i. Entro un anno dalla pubblicazione del presente Decreto le Regioni dovranno inviare alla Conferenza proposte attuative contenenti dettagli precisi sugli standard, livelli tariffari e meccanismi di finanziamento specifici per il nuovo Servizio Domiciliare oggetto del presente Decreto.



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

5.

RESIDENZIALITÀ

Art. 4, comma 2, lettera q) della Legge Delega 33/2023

Daniele Massa, Virginio Marchesi

Con il Tavolo di lavoro “Servizi residenziali” del Patto

24 ottobre 2023

Indice

Premessa.....	64
Normativa e documentazione di riferimento.....	66
A - TIPOLOGIA DEGLI UTENTI	68
1. Definizione.....	68
1.1. Livello elevata intensità:	68
1.2. Livello Alta intensità.....	68
1.2.1. A).....	68
1.2.2. B).....	68
1.3. Livello Media intensità:	68
2. Compartecipazione del Fondo Sanitario	69
2.1. Tipologia Elevata intensità.....	69
2.2. Tipologia Alta intensità	69
2.2.1. Estensiva.....	69
2.2.2. Lungoassistenza.....	69
2.3. Tipologia Media Intensità	69
B - GLI STANDARD STRUTTURALI	70
3. La struttura residenziale	70
3.1. Centro Residenziale Multifunzionale (CRM).....	70
3.2. Centro Multiservizi (CM)	71
4. I requisiti dei Centri Residenziali Multifunzionali	71
4.1. I requisiti essenziali.....	71
4.2. La superficie.....	71
4.3. La capacità ricettiva	71
4.4. Le aree abitative	72
4.4.1. Spazi per la vita privata	72
4.4.1.1. La camera da letto.....	72
4.4.1.2. Il bagno	73
4.4.1.3. Spazi destinati alle “relazioni familiari”.....	73
4.4.2. Spazi “comuni” destinati alla qualità della vita.....	73
4.4.2.1. Spazi comuni destinati alla “vita sociale”	74
4.4.2.2. Spazi comuni destinati alle attività animative	74
4.4.2.3. Spazi destinati ad attività sanitarie: area medico/ambulatoriale.....	74
4.4.2.4. Spazi destinati ad attività sanitarie: area attività riabilitative	74
4.4.2.5. Spazi per i servizi generali da definirsi da parte della normativa regionale.....	74
4.4.2.6. Spazi per i servizi religiosi, per “camera ardente” o per il commiato	74
5. Il Centro Multiservizi.....	74

5.1.	I requisiti essenziali.....	75
5.2.	Le aree abitative	75
C -	GLI STANDARD GESTIONALI.....	76
6.	Il personale/servizi assicurati dal Servizio Sanitario	76
6.1	Errore. Il segnalibro non è definito.
6.2	76
6.3	76
7.	Gli standard previsti per le diverse tipologie di intensità assistenziale.....	76
7.1.	Gli standard gestionali:	77
7.1.1.	Livello “elevata intensità”	77
7.1.2.	Livello “alta intensità” estensiva e lungoassistenza	77
7.1.3.	Livello “media intensità”.....	77
D -	COSTI.....	78
8.	Costi sanitari	78
9.	Costi di natura alloggiativa	79
10.	Altri costi.....	79
11.	I costi previsti per le diverse tipologie	80
11.1.	Elevata intensità:	80
11.2.	Alta intensità estensiva.....	80
11.3.	Alta intensità estensiva.....	80
11.4.	Media intensità.....	80
12.	Compartecipazione a carico degli utenti	81
12.1.	Elevata intensità:	82
12.2.	Alta intensità estensiva:	82
12.3.	Alta intensità lungoassistenza:	82
12.4.	Media intensità:	82

Premessa

Vanno innanzitutto premessi alla lettura di questo documento alcuni chiarimenti essenziali per comprendere il quadro complessivo.

Il presente documento, infatti, vuole costituirsi come un riferimento unitario e coerente che, partendo dalla “fragilità” delle persone residenti individui come centrale la dimensione della “qualità della vita intesa come un unicum inscindibile tra il “luogo di vita”, le “relazioni” e la dimensione della protezione socio-sanitaria. Inoltre, si parte dalla considerazione che, oggi, tali elementi devono trovare un “nuovo” equilibrio non confrontabile con la storia del nostro sistema residenziale sociosanitario, frutto di una legislazione che dalla fine degli anni '90 ne ha definito, nelle diverse Regioni/Province Autonome, il modo di essere e di operare. In questo senso in alcune parti del documento il tema della “qualità della vita” viene affrontato ponendo attenzione anche a requisiti e dimensioni degli ambienti di cura esistenti, che ancora oggi rappresentano un elemento “fondamentale e caratteristico” della risposta socio-sanitaria dedicata alle persone anziane non autosufficienti. Tutto questo nella convinzione che il percorso per raggiungere gli obiettivi posti dal documento sia assai complesso e che, ciononostante, deve realizzarsi in tempi ragionevoli e con i necessari finanziamenti capaci di sostenerlo e favorirlo. Riteniamo pure necessario mettere in evidenza due elementi essenziali per il conseguimento degli obiettivi prospettati.

Il primo aspetto riguarda la capacità del sistema di valutazione, complessivamente inteso nelle componenti nazionali e regionali, di definire la tipologia degli utenti in relazione alle condizioni clinico/funzionali caratterizzanti i livelli di intensità previsti (Elevata, Alta estensiva, Alta lungodegenza, Media e, se ritenuto opportuno, Bassa). Se manca un ancoraggio preciso all’“appropriatezza” della risposta assicurata alle persone e dettata dal loro livello di fragilità si finisce che, come spesso oggi accade e i dati evidenziano, l’individuazione del livello di fragilità dipenda da elementi non congruenti e persino estranei alle condizioni della persona.

Il secondo aspetto riguarda la compartecipazione del SSN nel caso di persone con un “alto grado di fragilità - Alta intensità lungodegenza -, che nel documento è valorizzata al 70%. Il ragionamento che ha portato a questa considerazione parte dalla lettura di 2 articoli del DPCM 12 gennaio 2017 (Lea): il 30 ed il 34. L’articolo 30 prevede per le persone non autosufficienti (comma 1, lettera b e comma 2) che i “trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionali siano a carico del Servizio sanitario nazionale per il 50%. L’articolo 34 (comma 1 lettera c e comma 2) prevede che siano garantiti alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti socioriabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità congiuntamente a prestazioni tutelari di diversa intensità con un carico del 70% sul Servizio sanitario nazionale. Nel documento è prevalsa l’interpretazione che la tipologia di Alta intensità prevista, per le condizioni clinico/funzionali delle persone, sia assimilabile a quella di cui all’art. 34 dei DPCM 12 gennaio 2017 e che, in questo senso, si assolvano a quanto previsto nella Legge delega (art 4, lettera q)) in merito a misure idonee a perseguire elevati livelli di intensità assistenziale.

Il non verificarsi di queste condizioni renderebbe necessaria una revisione dell’intero documento nelle sue parti qualificanti, con la conseguenza di un “adeguamento” degli standard gestionali al modello che dovesse essere, in alternativa, ipotizzato.

Infine, viene proposto in termini aperti un modulo di bassa intensità, sulla opportunità del quale il tavolo ha discusso, esprimendo un orientamento prevalentemente contrario, ritenendo questa tipologia rientrante nella residenzialità sociale. Esso viene comunque segnalato, lasciando alla discussione collettiva la scelta definitiva, perché si tratta di una tipologia di utenza non gestibile al

proprio domicilio e con problematiche di carattere sanitario di non facile trattamento in strutture sociali, se non inserite in un contesto di assistenza domiciliare. In assenza di un quadro ben definito resta sempre alto il rischio di ricoveri inappropriati di questi utenti in residenze, con occupazione di posti letto in moduli di intensità superiore alle loro reali condizioni clinico/funzionali.

I servizi residenziali socio-sanitari, d'ora in avanti denominati "servizi residenziali", costituiscono una parte rilevante e significativa del continuum dei servizi volti a garantire i diritti e la migliore qualità della vita delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

I servizi residenziali socio-sanitari accolgono persone anziane con condizioni di particolare vulnerabilità o di non autosufficienza, ossia persone con limitazioni rilevanti delle autonomie o con patologie croniche complesse, per le quali non è possibile assicurare a domicilio l'intensità e la continuità di interventi o la qualità specialistica dei provvedimenti necessari.

Il ricorso ai servizi residenziali socio-sanitari, che può essere di durata temporanea/sollievo o di lungoassistenza, è definito all'interno dei progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI) in relazione al fabbisogno assistenziale, al contesto di vita, ad altre opportunità di servizi attivabili e al diritto delle persone di autodeterminare le proprie scelte. Viene definita come prioritaria la diffusione dei servizi abitativi sociali (SAdS) e domiciliari sia sociosanitari (ADI) che sociali (SAD), necessari a ridurre il ricorso inappropriato o intempestivo alle strutture residenziali socio-sanitarie.

Viene contestualmente definita la necessità di servizi residenziali socio-sanitari di qualità e di quantità adeguate a garantire intensità assistenziale e cure appropriate alle persone con malattie e condizioni croniche complesse età-correlate e situazioni di particolare vulnerabilità, anche tutelando l'integrazione con i servizi sanitari specialistici e, in prossimità del termine naturale dell'esistenza, con le cure palliative. Tali forme di residenzialità devono essere, prima di tutto, luoghi di vita, nei quali la dimensione della "centralità della persona" nel suo profondo significato assume una rilevanza essenziale e nei quali la centralità della "qualità della vita" sostituisce la "centralità dell'assistenza", prestando attenzione alle "scelte di vita della persona" e alle sue relazioni sociali, interpersonali e affettive.

Le strutture nel presente documento sono classificate in "Centro Residenziale Multifunzionale" (CRM) e in "Centro Multiservizi" (CM).

Il "Centro Residenziale Multifunzionale" (CRM) è il modello di riferimento per la struttura residenziale, superando contestualmente tutti gli acronimi in uso adesso (RSA, Casa di Riposo, ecc.).

Il "Centro Multiservizi" (CM) è un servizio capace di assicurare non solo risposte coerenti coi bisogni delle persone accolte e residenti, ma anche di "interagire" con il territorio superando la dicotomia tra servizi residenziali e servizi domiciliari per approdare ad un modello di "presa in carico" integrata ed indipendente dal luogo di vita di cui le persone anziane fragili e le loro famiglie sentono l'esigenza.

Tale prospettiva nasce dalla centralità della "qualità della vita" delle persone anziane non autosufficienti intesa come possibilità di vivere, indipendentemente dal luogo di vita e dall'intensità del bisogno di cura, della centralità di una compiuta vita di relazioni affettive e sociali in grado di "rompere" la solitudine che, troppo spesso, la fragilità e la non autosufficienza portano con sé. Superare il concetto di "nucleo residenziale" per affermare il principio della "area abitativa" per

sottolineare la centralità del “luogo di vita” rispetto al “luogo di cura”, assicurando allo stesso tempo ambienti amichevoli, familiari, sicuri che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità parentale e relazionale delle persone residenti.

Le strutture quindi devono:

- essere parte della "rete dei servizi" locale;
- essere articolate per "aree abitative", con numeri contenuti di residenti per ogni area e differenziate in "spazi privati" e "spazi polifunzionali", così da consentire ai residenti di stabilire nuovi rapporti interpersonali e mantenere le relazioni sociali e affettive preesistenti;
- assicurare una "adeguata assistenza" in termini quanti-qualitativa, individuando specifici standard gestionali mirate all'assistenza ai residenti in base alle loro caratteristiche
- evitare la "convivenza" derivante dalla "condivisione" negli "spazi privati" — es. camere e bagni e spazi per le relazioni famigliari degli stessi
- favorire negli "spazi polifunzionali" l'integrazione e le relazioni interpersonali tra i residenti.

Fattore ulteriore del presente documento è che nello stesso si definiscono le tipologie d’utenza sulla base delle condizioni clinico-funzionali e che, in riferimento alla definizione di un “livello di fragilità”, non necessariamente corrisponde per esso l’individuazione una tipologia di “nucleo” dedicato.

Nel documento vengono indicati, in attuazione di quanto previsto dalla Legge 33/2023 standard strutturali e standard gestionali con la rimodulazione della dotazione di personale, che dovranno costituire, previa intesa in sede di Conferenza unificata, criteri minimi di autorizzazione e accreditamento. Vengono infine definiti i costi, suddivisi fra costi sanitari e costi di natura alloggiativa e affrontato il tema della compartecipazione alla spesa.

Normativa e documentazione di riferimento

- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 22 dicembre 1989 - Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 – Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.
- Progetto Mattoni SSN, Relazione finale (Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali) - Ministero della Salute, 2007 (MDS MATTONI SSN_Resid e Semiresid_v1.0 (salute.gov.it)).
- Prestazioni residenziali e semiresidenziali, a cura della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, Ministero della Salute, 2007 (Microsoft Word - LEA Residenzialità definitivo.doc (salute.gov.it)) (di seguito Commissione Lea 2007).

- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Decreto 17 dicembre 2008 - Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.
- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159 - Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente
- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (di seguito)
- Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

A - TIPOLOGIA DEGLI UTENTI

1. Definizione

Le tipologie di utenza sono definite sulla base delle condizioni clinico-funzionali in sede di Valutazione Multidimensionale Unificata (VAMU), con riferimento ai seguenti livelli di intensità:

1.1. Livello elevata intensità:

persone con elevato bisogno di natura sanitaria intese come persone con patologie non acute che, presentano alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità che richiedono trattamenti intensivi di cura e mantenimento funzionale³⁶, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.)³⁷;

1.2. Livello Alta intensità

persone con un significativo bisogno sanitario e un elevato bisogno di assistenza tutelare intese come persone con:

1.2.1. A)

patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale³⁸ riconducibile a necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc.³⁹;

1.2.2. B)

demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico"⁴⁰;

1.3. Livello Media intensità:

persone con un bisogno ridotto di natura sanitaria, un bisogno prevalente di assistenza tutelare e necessità di sostegni di natura educativo/animativa intese come persone: non autosufficienti⁴¹ che richiedono prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo⁴²;

³⁶ DPCM 12 gennaio 2017, art. 29

³⁷ Commissione LEA 2007

³⁸ DPCM 12 gennaio 2017, art. 30, comma a)

³⁹ Commissione LEA 2007

⁴⁰ Commissione LEA 2007

⁴¹ DPCM 12 gennaio 2017, art. 30, comma b)

⁴² Commissione LEA 2007

2. Compartecipazione del Fondo Sanitario

Gli oneri a carico del Fondo Sanitario sono individuati con riferimento agli artt. 29, 30 e 34 del DPCM 12 gennaio 2017 integrando quanto previsto per le persone anziane “non autosufficienti” e le “persone disabili senza limite d’età”.

Sulla base di quanto sopra si individuano i seguenti livelli di compartecipazione del Fondo sanitario:

2.1. Tipologia Elevata intensità

la percentuale a carico del Fondo sanitario risulta pari a 100%;

2.2. Tipologia Alta intensità

2.2.1. Estensiva

nel caso di persone che richiedano un trattamento temporaneo e di durata limitata nel tempo – di norma 60 gg in base alle condizioni della persona che sono oggetto di valutazione da parte della UVM - di natura prevalentemente riabilitativa/rieducativa e di educazione al caregiver familiare/professionale e finalizzato al rientro al domicilio la percentuale a carico del Fondo sanitario risulta pari al 100%;

2.2.2. Lungoassistenza

nel caso di persone che richiedano un trattamento di durata superiore a quanto previsto al punto 2.2.1 la percentuale a carico del Fondo sanitario risulta pari al 70%;

2.3. Tipologia Media Intensità

la percentuale a carico del Fondo sanitario risulta pari al 50%;

B - GLI STANDARD STRUTTURALI

I servizi residenziali rispondono alle esigenze di accoglienza temporanea o di lungo periodo di anziani “non autosufficienti” qui intesi come persone =>65enni con limitazioni delle autonomie e altre variabili di complessità (comorbidità, fragilità clinica, vulnerabilità sociale) per i quali i contesti familiari, ancorché allargati non sono in grado di rispondere adeguatamente ai loro bisogni.

I requisiti di questi servizi devono essere quindi funzionali a rispondere sia alle necessità di cura con obiettivi articolati di natura assistenziale, tutelare e sanitaria, sia di tutela della “qualità della vita” con l’insieme delle relazioni di natura affettiva e sociale.

Il modello strutturale degli attuali servizi residenziali ha visto, da sempre, prevalere un modello (spesso mutuato dal sistema sanitario-ospedaliero) basato sulla centralità della dimensione “assistenziale” e, come conseguenza, sul concetto di “nucleo assistenziale”, definito da una serie di camere che si affacciano su un corridoio lungo il quale si collocano i luoghi destinati ai servizi e alcuni spazi comuni.

Noi pensiamo che il luogo di vita dei residenti debba, invece, essere considerato come uno spazio orientato in senso abitativo nel quale gli spazi deputati alla intimità e privacy (camere) coesistano con ambienti dedicati al “vivere insieme”, trovando un nuovo modo di sviluppare gli spazi dedicati ai servizi.

Nel presente documento vengono individuati i requisiti “fondamentali” a livello nazionale da intendersi come requisito minimo cui le diverse regioni e province autonome debbono attenersi nella definizione degli standard strutturali.

La definizione di tale nuovo modello costruttivo-strutturale deve costituire un elemento vincolante per le “nuove strutture”. Richiede invece, per le attuali realtà residenziali accreditate/autorizzate in ragione di norme preesistenti, un percorso di adeguamento progressivo che potrà essere richiesto e realizzato se sostenuto da risorse economiche pubbliche.

Ogni Regione o Provincia Autonoma, pertanto, dovrà definire un apposito “Piano Programma” definendo sia i contenuti dell’adeguamento, sia gli obiettivi da raggiungere con tale adeguamento, sia i tempi e, coerentemente, le risorse disponibili e necessarie per tali adeguamenti, sia eventuali deroghe.

3. La struttura residenziale

La struttura residenziale viene qui considerata sulla base delle diverse articolazioni che, nel tempo, hanno assunto tali strutture non solo come semplice risposta residenziale ma come riferimento per la presa in carico delle persone anziane e per le persone fragili e delle loro famiglie presenti sul territorio.

La struttura residenziale, intesa come un “servizio di prossimità” assume, oggi, due differenti dimensioni determinate non solo dalla capacità di rispondere alle complessità delle persone anziane non autosufficienti, ma anche ai bisogni espressi dai territori in cui tali servizi si collocano.

3.1. Centro Residenziale Multifunzionale (CRM)

Struttura residenziale sociosanitaria che accoglie residenti anziani non autosufficienti con diverse intensità e tipologie di bisogni e modalità organizzative coerenti con tali bisogni. Sulla base di

quanto declinato nella Legge 33 il CRM rappresenta una componente del continuum dei servizi dedicati alle persone anziane non autosufficienti.

3.2. Centro Multiservizi (CM)

Struttura che, oltre al CRM, accoglie servizi diversi (sportelli e attività ambulatoriali, servizi o attività domiciliari (ADI e/o SAD), servizi semiresidenziali e residenziali sociali) dedicati prioritariamente, ma non esclusivamente, a persone anziane fragili e/o vulnerabili. Nei CM possono trovare spazio anche servizi destinati a persone disabili adulte fragili e/o vulnerabili. Sulla base delle sue caratteristiche il CM rappresenta non solo una componente del continuum dei servizi territoriali, ma ne rappresenta, per le sue caratteristiche di flessibilità, un momento nel quale la centralità della presa in carico è elemento caratterizzante.

4. I requisiti dei Centri Residenziali Multifunzionali

4.1. I requisiti essenziali

La struttura deve rispettare quelli che possiamo definire come o requisiti “essenziali” qui intese come rispetto della normativa cogente in tema di:

- a) Urbanistica e di edilizia;
- b) Antisismica;
- c) Prevenzione incendi;
- d) Sicurezza elettrica;
- e) Sicurezza e igiene impianti idrici;
- f) Prevenzione infezioni di comunità;
- g) Superamento barriere architettoniche.

Cui si aggiungono specifiche norme relative:

- h) Monitoraggio periodico dell'efficienza e sicurezza degli impianti;
- i) Piano di manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili;
- j) Presenza di defibrillatore;
- k) Gestione del microclima e Qualità dell'aria
- l) Diagnostica di Base (Rx portatile, ECG, Emogasanalisi, Ecografo)

4.2. La superficie

La superficie totale del CRM non deve essere inferiore per ogni ospite accolto a 50 mq di superficie utile lorda (SUL), moltiplicata per il numero massimo dei posti previsti per la residenza.

Strutture esistenti

Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% degli standard di riferimento nei limiti previsti dal D.P.C.M. 22.12.1989 come recepito da ogni singola Regione o Provincia Autonoma.

4.3. La capacità ricettiva

Sulla base di quanto sopra e con riferimento al numero di posti letto dedicati a residenti anziani non autosufficienti si ritiene che la capacità ricettiva non debba essere superiore a 120 posti letto. Tale

limite, è da considerare come un limite non superabile anche in presenza di più immobili al fine di evitare, per il futuro, situazioni che di fatto determinino un superamento di tale requisito.

Al fine di favorire la creazione di quelli più sopra individuati come “Centri Multiservizi” è possibile che possano essere presenti, o nelle vicinanze del CRM, o collocati nello stesso immobile del CRM, alcuni servizi residenziali sociali e altri servizi di tipo semiresidenziale, domiciliari e ambulatoriali aperti al territorio.

Strutture esistenti

Per le strutture già accreditate o autorizzate dalle Regioni e Province Autonome sulla base delle normative preesistenti, le Regioni possono derogare, nell’ambito “Piano Programma” di cui alle premesse, dal requisito dei 120 posti letto sulla base delle normative da definire in ogni singola regione.

4.4. Le aree abitative

Gli spazi destinati alla “vita” delle persone nei CRM devono rispondere contemporaneamente a due fondamentali esigenze:

- essere coerenti con le specifiche esigenze delle diverse tipologie di persone accolte;
- essere un insieme di spazi amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata.

Per realizzare quanto sopra risulta necessario che il complesso degli spazi destinati alla “vita” delle **persone nei CRM si articolino all’interno di aree abitative (ex nuclei).**

Nelle **aree abitative** sono individuati due fondamentali tipologie di spazi, alcuni delle quali, come di seguito precisato, costituiscono elemento caratteristico ed indispensabile per identificare l’area abitativa mentre altri possono avere collocazioni diverse all’interno della struttura.

Sulla base di quanto sopra le aree abitative si caratterizzano pertanto per la presenza di:

- Spazi destinati alla “vita privata” dei residenti e che costituiscono l’elemento indispensabile e caratterizzante l’area abitativa;
- Spazi polifunzionali destinati alla “qualità della vita dei residenti” che possono avere una collocazione interna all’area abitativa o possono essere condivisibili con una “area abitativa” contigua o possono far parte di spazi definiti in aree dedicate all’interno della struttura.

4.4.1. Spazi per la vita privata

Costituiscono spazi destinati alla “vita privata”:

4.4.1.1. La camera da letto

La camera deve essere fruibile da ospiti disabili e dagli operatori addetti all’assistenza tutelare. Tale camera che “prevalentemente” deve essere ad un letto può avere un massimo di due letti e, complessivamente, le camere ad un letto non possono essere inferiori al 50% dei posti letto totali.

Strutture esistenti

Per le strutture già accreditate o autorizzate dalle Regioni o Province Autonome sulla base delle normative preesistenti, le singole Regioni o Province Autonome possono derogare:

- dal requisito relativo alla percentuale di camere ad un letto. Tale percentuale va calcolata sulle camere esistenti e non sui posti letto esistenti;
- dal requisito del numero dei posti letto massimi per camera - che in ogni caso non può eccedere il numero massimo di tre posti letto per camera - definendo altresì la percentuale massima di tali camere e la durata di tale deroga.

In sede di deroga e coerentemente al “Piano Programma” di cui alle Premesse, la Regione o Provincia Autonoma deve definire i tempi e le modalità di adeguamento a quanto indicato nel presente punto e, se del caso, eventuali “fasi intermedie”.

4.4.1.2. Il bagno

Il bagno deve essere di dimensioni tale da essere fruibile da una persona disabile e dagli operatori addetti all’assistenza tutelare, e di norma, è annesso alla camera da letto e, in ogni caso, non può essere utilizzato da più di due ospiti.

Strutture esistenti

Per le strutture già accreditate o autorizzate dalle Regioni o Provincie Autonome sulla base delle normative preesistenti, le Regioni possono derogare dal requisito di cui sopra autorizzando la presenza di un servizio igienico, fruibile da una persona disabile e dagli operatori addetti all’assistenza tutelare, ogni 2 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 4 ospiti.

In sede di deroga di cui al presente punto, e coerentemente al Piano Programma come espressamente specificato nelle Premesse, la Regione o Provincia Autonoma deve definire i tempi e le modalità di adeguamento indicato nel presente punto e, se del caso, eventuali “fasi intermedie”.

4.4.1.3. Spazi destinati alle “relazioni familiari”

Sono spazi attigui alla camera da letto o distribuiti all’interno dell’area abitativa o costituenti una specifica area interna all’area abitativa e destinati a favorire le relazioni “interpersonali” parentali e amicali.

Strutture esistenti

Per le strutture già accreditate o autorizzate dalle Regioni o Provincie Autonome sulla base delle normative preesistenti, le Regioni o Provincie autonome possono derogare da tale requisito prevedendo, in considerazione delle specifiche situazioni strutturali, che tali spazi siano collocati anche tra diverse aree abitative ovvero in spazi interni alla struttura in aree dedicate.

In sede di deroga di cui al presente punto, e coerentemente al Piano Programma come espressamente specificato nelle Premesse, la Regione o Provincia Autonoma deve definire i tempi e le modalità di adeguamento indicato nel presente punto e, se del caso, eventuali “fasi intermedie”.

4.4.2. Spazi “comuni” destinati alla qualità della vita

Costituiscono gli spazi “comuni” destinati alla “*qualità della vita*” dei residenti il complesso degli spazi dedicati a:

- a) alla “vita sociale” ivi compreso attività di tipo alberghiero quali colazione, pranzo e cena;
- b) ad attività di tipo “ricreativo/animativo”

- c) ad attività di tipo “riabilitativo/rieducativo” quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, palestra, sala snoezelen ecc.

In ragione delle caratteristiche dei residenti tali spazi possono essere collocati o all’interno dell’area abitativa o in un’area funzionalmente collegata con aree abitative contigue o all’interno della struttura in aree dedicate a tali attività così come di seguito evidenziato.

Gli spazi “comuni” debbono essere “aperti ed accoglienti” capaci di favorire momenti di incontro tra i residenti e non solo. In tal senso ancor di più rappresentano un elemento fondamentale nella prospettiva di “Centro Multiservizi”.

Gli spazi comuni debbono essere in grado di creare e favorire quella “interazione” tra il contesto sociale territoriale nel quale la residenza si colloca e di conseguenza debbono essere spazi “multifunzionali ed aperti” nei quali il “mondo esterno” si incontra con il “mondo interno” nei quali “anziani non residenti” si incontrano e si relazionano con gli “anziani residenti” nei quale, durante la giornata, il mondo del volontariato si incontra e si relaziona con gli operatori professionali.

4.4.2.1. Spazi comuni destinati alla “vita sociale”

Spazi dedicati ad attività di tipo alberghiero (angolo bar, sala da pranzo, ecc.). Nel caso di servizi aperti oltre che ai residenti della CRM a persone “esterne”: per quanto riguarda la zona pranzo la superficie complessiva viene calcolata tenendo conto del numero massimo delle persone ospitabili. Per quanto riguarda il locale bar e/o altri locali aperti a esterni e residenti debbono avere una superficie da definire a livello regionale.

4.4.2.2. Spazi comuni destinati alle attività animative

Sono spazi dedicati a diverse attività ed hanno lo scopo di favorire le relazioni interpersonali tra i residenti e sono da considerare come “integrativi” degli spazi di cui al punto 4.4.2.1.

4.4.2.3. Spazi destinati ad attività sanitarie: area medico/ambulatoriale

Dimensioni variabili, che possono essere condivisi con altre attività/servizi a seconda della tipologia di servizio e della sua apertura a persone diverse dai residenti.

4.4.2.4. Spazi destinati ad attività sanitarie: area attività riabilitative

4.4.2.5. Spazi per i servizi generali da definirsi da parte della normativa regionale.

4.4.2.6. Spazi per i servizi religiosi, per “camera ardente” o per il commiato

5. Il Centro Multiservizi

Il Centro Multiservizi accoglie, oltre al Centro Residenziale Multifunzionali, servizi diversi (sportelli e attività ambulatoriali, servizi o attività domiciliari - ADI e/o SAD -, servizi semiresidenziali e residenziali sociali) autorizzati e accreditati, dedicati prioritariamente a persone anziane fragili e/o vulnerabili.

Nei CM possono trovare spazio anche servizi destinati a persone disabili adulte fragili e/o vulnerabili.

5.1. I requisiti essenziali

La struttura deve rispettare quelli che possiamo definire come requisiti “essenziali” di cui al punto 4.1.

5.2. La superficie

Vale per il CRM inserito nel CM quanto previsto sopra al punto 4.2., per gli altri servizi valgono gli specifici standard;

5.3. La capacità ricettiva

Vale per il CRM inserito nel CM quanto sopra previsto al punto 4.3, per gli altri servizi valgono gli specifici standard;

5.4. Le aree abitative

5.4.1. Spazi per la vita privata

Vale per il CRM inserito nel CM quanto sopra previsto al punto.4.4.1 4.4.1, per gli altri servizi valgono gli specifici standard;

5.4.2. Spazi “comuni” destinati alla qualità della vita

Oltre a quanto definito al punto 4.4.2.1 si ritiene necessario precisare che gli spazi comuni dei CM integrano gli spazi delle varie tipologie presenti nel CRM in una logica di massima integrazione degli spazi destinati alla qualità di vita. Nel caso che siano dedicati esclusivamente ai residenti del CRM tali spazi sono da considerare in sostituzione degli analoghi spazi previsti all’interno dell’area abitativa o in un’area funzionalmente collegata di cui al precedente punto 4.4.2 con le seguenti integrazioni:

- **Spazi dedicati alle attività animative**

Qualora, nell’ambito del “Centro Multiservizi” sia presente un servizio semiresidenziale e/o altri servizi/attività aperti all’esterno tali spazi possono essere condivisi anche dagli utenti esterni alla struttura. In ogni caso, per quanto riguarda i servizi semiresidenziali devono essere previsti spazi dedicati esclusivamente agli stessi servizi e da definirsi nelle normative regionali;

- **Spazi destinati ad attività sanitarie: area “attività riabilitative”**

Qualora, nell’ambito del “Centro Multiservizi” sia presente un servizio semiresidenziale e/o altri servizi/attività aperte all’esterno tali spazi possono essere condivisi anche dagli utenti esterni alla struttura.

C - GLI STANDARD GESTIONALI

Sono indicati gli standard minimi da assicurare per le diverse tipologie di utenza.

Ogni Regione o Provincia Autonoma potrà prevedere standard gestionali aggiuntivi.

6. Il personale/servizi assicurati dal Servizio Sanitario

Al fine di rendere omogenee l'interpretazione e l'applicazione a livello nazionale si precisa che:

6.1 nella definizione degli standard si è prevista, per ogni tipologia di fragilità, la presenza del Medico Geriatra e/o figura equipollente cui possano essere altresì affidate le funzioni di "Responsabile Sanitario; va altresì prevista la presenza di una funzione di coordinamento del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari. L'infermiere è case manager delle cure.

6.2 resta da definire il tema del personale di medicina generale (Medico di assistenza primaria/MMG), e degli altri specialisti, come pure del servizio di reperibilità sulle 24 ore per 365 giorni all'anno che nel presente lavoro non sono evidenziati negli standard in quanto devono essere assicurati dal Servizio Sanitario sulla base di specifiche modalità definite dalle singole Regioni o Province Autonome;

6.3 nella definizione dei "costi sanitari" non sono considerati i costi relativi all'assistenza farmaceutica, protesica e relativa ai prodotti per l'incontinenza la cui fornitura deve essere assicurata, sulla base delle disposizioni vigenti, dal Servizio Sanitario. Viene invece considerato, nei costi relativi agli "altri costi sanitari", un onere medio per posto letto da riferirsi ai costi per prodotti sanitari diversi da quelli di cui sopra

Qualora la Regione o Provincia Autonoma decidesse di affidare l'erogazione delle prestazioni sia mediche escluso quelle di cui al precedente punto 6.1. che farmaceutiche/protesiche ecc. di cui al punto 6.3. al gestore del Servizio residenziale dovrà prevedere a definirne gli standard e le modalità prevedendone una specifica remunerazione integralmente a carico del Servizio Sanitario.

7. Gli standard previsti per le diverse tipologie di intensità assistenziale

Ai fini degli standard si precisa che essi riguardano la peculiare presenza di funzioni e/o tipologie di operatori per le diverse tipologie di intensità assistenziale con l'avvertenza che gli stessi sono espressi:

- per ogni attività/figura professionale: in minuti giornalieri per residente e in giornate di presenza settimanali;
- per quanto riguarda ogni specifica tipologia di fragilità in minuti settimanali complessivi.

Si precisa come, nella definizione degli standard si è tenuto conto dei seguenti elementi:

- ❖ per quanto riguarda attività del "**Medico/Responsabile Sanitario**" si ritiene debba essere, stante la tipologia dei residenti, preferibilmente specialista in Geriatria o disciplina equipollente, e comunque con adeguata esperienza nella gestione clinica di persone anziane e negli aspetti igienico-sanitari di una struttura di degenza cui, come previsto al punto 7.1. possono essere affidate le funzioni di Responsabile Sanitario. Qualora tali funzioni siano svolte da un medico diverso si precisa che le stesse sono state considerate pari a 3 min/die/osp., prevedendo che per

una struttura con una disponibilità di 120 posti letto, tale presenza non deve essere inferiore ad un numero di ore pari ad una figura a tempo pieno;

- ❖ per quanto riguarda le attività “**infermieristiche**” lo standard è stato definito per rendere possibile la presenza dello stesso sulle 24 ore a seconda dell’intensità del bisogno dei residenti;
- ❖ per quanto riguarda le attività “**sociosanitarie**” nelle stesse sono ricomprese le prestazioni:
 - di psicologia/psicoterapia;
 - educative;
 - animative;
 - assistenza sociale;
 - attività complementari (counselor, arteterapia, musicoterapia, ecc.)
- ❖ le attività di “**assistenza tutelare**” sono assicurate da personale con attestato di qualifica regionale;
- ❖ gli standard previsti per le attività di natura “riabilitativa” e “sociosanitaria”, in ragione della tipologia degli ospiti, possono variare a condizione che lo standard complessivo di tali due tipologie di prestazioni rimanga inalterato.

7.1. Gli standard gestionali:

7.1.1. Livello “elevata intensità”

Standard per tipologia prestazione/professione

- Assistenza Medico geriatrica/ Responsabilità Sanitaria: 18 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Infermieristica: 72 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza tutelare: 150 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Riabilitativa: 21 minuti die per 6 gg settimanali;
- Assistenza Sociosanitaria: 35 minuti die per residente per 7 gg settimanali

Standard medio settimanale 2.051,00 minuti settimanali per residente che corrisponde a 293 minuti di assistenza giornaliera.

7.1.2. Livello “alta intensità” estensiva e lungoassistenza

Standard per tipologia prestazione/professione

- Assistenza Medico geriatrica/ Responsabilità Sanitaria: 15 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Infermieristica: 48 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza tutelare: 126 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Riabilitativa: 21 minuti die per 6 gg settimanali;
- Assistenza Sociosanitaria: 21 minuti die per residente per 7 gg settimanali;

Standard medio settimanale 1.596,00 minuti settimanali per residente che corrisponde a 228,00 minuti di assistenza giornaliera.

7.1.3. Livello “media intensità”

Standard per tipologia prestazione/professione

- Assistenza Medico geriatrica/ Responsabilità Sanitaria: 12 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Infermieristica: 24 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza tutelare: 78 minuti die per residente per 7 gg settimanali;
- Assistenza Riabilitativa: 15 minuti die per 6 gg settimanali;
- Assistenza Sociosanitaria: 18 minuti die per residente per 7 gg settimanali;

Standard medio settimanale 1.014 minuti settimanali per residente che corrisponde a 144,86 minuti di assistenza giornaliera.

D - COSTI

Risulta necessario esporre quelli che, alla luce dei dati in nostro possesso, sono i possibili costi derivanti dalla complessiva gestione di un servizio residenziale quale quello ipotizzato nel presente documento, con l'avvertenza che, in particolare, dai presenti costi sono esclusi quelli relativi alla ristrutturazione dell'immobile già oggi autorizzato/accreditato per l'adeguamento ai sopradescritti standard e/o investimenti per il miglioramento della qualità di vita degli ospiti, con particolare riferimento agli standard strutturali come ipotizzati nel presente documento, anche alla luce di quanto evidenziato nelle "premesse" al capitolo sugli standard strutturali e, in particolare, nella parte relativa al "Piano programma".

Va altresì evidenziato come, in sede di definizione dei costi relativi agli "standard", la presenza di diversi contratti relativi al personale nel settore sociosanitario con una rilevante differenza tra di loro rende estremamente complicato il calcolo del costo per tale voce. Difficoltà resa più complessa dal fatto che oggi alcuni contratti sono in fase di rinnovo e che, considerando le difficoltà di reperimento del personale, è prevedibile un significativo incremento di tali costi.

Riteniamo, alla luce di quanto sopra, che, per quanto riguarda la determinazione dei costi debbano essere previsti i seguenti elementi vincolanti:

- l'incremento del costo del personale dovrebbe avvenire in misura percentuale al rinnovo dei principali contratti di riferimento
- per quanto riguarda i costi di "natura alloggiativa" e gli "altri costi" si deve definire un incremento annuo sulla base del tasso inflattivo registrato nell'anno precedente.
- in ogni caso, l'incremento di ogni singola voce in ragione di "improvvisa variazione" richiede una complessiva ridefinizione del costo relativo a tale voce.

8. Costi sanitari

Sono intesi come costi comprensivi di quanto relativo al:

- a) Personale per standard: calcolato su un "valore medio orario" pari alla media ponderata dei costi relativi al valore per ogni specifica figura professionale relativo al valore dell'"ora lavorata" calcolato sullo standard gestionale definito;

- b) Altri costi sanitari: calcolato su un valore medio di tali costi che ricomprendono il costo degli altri prodotti sanitari come previsto al punto 6.3.;

Si ritiene qui opportuno precisare, come sopra definito al punto 6.2, che tali costi non ricomprendono i costi relativi:

- al personale medico che assicura le prestazioni di medicina di base, medicina specialistica che come già evidenziato al punto 6.2., deve essere assicurato dal SSN;
- l'acquisto dei farmaci, degli ausili, delle protesi e di tutti i prodotti per l'incontinenza che, come precisato al punto 6.3. che devono esser forniti dal SSN;

anche per evitare, nei servizi in “compartecipazione” che tali costi vengano a gravare, in misura percentuale, sulle rette pagate dai residenti/Comuni.

9. Costi di natura alloggiativa

Intesi come costi relativi ai seguenti servizi:

- a) Alimentazione;
- b) Pulizia della struttura;
- c) Lavanderia;

N.B. i presenti costi sono riferiti al costo del personale e delle materie prime ovvero, nel caso di esternalizzazione, ai costi del servizio.

10. Altri costi

Intesi come costi relativi ai seguenti servizi/attività/oneri/costi:

- a) Costi amministrativi;
- b) Utenze;
- c) Costi riferiti all'immobile;
- d) Manutenzioni;
- e) Ammortamenti;
- f) Assicurazione;
- g) Imposte e tasse;
- h) Oneri finanziari;
- i) Costi per la sicurezza;

Per quanto riguarda i costi di “natura alloggiativa” e gli “altri costi” i valori economici sono relativi all'analisi condotta da diverse indagini a livello regionale e nazionali e, in ogni caso, sono un “valore medio” che non tiene conto, per alcuni costi, delle differenze, talora significative, che caratterizzano i diversi livelli regionali.

Infatti, tali costi sono calcolati in ragione della qualità che le regioni ritengono di definire per i residenti delle diverse strutture e, in taluni casi, il gestore assicura ai residenti come “qualità aggiuntiva”.

Per quanto sopra si ritiene necessario che vengano definiti, a livello regionale, i “costi di riferimento” per i diversi servizi/attività/costi e/o le corrispondenti caratteristiche/indicatori/valori cui tali costi si riferiscono.

Tale fatto potrà rendere possibile l’individuazione, per ogni singola voce, delle variazioni, in incremento, rispetto ai “costi di riferimento” del servizio/attività che costituiscono quella che possiamo definire come “qualità aggiuntiva”.

Risulta evidente che, in questo caso, il valore economico di tale “qualità aggiuntiva” potrà essere applicabile dalla struttura, nella retta a carico dei residenti, in quanto “retta/prestazione aggiuntiva”.

Resta altresì da aggiungere il fatto che:

- l’attuale situazione di “incrementi” di alcuni costi dovuta al tasso inflattivo di alcuni beni e/o servizi rende assai problematica la valutazione dei costi di “natura alloggiativa” e “altri costi”;
- stante le difficoltà di reperimento di alcune figure professionali previste negli Standard gestionali, che caratterizza l’attuale fase e che, noi pensiamo, permarrà per un lungo periodo anche i parametri relativi al costo orario per tali figure può subire incrementi determinando, di fatto, significativi aumenti nei costi rispetto a quelli qui considerati per quanto riguarda i “costi sanitari”.

11. I costi previsti per le diverse tipologie

11.1. Elevata intensità:

Costo medio die pro capite: € 183,97 di cui:

- a) Costi sanitari: € 128,97
- b) Costi di natura alloggiativa: € 20,00;
- c) Altri costi: € 35,00;

11.2. Alta intensità estensiva

Costo medio die pro capite: € 155,80 di cui:

- a) Costi sanitari: € 100,80
- b) Costi di natura alloggiativa: € 20,00;
- c) Altri costi: € 35,00;

11.3. Alta intensità estensiva

Costo medio die pro capite: € 155,80 di cui:

- d) Costi sanitari: € 100,80
- e) Costi di natura alloggiativa: € 20,00;
- f) Altri costi: € 35,00;

11.4. Media intensità

Costo medio die pro capite: € 119,77 di cui:

- a) Costi sanitari: € 64,77;

- b) Costi di natura alloggiativa: € 20,00;
- c) Altri costi: € 35,00;

12. Compartecipazione a carico degli utenti

Riferimenti normativi

DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie')

“100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase intensiva.

Nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera, il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale”

DPCM 12 gennaio 2017 (Lea)

Art. 30

...

2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Art 34

...

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 - Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente

Art 6, comma 3

Come evidente alla luce della normativa i costi sopra definiti al punto 4 sono da considerare come la “tariffa giornaliera” - DPCM 12 gennaio 2017 - ovvero come “valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali” – DPCM 14 febbraio 2001 che, di seguito definiremo come “costo medio del servizio”.

Restano esclusi da tale “costo medio del servizio” i costi per l’assistenza medica generale/specialistica e per l’assistenza farmaceutica/ protesica/ausili per l’incontinenza che restano integralmente a carico del Fondo Sanitario al fine di evitare che una quota di tali costi venga sostenuta dai residenti.

Nel presente documento l’assunzione dell’onere da parte del Servizio Sanitario Nazionale, nelle percentuali ipotizzate per lo specifico livello di tipologia di utenza, verrà, di seguito, indicata come “Tariffa SSN” mentre la compartecipazione a carico del Comune e/o dell’utente, come sopra evidenziato nel paragrafo relativo ai “Riferimenti normativi”, verrà di seguito indicata come “Retta”

Alla luce di quanto sin qui detto e considerando il “costo medio del servizio” è calcolabile, per ogni tipologia di utenza, sia la “Tariffa SSN” sia la “Retta” come segue:

12.1. Elevata intensità:

- a) costo medio del servizio: € 183,97;
- b) percentuale SSN: 100%
- c) Tariffa SSN: € 183,97;
- d) Retta: € 0;

12.2. Alta intensità estensiva:

- a) costo medio del servizio: € 155,80;
- b) percentuale SSN: 100%
- c) Tariffa SSN: € 155,80;
- d) Retta: € 0;

12.3. Alta intensità lungoassistenza:

- a) costo medio del servizio: € 155,80;
- b) percentuale SSN: 70%
- c) Tariffa SSN: € 109,06;
- d) Retta: € 46,74;

12.4. Media intensità:

- a) costo medio del servizio: € 119,77;
- b) percentuale SSN: 50%
- c) Tariffa SSN: € 59,89;
- d) Retta: € 59,89;

Una considerazione riteniamo utile qui evidenziare perché, a nostro parere, giustifica abbondantemente l’individuazione della percentuale del 70%. A premessa di tale scelta vi è la considerazione che, come sopra evidenziato, oggi i residenti in regime di lungoassistenza non possano più ricondursi ad una unica tipologia di fragilità e, conseguentemente, ad un unico standard gestionale.

Aver introdotto la tipologia di residenti con un bisogno di “alta assistenza” ha altresì comportato la definizione di uno standard specifico per tali utenti significativamente maggiore di quello previsto per i residenti con “media intensità”.

Evidente come applicare alla tipologia di residenti con un bisogno di “alta assistenza” la medesima percentuale di quella applicata ai residenti di “media assistenza” avrebbe comportato una “Retta” significativamente superiore che, in larga misura sarebbe stata destinata a partecipare ai costi di natura “sanitaria”.

Dai dati sopra esposti e con riferimento ai costi non sanitari – “costi di natura alloggiativa” e “altri costi” che risultano pari ad € 55 al giorno e che sono analoghi per le diverse tipologie di residenti - confrontati con le “Rette” ipotizzate nel presente documento risulta che per i residenti di:

- Alta intensità lungoassistenza: la “Retta” risulta di € 8,26 inferiore rispetto ai costi non sanitari;
- Media intensità: la “Retta” risulta di € 4,89 superiore rispetto ai costi non sanitari.

Per quanto sin qui detto le Regione la Province Autonome potrebbe determinare, se ritenuto legittimo alla luce della vigente normativa, una Retta “unica” per tali due tipologie di residenti, Retta che sarebbe analoga ai costi “non sanitari” pari ad € 55 al giorno. L’eventuale determinazione di una Retta di € 55 da parte delle regioni modificherebbe però di fatto la percentuale della Tariffa SSN riducendola nell’Alta intensità dal 70% al 64,70%, ed aumentandola nella Media intensità dal 50% al 54,08%.



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

6.

PRESTAZIONE UNIVERSALE

Articolo 5, comma 2, lettera a), punto 1 della Legge 33/2023

**Costanzo Ranci, Giovanni Lamura, Marcello Morciano,
Barbara Da Roit, Sergio Pasquinelli, Francesca Pozzoli⁴³**

con il Tavolo di lavoro “Prestazione Universale” del Patto

24 ottobre 2023

⁴³ Alla terza parte, contenente la simulazione di spesa, oltre i coordinatori Costanzo Ranci e Marcello Morciano hanno collaborato anche Francesca Audino, Carlo Mazzaferro e Marco Arlotti.

Indice

1. La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza in sintesi
2. Alcuni approfondimenti
3. La Prestazione Universale per la non autosufficienza: una stima della spesa
4. Le prestazioni monetarie in chiave comparata

1. La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza in sintesi

In questo paragrafo viene illustrato in che modo le indicazioni della Legge 33 riguardanti la Prestazione universale possono essere declinate operativamente, sulla base delle conoscenze esistenti e di quanto appreso dalle esperienze internazionali e nazionali.

Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento

- La Prestazione Universale (PU) costituisce un'alternativa all'Indennità di Accompagnamento (IdA). La PU è disponibile per tutte le persone non autosufficienti di 65 anni ed oltre che risultano eleggibili per l'IdA. La scelta della PU è libera e reversibile nel tempo.
- Per chi la sceglie, l'IdA mantiene le sue attuali caratteristiche. Dunque, un trasferimento monetario senza alcun vincolo di utilizzo, che i destinatari possono impiegare come meglio credono, e in somma per tutti i beneficiari (oggi 527 euro mensili).
- Coloro i quali ricevono l'IdA da prima del compimento dei 65 anni possono optare per la PU una volta raggiunta tale età.

Accesso

- La possibilità di ricevere la PU discende esclusivamente dal fabbisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente, come per l'IdA.
- Tutti i richiedenti vengono valutati attraverso il nuovo strumento valutativo – standardizzato e multidimensionale – impiegato per la Valutazione Multidimensionale Unificata (art. 4, lettera l, comma 1). Chi è ritenuto eleggibile, può scegliere tra la nuova misura o la vecchia IdA.

Modalità di utilizzo

Il beneficiario della PU può decidere di impiegarla in due modi diversi:

- a) ricevere un trasferimento monetario incondizionato (cioè utilizzabile senza alcun vincolo, così come avviene per l'IdA);
- b) ricorrere a servizi alla persona, svolti su base individuale (come le prestazioni a domicilio di un'assistente familiare regolarmente assunta) oppure organizzata (servizi professionali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale forniti da organizzazioni accreditate o convenzionate). Questa seconda opzione comporta un valore economico della PU superiore.

Importo

- L'ammontare della PU non può essere inferiore a quello dell'IdA. Per le situazioni più gravi e/o in caso di scelta dell'opzione servizi la cifra è superiore.
- Sia nella versione di contributo economico sia in quella di servizi, la PU prevede una graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale, misurato attraverso la scheda di valutazione sopra richiamata. In pratica, ogni beneficiario viene inserito in una classificazione (suddivisione per categorie) che prevede un ammontare crescente del beneficio in base al bisogno assistenziale.
- L'opzione servizi comporta che l'intera somma della PU sia usata per accedere a servizi alla persona. Poiché la loro fruizione determina costi aggiuntivi rispetto a quella di risposte informali, questa opzione dà diritto ad una maggiorazione dell'importo, funzionale a sostenere i costi della regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare (nel caso di servizi

individuali) oppure i costi delle prestazioni fornite da enti erogatori esterni (nel caso di servizi organizzati).

La tabella 1 sintetizza i tratti della PU illustrati sin qui facendo riferimento alle simulazioni di spesa presentate, a titolo di esempio, più avanti. Il fabbisogno assistenziale è qui articolato su quattro livelli: basso, medio, elevato, molto elevato. L'importo minimo è quello dell'IdA, mentre le cifre della PU sono superiori: il loro valore dipende dal mix tra livello del fabbisogno assistenziale dell'anziano e scelta tra denaro e servizi.

Tabella 1 - Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento: importi mensili (euro)

FABBISOGNO ASSISTENZIALE	Fabbisogno Basso	Fabbisogno Medio	Fabbisogno elevato	Fabbisogno Molto elevato
MISURA				
Indennità di Accompagnamento	527	//	//	//
Prestazione Universale - Opzione denaro	//	550	600	700
Prestazione Universale - Opzione servizi	750	850	1200	1500

Informazione, affiancamento, presa in carico

Un ulteriore aspetto riguarda le funzioni di informazione, affiancamento e presa in carico. In proposito, gli utenti della PU si possono suddividere tra:

- a) chi fruisce anche di servizi del welfare locale: riceve la presa in carico e la progettazione personalizzata da parte delle UVM di Regioni/Comuni;
- b) chi non riceve servizi del welfare locale e sceglie l'opzione servizi della PU: può accedere, su richiesta, ad azioni di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata. Queste attività sono offerte da Comuni e ASL;
- c) chi non riceve servizi del welfare locale e sceglie l'opzione denaro della PU: non sono previste azioni di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata.

2. Alcuni approfondimenti

In questo paragrafo, vengono discussi alcuni temi riguardanti l'introduzione della PU sui quali sembra utile soffermarsi, a causa della loro complessità. Riguardano i seguenti interrogativi: quali sono, in effetti, gli obiettivi della nuova misura? Perché è stata mantenuta l'Indennità di Accompagnamento? Come si può promuovere il ricorso all'opzione servizi della PU? Quali attività di informazione/affiancamento/presa in carico sono previste per gli utenti della PU? In che modo si relaziona la PU con gli assegni di cura forniti dagli Enti Locali?

Gli obiettivi della nuova misura

L'introduzione della prestazione è finalizzata all'ottenimento dei seguenti vantaggi per la popolazione anziana non autosufficiente:

- **tutela del diritto alla cura:** si garantisce l'accesso ad una misura nazionale per la Non Autosufficienza sulla base di un diritto universalistico (legato esclusivamente alla necessità di assistenza) e assicurando un minimo adeguato di sostegno assistenziale a tutti gli eleggibili, pari all'importo dell'IdA;
- **potenziamento dell'autonomia e scelta dei beneficiari:** si sostiene fortemente l'autonomia delle persone offrendo massima flessibilità e potenziando le capacità di scelta dei cittadini che, all'interno della PU, potranno optare tra un trasferimento monetario e l'accesso a servizi alla persona;
- **rafforzamento dell'equità del supporto accordato:** si dà più equità al sistema complessivo, offrendo un supporto maggiore alle persone con un bisogno assistenziale più grave;
- **miglioramento dell'appropriatezza della risposta:** si promuove, attraverso la maggiorazione dell'importo per l'opzione servizi, l'emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o l'accesso dei cittadini che ne hanno necessità ad una rete qualificata di servizi alla persona, migliorando l'appropriatezza complessiva della risposta al fabbisogno assistenziale.

Il mantenimento dell'indennità di accompagnamento

Il mantenimento dell'indennità di accompagnamento, al fianco della Prestazione Universale, non ha una logica immediatamente evidente ed è sovente origine di fraintendimenti. Per scioglierli, può essere utile tornare al dibattito politico e sociale che ha portato all'introduzione della prestazione nella Legge 33. Come esito di tale dibattito si è convenuto su due obiettivi fondamentali per la riforma dell'indennità:

- **migliorare le risposte.** Riformare l'indennità, immutata dagli anni '80, introducendo le innovazioni condivise dal confronto italiano e internazionale: graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale e possibilità di scegliere tra utilizzo in denaro o in servizi, incentivando questi ultimi;
- **rendere impossibili arretramenti.** Inserire indicazioni che impediscano, un domani, di eliminare l'universalismo nell'accesso, rendendolo dipendente dalle condizioni economiche dei richiedenti, e/o di ridurre gli importi rispetto ad oggi. Suggestiscono di farlo i ripetuti tentativi di introdurre i suddetti arretramenti verificatisi in passato.

Il mantenimento dell'indennità serve esclusivamente al secondo obiettivo: ha una funzione di tutela, definisce condizioni basilari al di sotto delle quali non si può scendere, e la tabella precedente lo

rappresenta anche visivamente. Puntare a migliorare le risposte da dare a bisogni differenziati, invece, è compito della nuova prestazione, che integra la vecchia misura, non in grado di soddisfare questa varietà di condizioni.

Promozione del ricorso ai servizi

Due sono le leve da utilizzare a tal fine:

- la principale consiste nell'erogazione di un importo superiore all'opzione monetaria. Per fare la differenza nello spingere verso i servizi, l'importo deve essere sostanzialmente superiore;
- inoltre, offrire la possibilità di fruire di attività di informazione, affiancamento, progettazione personalizzata fornite dagli enti locali (opportunità non data a chi sceglie l'opzione denaro).

In ogni modo, è logico aspettarsi che nei primi anni la maggioranza degli utenti scelga l'opzione monetaria, vista la scarsa propensione verso i servizi che caratterizza tradizionalmente il nostro Paese. Anche in Germania, del resto, negli anni iniziali della riforma è andata allo stesso modo: in seguito, però, l'utenza dell'opzione servizi è progressivamente cresciuta.

Informazione, affiancamento, progettazione personalizzata

Per affrontare questo aspetto, si può suddividere l'utenza della Prestazione Universale in tre gruppi.

a. Chi riceve anche servizi del welfare locale

Queste persone dovrebbero ottenere la presa in carico e la progettazione personalizzata da parte delle UVM di Regioni/Comuni/strutture residenziali. E le UVM dovrebbero ricevere i risultati della valutazione nazionale che ha permesso loro di accedere alla Prestazione. Per loro, dunque, le indicazioni in materia di presa in carico ci sono, si tratta di applicarle.

b. Chi riceve solo la prestazione e sceglie l'opzione monetaria

Almeno per i primi anni, l'ampia maggioranza degli utenti della Prestazione non riceverà i servizi degli Enti Locali, data la distanza tra l'estensione della platea della prima e la dotazione dei secondi. Per loro, al momento, non è prevista alcuna attività di orientamento/informazione/presa in carico: bisogna individuare una strada realistica per modificare progressivamente questa situazione. Non pare sostenibile, a livello attuativo, l'ipotesi di fornire orientamento/informazione/presa in carico, da subito, a tutti i percettori della Prestazione. Si punta allora su quelli che la impiegano per ricevere servizi. Dovendo scegliere, vi sono vari motivi per escludere coloro i quali la utilizzano come trasferimento monetario, tra i quali: i) in questo gruppo si concentrano le persone che impiegano le assistenti familiari in modo irregolare; ii) una simile impostazione rappresenta e un ulteriore incentivo a scegliere l'opzione servizi.

c. Chi riceve solo la prestazione e sceglie l'opzione servizi

Per i beneficiari della Prestazione che la impiegano al fine di fruire di servizi alla persona, si prevede la possibilità di accedere, su richiesta, ad azioni di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata fornite da Asl e Comuni. Offrendo due possibilità: un servizio di informazione e orientamento e uno di presa in carico e progettazione personalizzata, più impegnativo. Così un anziano e/o la sua famiglia possono decidere se fruire di queste attività di sostegno e, in caso positivo, quale dei due moduli previsti sia più consono alle loro esigenze.

Il rapporto con i contributi monetari erogati dagli ATS

La Legge 33, nello stesso comma in cui introduce la Prestazione Universale, fornisce due indicazioni riguardanti il rapporto tra questa e i contributi monetari forniti dagli ATS. Primo, la prestazione assorbe l'Indennità di Accompagnamento e le ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Secondo, la prestazione deve essere di valore non inferiore all'indennità e, di nuovo, alle ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. A quali prestazioni ci si riferisce? Si tratta di contributi monetari rivolti alle persone anziane non autosufficienti, diversi dall'Indennità di Accompagnamento, utilizzabili esclusivamente per ricevere servizi da i) operatori di soggetti organizzati o i) da assistenti familiari regolarmente assunte. Tali contributi sono finanziati dagli ATS (Ambiti Territoriali Sociali), aggregazioni locali di più Comuni. Nonostante possa apparire il contrario, le implicazioni delle indicazioni menzionate non paiono particolarmente critiche.

a. La prestazione assorbe l'indennità e i contributi monetari locali

In pratica: mentre Indennità di Accompagnamento e contributi locali sono cumulabili, questi ultimi non lo sono con la prestazione. Ecco, dunque, le regole – chiare – per i nuovi utenti a partire dall'introduzione della prestazione.

In tutti i percorsi riformatori, però, il periodo più complesso è la transizione dal vecchio al nuovo scenario. In concreto: cosa accade a coloro i quali già ricevono indennità e contributi locali al momento dell'entrata in vigore della prestazione? Potranno optare per la più conveniente tra due opzioni: mantenere indennità + contributi locali o passare alla prestazione, se quest'ultima fosse superiore alla somma dei primi. In ogni caso, non sarà possibile alcun peggioramento rispetto alla situazione precedente.

b. La prestazione non deve essere inferiore all'indennità e ai contributi monetari locali

Ci sono, dunque, due termini di paragone per l'importo della prestazione: deve essere superiore sia a quello dell'indennità sia a quello dei contributi monetari locali. Mentre il primo è unico a livello nazionale (oggi 527 euro mensili), i secondi cambiano tra le diverse realtà territoriali. Per poterli confrontare con la prestazione, allora, è necessario individuarne un valore medio nazionale. Per farlo, si può utilizzare l'indagine censuaria Istat dei servizi e interventi sociali comunali del 2020, ultimo anno disponibile. ISTAT, suddivide l'assistenza domiciliare per gli anziani (65+) nelle seguenti categorie:

- assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- assistenza domiciliare integrata;
- servizi di prossimità;
- telesoccorso e teleassistenza;
- voucher, assegno di cura, buono sociosanitario.

Quella che qui interessa è l'ultima categoria, "Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario", che corrisponde – con qualche approssimazione – ai contributi monetari locali. Nel 2020, in Italia, hanno ricevuto voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari 51mila persone (0,4% della popolazione 65+). La spesa complessiva è stata pari a 115 milioni. Suddividendo la spesa complessiva per il totale degli utenti (115 milioni diviso 51mila) si ottiene la spesa annua per beneficiario: 2254 euro. Divisi per 12 mensilità sono: 188 euro al Mese.

Tirando le fila, il valore della prestazione deve essere superiore a 188 euro mensili. Ma questo è un criterio già soddisfatto dalla normativa, laddove si indica che tale valore deve essere superiore a quello dell'indennità di accompagnamento (527 euro mensili).

Tabella 2 - Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario, utenti 65 e spesa, Italia, 2020, fonte Istat

Spesa complessiva (a)	115.000.000 euro
Utenti (b)	51.000 persone
Spesa annua per utente (a/b=c)	2254 euro
Spesa mensile per utente (c/12)	188 ro

3. La Prestazione Universale per la non autosufficienza: una stima per la spesa

Questa parte propone un'ipotesi di stima della spesa necessaria a finanziare l'implementazione della PU. Il disegno della misura a cui si fa qui riferimento è quello già illustrato nella prima parte. Si tratta, dunque, di una tra le possibili declinazioni delle logiche seguite dal Patto.

Metodologia di calcolo e di stima

Lo studio qui presentato si basa su dati di diversa fonte.

La numerosità complessiva dei beneficiari con età superiore a 64 anni viene desunta dalla Banca dati INPS al 1 gennaio 2023.

La stima dei livelli di Non Autosufficienza sulla cui base viene elaborata un'ipotesi di graduazione della misura si fonda sui più recenti dati disponibili dalla survey EHIS (European Health Interview Survey, ultima indagine: anno 2019) su un campione rappresentativo della popolazione italiana over 64 anni di età residente a domicilio. Questi dati vengono integrati dai dati di fonte ISTAT (2020) relativi ai degenti in strutture residenziali (Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari).

I dati relativi ai risparmi desumibili dalla regolarizzazione delle assistenti familiari sono stati ottenuti sulla base di informazioni relative ai contratti in atto nel settore, elaborate dagli autori del presente studio. Dal dato INPS del 2020 sulla spesa dei Comuni per strutture residenziali e per i contributi e le integrazioni alla retta delle strutture residenziali si stima, sulla base delle evidenze disponibili e di una serie di assunzioni, il potenziale risparmio degli Enti Locali in tema di compartecipazioni se l'opzione servizi venisse usata dai residenti in case di cura. Lo studio sviluppa un'ipotesi di disegno della misura e della relativa spesa pubblica necessaria alla sua implementazione che coinvolge l'intera platea degli attuali beneficiari dell'Indennità di accompagnamento. Il passaggio dalla misura attuale a quella nuova avverrà presumibilmente nell'arco di alcuni anni. Lo studio sviluppa alcune ipotesi preliminari relative alla sostituzione progressiva della vecchia misura con quella nuova.

Fasce di gravità e importi monetari

La tabella 3 mostra gli importi relativi alle due opzioni (cash o care) spettanti ai beneficiari della Prestazione Universale, i quali vengono distinti in quattro fasce di gravità sulla base del loro bisogno di cura. La distinzione in fasce riprende analoghe distinzioni adottate in altri Paesi europei come Francia e Germania. La graduazione degli importi risponde a:

- a) l'indicazione, presente nella legge delega, di prevedere un importo minimo pari a quello previsto per l'Indennità di Accompagnamento;
- b) l'esigenza di concentrare i benefici sulle fasce più gravi;
- c) l'obiettivo di incentivare l'opzione servizi corrispondendo un importo adeguato (per le fasce dei più gravi) a remunerare la contrattualizzazione di un assistente familiare o l'accesso a servizi domiciliari o residenziali in misura adeguata.

Tabella 3 - Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità e importi relativi alle due opzioni (trasferimento monetario o servizi).

Fascia di gravità	Distribuzione percentuale dei beneficiari	Opzione trasferimento monetario (euro mensili)	Opzione servizi (euro mensili)
1 (minima)	59,3	527	750
2 (media)	24,7	550	850
3 (elevata)	11,5	600	1.200
4 (molto elevata)	4,5	700	1.500

Nota: La suddivisione in fasce di gravità è stata ricavata imputando un punteggio di disabilità ad un campione rappresentativo della popolazione italiana over 64. Il punteggio ha tenuto conto di: funzioni ADL e IADL svolte non in modo autonomo, ridotta mobilità intra ed extra domestica, presenza di deficit sensoriali, presenza di almeno tre malattie croniche, Alzheimer o demenza senile.

Stima della spesa

Allo scopo di stimare la spesa si è proceduto nel seguente modo:

- calcolo del numero dei beneficiari over 64 anni per ciascuna fascia di gravità;
- stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglierà l'opzione servizi;
- stima del costo lordo complessivo della riforma;
- stima dei risparmi ottenibili tramite il maggiore gettito contributivo e fiscale derivante dalla regolarizzazione dei rapporti di lavoro delle assistenti familiari (effetto emersione);
- stima dei risparmi ottenibili attraverso la riduzione parziale della spesa dei comuni necessaria ad integrare le rette delle RSA per residenti in grave condizione economica;
- stima della spesa in funzione dell'implementazione della nuova misura nel 2024 (secondo semestre) e nell'arco dei quattro anni successivi.

Stima della spesa complessiva

La tabella 4 presenta i risultati delle seguenti operazioni:

- **Calcolo del numero dei beneficiari per ciascuna fascia di gravità:** adottando la distinzione in fasce precedentemente presentata (v. tabella 1), si è calcolata la distribuzione dei beneficiari della nuova prestazione nelle diverse fasce. Per agevolare la stima, si assume che il numero dei beneficiari sia pari a quello dei beneficiari di IdA al 1° gennaio

2023, includendovi sia i beneficiari residenti a domicilio, sia quelli ricoverati in strutture residenziali.

- **Stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglieranno l'opzione servizi:** la stima è stata fatta sulla base dell'esperienza internazionale disponibile e dei profili di convenienza dei beneficiari appartenenti alle diverse fasce. Il take up tende ad aumentare all'aumentare della gravità, in quanto aumenta sensibilmente la necessità di ricorrere a servizi socio-sanitari. Per le fasce di gravità 1 e 2 si è ipotizzato un *take-up* pari rispettivamente al 20% e al 30%, conformemente a quanto avviene in Germania. Per le fasce di gravità 3 e 4 si ipotizza un take up pari al 40% e al 70%, considerando l'incidenza dei degenti in RSA e l'esigenza di cura continuativa espressa dai soggetti inclusi in queste fasce.
- **Stima della spesa complessiva:** la stima è stata fatta sulla base delle più recenti evidenze empiriche disponibili. Gli aspetti di cui non si dispongono di dati robusti sono stati modellati sulla base di assunzioni (esempio il take up) derivanti dall'esperienza internazionale. Il numero di beneficiari assunto per la stima della spesa è quello presentato in tabella 1.

Tabella 4 - Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva.

Fascia di gravità	Totale beneficiari PU	Take up opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione cash	Stima della spesa complessiva
1 (minima)	814.352	0,20	162.870	651.482	5.586.506.784
2 (media)	339.509	0,30	101.853	237.656	2.607.429.681
3 (elevata)	198.408	0,40	79.363	119.045	1.999.952.600
4 (molto elevata)	121.839	0,70	85.287	36.552	1.842.206.834
TOTALE	1.474.108	---	429.374	1.044.734	12.036.095.898

Stima della spesa complessiva al netto dei risparmi previsti

L'opzione servizi introduce una condizionalità nell'utilizzo dell'importo disponibile al beneficiario: questa può essere spesa per un regolare contratto di lavoro con un'assistente familiare oppure per accedere a servizi professionali, sia di natura domiciliare residenziale. Si stima che l'incentivo economico a regolarizzare il contratto di lavoro con l'assistente familiare consentirà l'emersione di circa 260.000 assistenti familiari, che si aggiungeranno alle circa 437.000 già assunte regolarmente (dati Inps 2021)⁴⁴. Il nuovo gettito contributivo generato dall'emersione è stimato (applicando il Contratto Collettivo Nazionale per un numero medio di 33 ore settimanali) in 512 milioni di euro (circa 478 milioni di ore lavorate). Il gettito IRPEF aggiuntivo ammonterebbe a circa 234 milioni di euro. Il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall'emersione è stimato quindi di 746 milioni di euro. La spesa complessiva per la Prestazione Universale assorbirà anche parte della

⁴⁴ Si veda il Terzo Rapporto annuale sul Lavoro Domestico, Osservatorio Nazionale Domina (2021).

compartecipazione al costo delle prestazioni sociali per i ricoverati in residenze attualmente a carico delle amministrazioni pubbliche locali. Si è quindi stimato il risparmio di spesa pubblica locale ottenibile attraverso l'adozione dell'opzione servizi pari a circa 400 milioni di euro, sulla base dei dati forniti dall'Indagine censuaria sulla spesa sociale dei comuni dell'Istat (ultimo dato disponibile relativo all'anno 2020). La tabella 5 riporta la stima della spesa complessiva per la Prestazione Universale, al lordo e al netto dei risparmi previsti, in relazione alla spesa attuale per l'IdA.

Tabella 5 - Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti

	Spesa totale	Costo diretto riforma	Risparmio emersione badanti	Risparmio spesa locale	Spesa complessiva al netto dei risparmi	Costo netto riforma
IdA	*9.068	---	---	---	9.068	---
PU	12.036	+2.968	-746	-397	10.893	+1.825

L'importo di IdA presentato nella tabella è calcolato sulla base del numero di beneficiari stimato nel campione EHIS e utilizzato per stimare i costi della riforma. Esso si discosta in piccola misura per eccesso rispetto al numero di percettori dichiarato da INPS.

Stima della spesa nel periodo di messa a regime della misura

Tabella 6 - Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura.

	I anno*	II anno	III anno	IV anno	V anno
A. Spesa per beneficiari IdA	8,089	6,130	4,171	2,213	254
B. Spesa per nuovi beneficiari PU	1,300	3,900	6,499	9,099	11,699
C. Risparmi da gettito fiscale e contributivo derivanti da PU	123	370	617	864	1,111
D. Spesa lorda complessiva (A+B)	9,389	10,030	10,671	11,312	11,953
E. Spesa netta complessiva (A+B-C)	9,265	9,659	10,054	10,448	10,842
F. Incremento di spesa lorda (A+B)(-IdA 2020 pari a 9,068 milioni di €)	321	962	1,603	2,244	2,885
G. Incremento di spesa netta (A+B-C) (- IdA 2020 pari a 9,068 milioni di €)	197	591	986	1,380	1,774
H. Incremento spesa annuale lorda	+321	+641	+641	+641	+641
I. Incremento spesa annuale netta	+197	+394	+394	+394	+394

Note: I valori del primo anno si riferiscono al secondo semestre, semestre in cui ci assume l'entrata in vigore della PU.

Si ipotizza che l'introduzione della misura avvenga gradualmente. Poiché il tasso annuale di sostituzione degli attuali beneficiari è pari al 24% (INPS, Osservatorio Statistico), si può ipotizzare che la messa a regime della misura avvenga nell'arco di quattro – cinque anni. La stima seguente (v. tabella 4) mantiene fissa la numerosità complessiva dei beneficiari e ipotizza dunque un ricambio annuale dei beneficiari pari al 24%. Assumiamo inoltre una quota pari al 10% che non opti per la

PU e mantenga l'attuale IdA. In questo scenario, i beneficiari della PU sono quindi stimati essere pari 10.8% per il secondo semestre del primo anno, il 32.4% nel secondo, il 54% al terzo, 75.6% al quarto, 97.2% al quinto prima di entrare a regime (quasi pieno) a partire dal sesto anno. Nel complesso l'incremento di spesa prevedibile, al netto dei risparmi fiscali, contributivi e di spesa che la nuova prestazione consente, è quello indicato nelle righe H e I della tabella 4.

4. Le prestazioni monetarie in chiave comparata

Per comprendere il perché una misura come quella della Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (PU) qui presentata costituisca già da tempo auspicio di gran parte degli addetti ai lavori nel settore dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti del nostro Paese, è sufficiente un rapido sguardo alla tabella sottostante, che riporta alcune principali caratteristiche delle prestazioni monetarie per la non autosufficienza previste nei principali paesi europei.

Un primo aspetto che colpisce, tra quelli riportati nella tabella, è l'assenza, nel nostro Paese, di uno strumento di valutazione standardizzato per esaminare e categorizzare il fabbisogno assistenziale della persona non autosufficiente che richieda di poter usufruire dell'Indennità di Accompagnamento (IDA). In Paesi come Austria, Francia e Germania, il sistema prevede l'impiego di una scheda di valutazione standardizzata multidimensionale, elaborata e affidabile, e quindi in grado di fornire un valido sostegno all'attività di valutazione dei requisiti dei richiedenti. Anche in Inghilterra e Spagna esiste una scheda di valutazione, sebbene la sua affidabilità appaia meno rigorosa nell'espletare la funzione a cui è chiamata. Il nostro Paese brilla, tuttavia, per la totale assenza di tale scheda, sostituita dalla documentazione medica che ogni richiedente è chiamato a sottoporre alla Commissione di Valutazione della ASL di competenza per poter essere valutato. Tale assenza non è del resto casuale, ed è strettamente associata all'altra caratteristica peculiare del nostro Paese, che tale assenza quasi giustifica: quella di non disporre di alcuna graduazione dei livelli di fabbisogno e quindi degli importi riconosciuti agli aventi diritto. Mentre negli altri Paesi esistono almeno due livelli (in Inghilterra), e in tutti gli altri casi almeno quattro (e ben 5 in Germania e 7 in Austria), in Italia abbiamo un unico livello: quello coincidente con il raggiungimento di quel 100% di invalidità e assoluta impossibilità a gestire autonomamente la propria vita quotidiana, che fa scattare il diritto a ricevere l'IDA. Tale situazione chiaramente finisce con il penalizzare le situazioni più gravi, che finora hanno ricevuto lo stesso sostegno riservato a quelle caratterizzate da un minore fabbisogno assistenziale.

Un terzo elemento che è opportuno sottolineare in questo contesto è quello della possibilità di usare l'importo riconosciuto in forma di servizi, in alternativa al trasferimento monetario incondizionato. Dall'ultima colonna esposta in tabella emerge che sono ormai diversi i Paesi – ed in particolare quelli con un sistema di welfare più simile al nostro, come Francia, Germania e Spagna – in cui i cittadini possono contare su modalità diversificate di impiego del sostegno accordato, un elemento di autonomia anch'esso finora assente nel sistema vigente in Italia.

Un elemento non ricompreso in tabella, ma assolutamente centrale nel sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti che caratterizza il nostro Paese, è quello delle assistenti familiari assunte privatamente dalle famiglie per supportarle in tale compito. La gran parte di questo “mercato privato della cura” è in Italia sommerso, non dichiarato (si stima pari ad almeno il 60% del totale dei rapporti di lavoro, e in crescita), frutto di una duplice convenienza: del datore di lavoro, cui l'assistente familiare costa meno e non implica complicazioni burocratiche; e dell'assistente familiare, che

percepisce al netto una paga solitamente maggiore. L'assenza di un contratto porta a innumerevoli problemi riguardanti la tutela del lavoratore e dei suoi diritti (orari di lavoro, ferie, malattia, rescissione dei rapporti) ma anche quella degli anziani non autosufficienti (es: garanzia di trasparenza, correttezza e qualità delle mansioni svolte dall'assistente familiare).

Quelle sopra evidenziate sono alcune delle principali criticità del sistema attualmente vigente in Italia che la Prestazione Universale mira a superare.

Tabella 7 - Prestazione monetarie per la non autosufficienza: accesso, assetto istituzionale e importi

Schema (anno di introduzione)	Criterio di accesso	Strumento di valutazione	Livello di governo responsabile	Categorie di importi	Criterio per suddividere beneficiari tra le categorie	Criteri per definire importi	Alternativa soldi-servizi
Inghilterra Attendance Allowance (AA) (1970)	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione poco affidabile	Stato centrale	2	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	No
Francia Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (2002)	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata e affidabile	Enti locali Legislazione nazionale	4	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza e condizioni economiche	Si
Germania Pflegegeld (1993)	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata e affidabile	Legislazione nazionale e assicurazioni sociali	5	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	Si
Austria Pflegegeld (1993)	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata e affidabile	Stato centrale	7	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	No
Spagna Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP) (2007)	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione poco affidabile	Autorità regionali	4	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	Si
Italia Indennità di Accompagnamento (IDA) 1980	Fabbisogno di assistenza Diritto	Nessuna scheda di valutazione (documentazione medica)	Stato centrale	1	(non applicabile)	(non applicabile)	No



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

7.

ASSISTENTI FAMILIARI

Articolo 5, comma 2, lettera a), 1,2 e b),2 della Legge 33/2023

**Sergio Pasquinelli, Francesca Pozzoli
con il Tavolo di lavoro “Assistenti familiari” del Patto**

24 ottobre 2023

Indice

1. Assistenti familiari e Prestazione Universale
2. Le agevolazioni fiscali per chi impiega un'assistente familiare
3. La formazione

L'articolo 5 della Legge Delega 33/2023 tocca il tema delle assistenti familiari da tre punti di vista:

- nell'introduzione della Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (PU): le assistenti familiari costituiscono uno degli erogatori di servizi alla persona;
- nell'esigenza di "ricognizione e riordino" delle agevolazioni fiscali riguardanti il loro impiego "anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini";
- Nella definizione di percorsi e standard formativi omogenei sul territorio nazionale, insieme all'esigenza di riferimenti univoci per "la validazione e certificazione delle competenze pregresse comunque acquisite".

L'insieme coordinato di questi interventi compone finalmente i contenuti di una politica di sistema riguardante il lavoro privato di cura, finora troppo a lungo trascurato a livello nazionale.

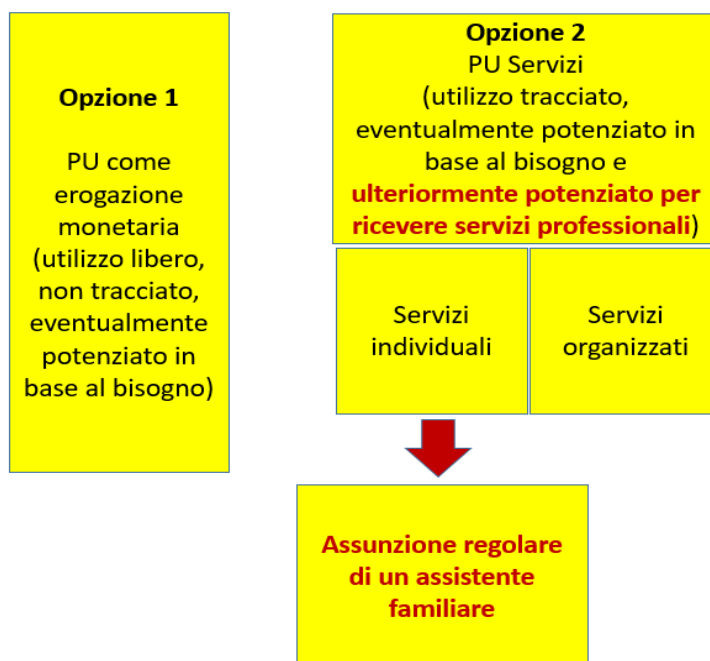
Trattiamo dunque distintamente questi tre ambiti.

1. Assistenti familiari e Prestazione Universale

Nel nostro Paese la maggioranza del mercato privato di cura è sommerso, non dichiarato. Secondo le nostre stime si tratta di almeno il 60% del totale dei rapporti di lavoro, in crescita, a fronte di 429.426 posizioni registrate all'INPS alla fine del 2022. Il lavoro irregolare è frutto di una duplice convenienza: del datore di lavoro, cui l'assistente familiare costa meno e non implica complicazioni burocratiche; dell'assistente familiare, che percepisce al netto una paga solitamente maggiore. L'assenza di un contratto porta a innumerevoli problemi riguardanti la tutela del lavoratore e dei suoi diritti (orari di lavoro, ferie, malattia, rescissione dei rapporti) ma anche quella degli anziani non autosufficienti (e.g. garanzia di trasparenza, correttezza e qualità delle mansioni svolte dall'assistente familiare).

Un importante strumento per far emergere il lavoro non dichiarato è una versione potenziata della Prestazione Universale per l'utilizzo di servizi, a fianco di quella base il cui utilizzo è libero e non tracciabile. L'introduzione della PU con questa duplice modalità di fruizione offre infatti la facoltà di scegliere tra una somma di denaro, spendibile senza la necessità di giustificarne l'utilizzo, e un importo potenziato per ricevere servizi professionali acquisibili anche attraverso l'assunzione regolare di un assistente familiare. Questa seconda opportunità favorisce l'occupazione qualificata, come dimostra l'esperienza tedesca che lascia questa opzione ai cittadini. In Germania inizialmente ha prevalso la tendenza alla monetizzazione senza vincoli; tuttavia, negli anni le cose sono cambiate e la preferenza è andata verso l'utilizzo del contributo per avvalersi di servizi domiciliari.

Fig. 1 - La Prestazione Universale per l'assunzione di un assistente familiare



La possibilità di incentivare, grazie a un valore superiore, l'uso della Prestazione Universale per fruire di servizi anziché come somma libera da vincoli, può emergere in modo efficace il mercato sommerso della cura, nell'ambito di una rete di sostegni più trasparente e collegata al sistema degli aiuti pubblici, sociali e sociosanitari. A tal fine, l'utilizzo della PU per l'assunzione di assistenti familiari prevede come vincolo quello della sottoscrizione di un regolare contratto di lavoro, da rendicontare attraverso prova delle retribuzioni mensili. Al momento, non sono previsti vincoli formativi che rischierebbero di creare "colli di bottiglia" ad una fruizione ampia della Prestazione Universale nella versione "servizi". L'opportunità di introdurre vincoli formativi per la fruizione della Prestazione Universale potrà eventualmente essere considerata in una prospettiva di lungo termine e sulla base dei dati del monitoraggio e verifica dello stato di attuazione e dell'efficacia dei percorsi formativi attivati a livello regionale, che il CIPA raccoglierà, come indicato nella successiva sezione dedicata alla formazione.

Per il Decreto:

Possono rientrare come soggetti erogatori di servizi nella Prestazione Universale assistenti familiari regolarmente assunte, senza vincoli legati al livello professionale e alle competenze acquisite. La loro regolare assunzione deve essere in linea con i livelli di inquadramento presenti nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativa.

2. Le agevolazioni fiscali per chi impiega un'assistente familiare

La Prestazione Universale è lo strumento principe attraverso cui fare emergere il lavoro privato di cura dal mercato irregolare. Nel contesto della presente delega, una disciplina fiscale nuova, più semplice e incisiva dell'attuale, si pone nel breve periodo in modo complementare rispetto a tale misura.

Oggi la disciplina fiscale riconosce due tipi di sgravi per chi ricorre a lavoratori domestici regolarmente assunti; queste possibilità incidono però ancora troppo poco nel mercato privato e informale della cura.

Si tratta di due misure fortemente limitate: una detrazione d'imposta che consente un beneficio fiscale massimo di 399 euro all'anno e una deduzione dal reddito che genera un beneficio fiscale annuo, variabile in base all'aliquota Irpef del datore di lavoro da 356 a 666 euro. Si tratta di benefici limitati rispetto alla spesa per l'assistenza ai non autosufficienti che, nel caso di assistenti familiari a tempo pieno, supera i 17.000 euro annui. La tabella che segue riassume tali agevolazioni:

Soggetto fiscale	Categoria lavoratori	Agevolazione fiscale	Base	Misura	Reddito
Il contribuente con il datore di lavoro	Colf, badanti e baby-sitter	Deduzione	Contributi (solo la quota a carico del datore di lavoro)	Fino a 1.549,37 euro	Per tutti i redditi
Il contribuente coincide con il datore di lavoro, ma può essere anche diverso (e.g. figlio che assume la badante per la madre)	Badanti	Detrazione	Retribuzione	19% di massimo 2.100 euro (ossia 399 euro)	Solo fino a 40.000 euro annui

Il riordino fiscale è volto a ridurre l'irregolarità attraverso un maggior sostegno alle famiglie che assumono assistenti familiari per la cura di anziani non autosufficienti, rendendo in certa misura "conveniente" il lavoro dichiarato e riducendone i costi, ossia il differenziale economico e di gestione burocratica col mercato irregolare.

Il perimetro di azione è inizialmente complementare rispetto alla Prestazione Universale: la nuova agevolazione è rivolta inizialmente (nel breve periodo) a chi non riceve la Prestazione Universale. Ciò evita possibili e incongruenti sovrapposizioni di benefici tra le due misure. Solo successivamente si procederà a un riordino complessivo, riguardante anche i beneficiari della Prestazione.

- a) Un primo obiettivo di più breve periodo, attuabile in tempi ravvicinati, punta ad alleggerire il carico fiscale di chi assume un assistente familiare ma non beneficia di Indennità di

Accompagnamento/Prestazione Universale. La strada è quella di un raddoppio da 1.549 a 3.000 euro della soglia dei contributi deducibili dal reddito. Una misura che aiuta le famiglie datrici di lavoro a far fronte anche agli aumenti contrattuali scattati nel 2023, con i minimi incrementati del 9,2%, per effetto dell'adeguamento al costo della vita secondo l'indice ISTAT all'80% per i salari e al 100% per le indennità di vitto e alloggio. A beneficiare del raddoppio degli sgravi sono soprattutto i datori con rapporti di lavoro superiori alle 34 ore settimanali (che rientrano nella fascia unica prevista dall'INPS per i rapporti di lavoro che superano le 25 ore settimanali), ovvero circa il 25% di quelli censiti dall'INPS.

Al netto delle persone che beneficiano della Prestazione Universale, la platea relativamente ridotta di questo ampliamento di agevolazione ne rende sostenibile economicamente il peso. Secondo nostre stime, si tratta di meno di centomila casi.

- b) Un secondo obiettivo di medio-lungo periodo, consiste nel semplificare e al tempo stesso potenziare le agevolazioni fiscali, puntando ad una sola misura. Preferibile è un credito di imposta che riguardi tutti i contributi fiscali e almeno una parte degli oneri retributivi a carico delle famiglie, nella misura di almeno il 50%. Il credito di imposta ha il vantaggio di andare a beneficio sia di chi versa le imposte, sia degli incapienti.

Nell'ambito di questo riordino, anche chi percepisce la Prestazione Universale vedrà sostituire le attuali agevolazioni fiscali con un credito di imposta pari al totale degli oneri contributivi versati.

Per il Decreto:

Per il datore di lavoro che ha alle dipendenze un assistente familiare, e non è percettore (lui o l'anziano di cui l'assistente si occupa) di Prestazione Universale, è possibile una deduzione dei contributi versati fino a 3.000 euro annui.

Tale intervento si realizza nelle more di un più generale riordino dei benefici fiscali riguardanti l'assunzione di un assistente familiare in assenza di Prestazione Universale. Entro il 2025 le agevolazioni fiscali attuali verranno sostituite da un unico credito di imposta che copre tutti gli oneri contributivi a carico del datore di lavoro e una quota della retribuzione riconosciuta al lavoratore, nella misura del 50%.

Nell'ambito di questo riordino, anche chi percepisce la Prestazione Universale vedrà sostituire le attuali agevolazioni fiscali con un credito di imposta pari al totale degli oneri contributivi versati.

3. La formazione

In Italia non esistono standard formativi definiti a livello nazionale per la figura di “assistente familiare”, così come non esiste un profilo professionale unico sancito a livello nazionale. Esistono invece numerose e diverse normative regionali riguardanti sia la definizione di profili professionali regionali sia quella di standard e percorsi formativi per gli assistenti familiari.

L’attenzione verso la qualificazione del mercato privato di cura a livello regionale è testimoniata dal fatto che oggi tutte le Regioni prevedono iniziative di qualificazione professionale. In alcuni casi si tratta della definizione – tramite normativa dedicata - di standard e percorsi formativi dettagliati (e.g. definizione di competenze, attività, abilità, conoscenze, risultati attesi e articolazione dettagliata dei corsi e dei processi di certificazione delle competenze), in altri di riferimenti più generici alla formazione in quanto requisito per l’iscrizione a registri o elenchi regionali degli assistenti familiari (previsti oggi in 10 Regioni italiane). In ogni caso, vengono stabiliti a livello regionale riferimenti circa la durata dei corsi considerati idonei alla qualificazione degli assistenti familiari e, generalmente, anche le modalità di riconoscimento di crediti formativi (in ingresso e/o in uscita).

Il quadro che emerge da un’analisi delle diverse normative regionali è assai variegato: per la *durata* dei corsi (dalle 60 alle 600 ore); per la loro *articolazione* e organizzazione (corsi base vs corsi avanzati); il tipo di *argomenti* affrontati; il *titolo* rilasciato (e.g. assistente familiare, operatore per l’assistenza familiare, assistente personale) e le modalità della certificazione; e, infine, per le modalità di *riconoscimento di eventuali crediti formativi* (più spesso previsti in ingresso e più raramente in uscita).

Nonostante gli sforzi regionali, i vari percorsi oggi previsti hanno finora formato un numero assolutamente marginale di lavoratori. In molti casi, inoltre, la presenza di una normativa regionale di riferimento, anche quando consolidata, non è riuscita a garantire l’attivazione di un’offerta formativa confacente. Al contrario, i percorsi formativi previsti dalla normativa di diverse Regioni risultano oggi sospesi o difficilmente accessibili. Parimenti, nonostante sia oggi presente in Italia un “Sistema nazionale di Individuazione, Validazione e Certificazione delle competenze (IVC)”, normato in coerenza alle direttive europee attraverso il Decreto Legislativo 13/2013, le Regioni che hanno attivato specifiche procedure di IVC faticano a garantire percorsi unitari e facilmente accessibili. Peraltro, al di là di pochissime eccezioni, risulta oggi molto difficile reperire dati circa i percorsi attivati negli anni dalle Regioni, il numero di partecipanti alle iniziative di formazione e IVC, il numero di certificazioni rilasciate⁴⁵.

Ecco quindi perché occorre tendere a un sistema omogeneo e incentivante quanto a capacità professionali di assistere e “trattare” la Non Autosufficienza, nelle sue diverse e molteplici manifestazioni. La definizione di standard formativi per gli assistenti familiari definiti a livello nazionale al fine della qualificazione e mediante “linee guida” univoche permetterà infatti di:

- a) fare sintesi degli apprendimenti relativi alle svariate esperienze sviluppatesi nel Paese, relativi punti di forza e criticità;
- b) favorire il riferimento unificato alla stessa figura professionale e parlare così un unico “linguaggio” su tutto il territorio nazionale, a garanzia della “portabilità” della qualificazione sulla base delle competenze e certificazioni acquisite;

⁴⁵ Un’eccezione è rappresentata dall’Emilia Romagna, che ha prodotto dati in merito: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/assistenti-familiari-badanti/sezione-dvd-assistenti-famigliari>

- c) promuovere il collegamento con la rete pubblica dei servizi che si potrà avvalere, in modi e forme variabili, di questa figura sapendo che ad essa corrispondono competenze univoche. Si potrà così generare un effetto volano della figura dell'assistente familiare qualificato anche all'interno della rete dei servizi per la Non Autosufficienza, nei relativi percorsi assistenziali e di presa in carico, ed esempio attraverso forme di tutoring e/o percorsi di affiancamento da parte di altre figure professionali, oppure attraverso forme di lavoro somministrato, nelle quali non sono più le famiglie i datori di lavoro perché a occuparsi delle assunzioni sono centri, agenzie o cooperative.

Al fine di un riconoscimento delle iniziative già messe in campo in tema di qualificazione del lavoro privato di cura a livello regionale e di una valorizzazione delle più efficaci, dovrà essere avviato – a valle dei decreti attuativi – un approfondito confronto con le Regioni, che come previsto dalla stessa legge delega dovranno approvare le “linee guida” di definizione degli standard formativi nazionali in sede di Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, è fondamentale il rispetto delle previsioni presenti già nella legge delega in base alle quali: a) gli standard formativi definiti dalle “linee guida” non dovranno costituire un requisito di accesso all'esercizio della professione: la formazione è ancora troppo “onerosa” per le lavoratrici, i lavoratori e le famiglie. Si rischierebbe di porre un vincolo poco funzionale alla riduzione del lavoro irregolare; b) gli standard formativi nazionali dovranno essere armonizzati con i livelli di inquadramento oggi presenti coi livelli presenti nella contrattazione collettiva nazionale comparativamente più rappresentativa.

Per evitare il rischio di “ingessare” una figura che opera sul libero mercato, e che deve mantenere elementi di flessibilità nel ruolo e nell'aderenza ai bisogni (poco codificati e spesso mutevoli) delle famiglie come datori di lavoro, la definizione di standard formativi mediante “linee guida” univoche richiederà di definire standard formativi *minimi* e competenze *minime* per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza a persone anziane a domicilio. Essi potranno essere integrati con standard formativi *avanzati*, e rispettive competenze, secondo la logica di un percorso formativo costruito per moduli e aperto, con la possibilità di aggiungere competenze nel tempo. La differenziazione degli iter sia in base alle abilità già possedute, sia in base a “specializzazioni” diverse, è fondamentale ad esempio in merito a specifiche problematiche assistenziali complesse, quali le demenze e le malattie neurodegenerative. Tale doppio livello dovrà prestare un'attenzione particolare ai seguenti elementi:

- a) la durata (numero di ore) del percorso base non deve essere percepita come un onere eccessivo rispetto al risultato da conseguire, sia per gli assistenti familiari che per le famiglie. Lo scarso grado di “attrazione” della formazione è uno dei problemi che fino a oggi ha afflitto l'offerta formativa in questo settore;
- b) le diverse modalità possibili della formazione, che possono integrarsi: in aula, con lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche / laboratoriali; a distanza, eventualmente anche in modalità asincrona; con previsione di moduli di tirocinio a domicilio o in strutture idonee all'acquisizione delle competenze;
- c) I requisiti di accesso ai corsi di formazione dovranno essere inclusivi. Requisiti quali quello della pregressa residenza in una determinata Regione, della certificazione equivalente di titoli esteri o di certificazioni specifiche per il riconoscimento della lingua italiana rischiano di risultare discriminatori e limitare l'accesso alla formazione.

L'accertamento delle competenze avviene all'esito del percorso formativo e sia per il percorso di base che per quelli avanzati verrà rilasciato un attestato di competenza. È prevista la possibilità di

riconoscere le competenze pregresse, acquisite sul campo, anche al di fuori dei percorsi formativi riconosciuti o comunque attraverso percorsi formativi “rimodulati”: molte assistenti familiari fanno questo lavoro da molti anni e va preso in considerazione il fatto di validare le competenze acquisite sul campo.

Lo sviluppo di un’adeguata offerta formativa e, ancora più, quello di una “cultura della formazione” richiede un approccio graduale. Per questo sarà necessario definire, tramite l’azione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) e quella delle Regioni, adeguati obiettivi di servizio, incentivi oltre che interventi di monitoraggio e verifica dell’attuazione dei percorsi formativi e della loro efficacia.

Per il Decreto:

Vengono introdotti standard formativi nazionali per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell’assistenza a persone anziane non autosufficienti. Tali standard formativi sono finalizzati alla qualificazione professionale del lavoro privato di cura ma non costituiscono un requisito di accesso per l’esercizio della professione.

Gli standard formativi nazionali per gli assistenti familiari sono definiti in linea con la contrattazione collettiva nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativa. Si precisa che la qualificazione professionale dell’assistente familiare non è comparabile alla formazione di operatori socio-sanitari e non comporta l’automatico inquadramento a livelli contrattuali superiori a quelli in possesso previa certificazione.

Si adottano entro sei mesi dall’emanazione del presente provvedimento le “Linee guida” nazionali di definizione degli standard formativi per gli assistenti familiari, già previste dalla legge 33/2023 (art. 5, comma 2). Esse saranno approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni: a tal fine, verrà avviato - in seguito all’adozione dei decreti attuativi - un approfondito confronto con le Regioni, per finalizzare l’articolazione puntuale degli standard formativi e i contenuti delle competenze per gli assistenti familiari sulla base delle linee di indirizzo definite dai decreti attuativi e di seguito riportate.

- a) Le “linee guida” nazionali prevedono standard formativi minimi e quindi competenze minime per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell’assistenza a persone anziane a domicilio, da integrare con standard formativi avanzati e rispettive competenze, secondo la logica di un percorso formativo costruito per moduli e aperto. A tale doppio livello corrisponderanno, rispettivamente, percorsi formativi di base e percorsi avanzati (o di secondo livello). L’approccio è quello europeo dei “*learning outcomes*”, ovvero della definizione di “risultati di apprendimento” che si possono raggiungere progressivamente nel tempo e mediante diversi tipi di standard di verifica.
- b) I contenuti delle competenze relative agli standard formativi minimi riguardano:
 - elementi di contesto: diritti e doveri del lavoratore; quotidianità, contesto sociale e istituzionale dell’anziano (e.g. organizzazione del sistema sociosanitario, collaborazione con altri operatori e figure professionali); principi di etica professionale, con particolare

riferimento alla umanizzazione delle cure (riconoscimento dell'importanza dei valori come la dignità, l'autonomia, la qualità della vita, la privacy);

- gestione e governo dell'ambiente di vita dell'anziano (e.g. mansioni di pulizia, cura e manutenzione ordinaria della casa, attività di lavaggio e sanificazione di indumenti e tessuti, disbrigo di pratiche burocratiche non complesse relative alla casa);
- cura dei bisogni fondamentali della persona anziana (e.g. igiene personale, alimentazione, preparazione e assunzione dei pasti, deambulazione e mobilitazione, vestizione e cura dell'abbigliamento, accompagnamenti sul territorio e disbrigo di commissioni);
- controllo dello stato di salute della persona anziana (e.g. verificare la corretta assunzione dei farmaci prescritti, segnalazione di stati sanitari rilevanti, collaborazione con la famiglia e altri interlocutori per i servizi di assistenza);
- supporto della persona anziana nella comunicazione e nelle relazioni, in attività ludico-ricreative, anche fuori dal contesto domestico, e in attività di comunicazione relazionale per il mantenimento cognitivo;
- gestione della transizione tecnologica e digitale nelle attività di cura;
- sicurezza e gestione di emergenze;
- lingua italiana, privilegiando l'apprendimento del lessico particolare del lavoro di cura.

I contenuti delle competenze relative agli standard formativi avanzati potranno riguardare diverse aree di intervento associate a problematiche assistenziali complesse. È da considerarsi vincolante la definizione di standard formativi avanzati in relazione alle seguenti aree di intervento: 1) lavoro con persone affette da morbo di Alzheimer e demenza senile, 2) sclerosi laterale amiotrofica, 3) Parkinson e difficoltà deambulatoria.

La normativa regionale in tema di qualificazione del lavoro privato di cura e i riferimenti nazionali oggi esistenti, quali quelli previsti nelle Aree di Attività (ADA) dell'Atlante nazionale delle professioni di INAPP e dalla normativa UNI 11766, potranno essere utilizzati quale base per la definizione dei contenuti delle competenze associate agli standard formativi da approvarsi tramite "linee guida" e l'ulteriore specificazione di attività, abilità, conoscenze e risultati attesi, oltre che per l'articolazione dettagliata dei corsi e dei processi di certificazione delle competenze.

- c) I requisiti per l'accesso al percorso formativo di base prevedono l'aver compiuto 18 anni al momento dell'iscrizione al corso e il superamento di un colloquio attitudinale svolto dall'ente di formazione. Per gli stranieri viene inoltre richiesto il possesso di regolare permesso di soggiorno e una conoscenza base della lingua italiana, da valutarsi in sede di colloquio attitudinale e con la previsione di azioni di supporto all'ottenimento dei requisiti di accesso, in caso questi fossero assenti al momento del colloquio.

I requisiti per l'accesso al percorso formativo avanzato prevedono l'ottenimento delle competenze previste per il corso di base, oltre che adeguate motivazioni personali e professionali, sempre da valutarsi in sede di colloquio attitudinale.

- d) La durata dei percorsi formativi sarà definita dalle "linee guida" nazionali. Indicativamente per il percorso di base sarà di 100 ore totali, con un minimo di 50 ore di lezione d'aula e 20 ore di esercitazioni pratiche/momenti laboratoriali (e con le rimanenti 30 ore che potranno essere declinate liberamente a livello territoriale). La formazione a distanza, anche asincrona, potrà essere prevista per non più del 50% delle ore totali d'aula. La durata prevista per i corsi avanzati è, per ognuna delle 3 aree di intervento degli standard formativi avanzati sopra

definiti come vincolanti (Alzheimer e demenze, SLA, Parkinson e difficoltà deambulatoria), oltre che per eventuali altre, di 12 ore di teoria più 20 di esercitazioni pratiche/momenti laboratoriali, anche a domicilio o in strutture idonee all'acquisizione delle competenze previste. Gli assistenti familiari potranno scegliere di frequentare uno o più percorsi formativi avanzati, nell'ottica dell'approccio modulare alla formazione basato su "risultati di apprendimento" di cui alla lettera a).

e) Quando prevista, la formazione a distanza e in modalità asincrona dovrà comunque prevedere modalità di controllo in itinere circa la frequenza ai diversi moduli previsti oltre che garanzie di sostegno e accompagnamento durante il percorso formativo. All'esito dei percorsi formativi e avanti a una commissione o team di esperti avviene l'accertamento finale delle competenze (esame o verifica degli standard), sia per il modulo di base sia per i moduli avanzati, e verranno rilasciati i relativi attestati di competenza.

f) È prevista la possibilità di riconoscere le competenze pregresse, acquisite sul campo, anche al di fuori dei percorsi formativi riconosciuti o comunque attraverso percorsi formativi "rimodulati", sulla scorta della normativa nazionale vigente (Decreto Legislativo 13/2013) in tema di Individuazione, Valorizzazione e Certificazione delle competenze (IVC), in coerenza alle direttive europee.

g) Le Regioni favoriscono e incentivano la formazione degli assistenti familiari. Per questo è opportuno che i percorsi formativi siano gratuiti e vengano attivati al livello territoriale di ATS, in raccordo con i PUA e con i Comuni e, dove necessario, comprendendo anche articolazioni a livello comunale, il più prossimo agli anziani e alle famiglie. Le Regioni normeranno la governance che permetterà la realizzazione di Piani formativi efficaci e capillari (si veda il successivo Punto 'h'). Cruciale è la costruzione di una governance tra servizi dedicati, là dove presenti, tra cui quelli per l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari (di cui alla Legge 234/2021, comma 162, lettera c), enti di formazione professionale ed enti locali.

Sarà inoltre importante favorire il raccordo tra assistenza domiciliare (di cui alla Legge 234/2021, comma 162, lettera a) e assistenza prestata da assistenti familiari, prevedendo forme di tutoring e/o percorsi di affiancamento da parte di figure professionali quali ASA, OSS, assistenti sociali; ma anche attraverso la promozione dei percorsi formativi da parte dei servizi di assistenza domiciliare che entrano in contatto con anziani e famiglie che ricevono supporto da assistenti familiari.

h) Le Regioni provvedono alle funzioni di monitoraggio e verifica dei percorsi formativi, nelle diverse fasi del loro sviluppo: promozione, attuazione, certificazione. A tal fine, le Regioni definiranno – sulla base di obiettivi di servizio e incentivi alla formazione forniti dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della Popolazione anziana (CIPA) - un Piano regionale biennale di formazione per assistenti familiari. Tale Piano costituirà a sua volta il riferimento per le azioni di monitoraggio e verifica che il CIPA intraprenderà per valutare lo stato di attuazione e l'efficacia dei percorsi formativi attivati a livello regionale. Tra gli obiettivi di servizio forniti dal CIPA rientra il completamento della formazione di base per tutti gli assistenti familiari in regola entro il 2028, obiettivo di cui le Regioni dovranno verificare il raggiungimento. In una logica simile, in una prospettiva di lungo periodo e comunque sulla base dei dati di monitoraggio e verifica raccolti dal CIPA al 2028, potrà essere valutata l'opportunità di porre vincoli formativi per la fruizione della PU quale strumento

incentivante la formazione. Tra gli incentivi, invece, che sempre in una logica di lungo periodo il CIPA potrà considerare, rientra quello dell'introduzione di un rimborso spese forfettario da percepire a fine percorso, per incentivare ulteriormente la partecipazione ai percorsi formativi, anche per lavoratori e lavoratrici senza contratto.



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

8.

MONITORAGGIO

Articolo 2, comma 3, lettera c), d); Articolo 4, comma 3, lettera e)

Davide Vicari, Milena Vainieri, Laura Pelliccia

24 ottobre 2023

Indice

PRIMA PARTE – IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

1. Sintesi della proposta operativa
2. Razionale della proposta
3. Cosa misurare?
4. Chi misurare?
5. Quali fonti informative?
6. Chi effettua la misurazione?
7. Tempi
8. Come comunicare

SECONDA PARTE – LA GRIGLIA FABBISOGNI RISPOSTE: UNA PROPOSTA PER UN MONITORAGGIO MIRATO ED EFFICACE

1. Il contesto di partenza: perché gli attuali sistemi di monitoraggio non riescono a dire se un territorio sta fornendo risposte adeguate?
2. Ad ogni tipo di bisogno la propria risposta
3. Il meccanismo operativo della Griglia

PRIMA PARTE – IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Verso un sistema di misurazione della performance della Long-Term Care in Italia. Linee operative per la costruzione del sistema di monitoraggio previsto dalla Legge 33/2023

1. Sintesi della proposta operativa

Premessa

La Legge 33/2023 ha auspicato in vari passaggi, l'integrazione tra i sistemi informativi e la costruzione di un apposito sistema nazionale di monitoraggio⁴⁶ dell'assistenza per le persone anziane non autosufficienti, riconoscendo l'esigenza di osservare e valutare gli interventi rivolti a questo specifico target. Di seguito, nella prospettiva dell'imminente elaborazione dei relativi decreti attuativi, si sviluppa una proposta operativa, definita a partire dallo stato dell'arte esistente, alla luce delle raccomandazioni scientifiche internazionali.

La proposta prevede un'implementazione graduale del nuovo sistema nazionale di monitoraggio della LTC, anche per tenere conto dello stato di avanzamento degli altri elementi della riforma (ad esempio la disponibilità informativa derivante dall'avvio di un sistema unico di valutazione offrirà una rappresentazione della domanda espressa di LTC, consentendo di stratificare la popolazione di ogni regione in base all'intensità del bisogno di LTC).

Il valore aggiunto per la governance, di un sistema di monitoraggio dedicato, specifico integrato:

- Pur continuando ad esistere le diverse filiere istituzionali (sanità/sociale/interventi di competenza del sistema centrale) si potrà disporre di un processo periodico per “fare sintesi” dell'assistenza di ciascun territorio, quale risultato dell'interazione delle diverse filiere.
- Il monitoraggio sarà espressamente mirato alla LTC, considerando le specificità di questo settore: pur preservando i sistemi esistenti (ad esempio, per la sanità la metodologia NSIG), essi saranno affiancati un sistema in grado di leggere le peculiarità delle esigenze degli anziani (ad. esempio, oltre agli indicatori sulla generica Adi, saranno sviluppati indicatori più selettivi sulla relativa quota rivolta alla LTC); anche per gli interventi sociali sarà possibile verificare lo stato di avanzamento, coerentemente con la progressiva implementazione dei LEPS.
- Si potrà tenere conto delle diverse dimensioni dell'assistenza (non solo quanti sono gli assistiti ma anche quale intensità di assistenza essi ricevono, l'appropriatezza rispetto ai bisogni, la qualità ecc.), secondo quanto raccomandato a livello internazionale.
- Il monitoraggio considera tutta la filiera dei servizi di diversa natura (cash/servizi) e setting (domiciliare/residenziale).
- Gli organi che la legge individua per la governance (CIPA), potranno utilizzare i risultati del monitoraggio, per assegnare specifici obiettivi di miglioramento ai singoli territori; i vari responsabili della programmazione a livello locale (Comuni, ASL, Regioni) saranno

⁴⁶ Questa proposta si focalizza non tanto sui meccanismi di monitoraggio dell'attività erogata dalle singole strutture funzionali ai processi di accreditamento/convenzionamento bensì al monitoraggio istituzionale per il monitoraggio integrato tra tutti i soggetti competenti alla valutazione.

incoraggiati, nel proprio contesto territoriale alla costruzione di strategie assistenziali integrate, dovendo rispondere in forma congiunta al monitoraggio.

La fattibilità operativa e il raccordo con gli attuali sistemi

- Si prevede il coinvolgimento nelle varie fasi di tutti i diversi livelli di governo e la loro partecipazione alla definizione della metodologia.
- La scelta della metodologia (dimensioni da monitorare, indicatori, soglie di accettabilità/adequazione dei risultati) avverrà attraverso il raccordo tra il mondo istituzionale e il mondo scientifico.
- L'implementazione operativa avverrà facendo attenzione al rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, cercando soluzioni che contemperino il diritto alla protezione con le esigenze di interoperabilità, per costruire quella lettura integrata del patrimonio informativo necessaria per migliorare i processi di conoscenza dei bisogni e la relativa governance.

La road map per l'implementazione. I decreti attuativi dovranno disegnare un processo di implementazione che si sviluppa nelle seguenti fasi:

- prima fase: ricognizione dell'esistente (fotografia alla luce dei monitoraggi esistenti);
- seconda fase: sperimentazione del nuovo sistema di indicatori, relativa validazione. Sarà testata la possibilità di utilizzare questo strumento non solo ai fini osservazionali ma anche ai fini valutativi e i relativi sistemi di rappresentazione dei risultati;
- terza fase: definizione del processo di monitoraggio a regime (ruoli, implicazioni della valutazione);
- quarta fase: definizione dei meccanismi di revisione del processo di monitoraggio, nell'ottica del miglioramento continuo

Quali saranno gli strumenti disponibili a regime?

- Piattaforma unica di pubblicazione del sistema di indicatori "cuore" della LTC, con relativa rappresentazione e interpretazione per agevolare la lettura da parte di tutti gli stakeholder.
- Nell'ambito della predetta piattaforma, sarà rappresentato un confronto tra i livelli di fabbisogno dei vari territori (così come rilevato dalla valutazione unica nazionale secondo la logica della stratificazione della popolazione) e le relative risposte assistenziali (griglia Fabbisogni-Risposte).
- A partire dai risultati del sistema di monitoraggio, verrà prodotto, su incarico del CIPA, un Rapporto periodico per riferire lo stato dell'arte del settore.

2. Razionale della proposta

Obiettivo

Evidenziare gli elementi necessari per costituire un efficace sistema di misurazione e valutazione della performance della Long-Term Care in Italia. Il sistema di misurazione della performance ha come obiettivo un monitoraggio periodico degli indicatori sulla Long-Term Care, al fine di identificare le aree di intervento da apportare nei territori divenendo uno strumento che favorisce il dialogo e la governance di un settore frammentato e trasversale al sociale, sociosanitario e sanitario.

Contesto

L'importanza della misurazione della performance dei servizi pubblici è richiamata in diversi atti normativi.

È importante misurare la performance dei servizi pubblici⁴⁷ per valutare se l'ente che eroga il servizio o l'insieme di enti che deve fornire una risposta ai bisogni della popolazione hanno svolto bene la loro missione; per controllare e fornire indirizzi; per fissare degli obiettivi di miglioramento; per motivare il personale che lavora nelle organizzazioni; per promuovere iniziative supportate da evidenze empiriche; per valorizzare i buoni risultati e per imparare dagli enti e organizzazioni che riescono ad avere risultati migliori.

Dagli anni 2000 sempre più paesi e sempre più organizzazioni internazionali hanno iniziato a misurare la performance dei servizi sanitari. Già nella seconda metà del 1900 erano stati sviluppati i primi modelli concettuali per misurare la performance dei servizi sanitari. In particolare, Donabedian (1966) distingueva tre domini principali: struttura, processo e risultati. Da allora diversi modelli sono stati sviluppati, ciascuno mette in risalto un aspetto particolare da misurare o un metodo di valutazione e presentazione dei risultati diverso⁴⁸. Tutti prevedono comunque la misurazione di più dimensioni.

Se nel settore sanitario vi sono esperienze e sistemi di misurazione e valutazione maturi e consolidati a diversi livelli di governo (nazionale, PNE e NSG; regionale il sistema di valutazione della performance del network delle regioni; locale, i sistemi di budget aziendali); per la LTC nel suo insieme la misurazione è più frammentata. È presente la componente sanitaria all'interno dei sistemi già in uso, sono presenti diversi rapporti e indagini che fotografano ambiti specifici relativi all'aspetto assistenziale non sanitario, ma manca una visione d'insieme. Misurare, applicare gli strumenti e le metodologie della valutazione e saperli utilizzare bene richiede attenzione e professionalità. L'esperienza di sistemi performance-based in vari contesti, ma soprattutto nel settore sanitario, più vicino a quello che si vuole analizzare, ha evidenziato che un utilizzo distorto o non attento degli elementi essenziali dei sistemi di misurazione e valutazione può portare a disfunzioni e conseguenze inattese conosciute anche come il paradosso della performance (performance paradox)⁴⁹. Dall'altro lato, sono presenti esperienze di successo in cui sono presenti caratteristiche comuni come la multidimensionalità, il benchmarking, la pubblicazione dei risultati, la condivisione delle misure, la tempestività dei risultati e così via⁵⁰.

⁴⁷ Behn, R. D. (2003), Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures Public Administration Review, September/October 2003, Vol. 63, No. 5

⁴⁸ Si vedano, tra gli altri, Aidemark 2001; Arah et al. 2006; Ballantine, Brignall e Modell 1998; Expert Group on Health Systems Performance Assessment 2016; Leggat et al. 1998; Murray e Frenk 2000; Nuti et al. 2016, 2018.

⁴⁹ Wadmann et al 2013; Adinolfi & Borgonovi 2018.

⁵⁰ Nuti et al. 2018, Vainieri et al. 2018, Willington et al. 2022.

Al fine di costruire un sistema di misurazione della LTC valido a livello nazionale e regionale è necessario rispondere alle seguenti domande:

- Cosa misurare? (Cosa si vuol misurare e per quale fine)
- Chi misurare? (A quale livello di granularità si vuole arrivare)
- Quali fonti informative? (Le fonti informativi disponibili o da attivare)
- Chi effettua la misurazione? (Il soggetto deputato a gestire il monitoraggio)
- Ogni quanto tempo? (La cadenza della misurazione)
- Come comunicare? (La pubblicità dei risultati e la modalità di rappresentazione)

3. Cosa misurare?

La Commissione Europea definisce la Long-Term Care come una serie di servizi e di assistenza per le persone che, a causa della fragilità mentale e/o fisica e/o della disabilità per un periodo di tempo prolungato, dipendono dall'aiuto nelle attività della vita quotidiana e/o hanno bisogno di assistenza infermieristica permanente⁵¹.

Uno studio dell'OECD e della Commissione europea suggerisce tre dimensioni di qualità per il settore:

- efficacia dell'assistenza e sicurezza (quali, ad esempio, i tempi di attesa, il polipharmacy, gli accessi in PS);
- centralità del paziente (quali, ad esempio, le misure sulla qualità di vita);
- integrazione dell'assistenza (quali, ad esempio, le misure di coordinamento tra i diversi professionisti).

A queste tre dimensioni che costituiscono gli elementi di un servizio di qualità nella LTC si possono aggiungere altre dimensioni quali:

- le risorse strutturali (quali, ad esempio, le misure sul personale per abitante, sui posti letto in strutture specifiche), ovvero indicatori sul processo assistenziale;
- l'equità nell'accesso e nelle cure (quali ad esempio, la variabilità nell'accedere ai servizi per area geografica o per livello socio-economico), le eventuali barriere per accedere (tempi di attesa, rinuncia all'assistenza per impossibilità di sostenere le compartecipazioni);
- la capacità di rispondere ai bisogni di LTC espressi dagli utenti che accedono alla valutazione;
- l'efficienza nell'utilizzo delle risorse e l'appropriatezza (quali, ad esempio, la degenza media in setting per acuti; l'utilizzo sistematico (non occasionale) di un setting assistenziale di più alta intensità rispetto al bisogno espresso dalla matrice in sede di valutazione unica);
- gli esiti dei processi assistenziali: estensione ai servizi di LTC della logica della valutazione degli outcome (vedi PNE);
- l'impatto sulla società (qui, ad esempio, possono essere inseriti indicatori legati ai caregiver ma anche indicatori che evidenziano lo sviluppo economico indotto dalla LTC, i benefici dei servizi di LTC per l'intero sistema sanitario, es. riduzione degli accessi inappropriati in PS).

⁵¹ European Commission:

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=792#:~:text=Long%2Dterm%20care%20consists%20of,of%20some%20permanent%20nursing%20care.>

Queste dimensioni sono trasversali e possono riguardare più setting assistenziali usufruiti dall'utente che necessita di assistenza LTC: dall'assistenza domiciliare all'assistenza residenziale.

Le misure da introdurre per queste dimensioni sono da condividere con esperti del settore, gestori e sulla base delle fonti informative a disposizione (si veda il punto specifico sulle fonti). Ogni indicatore deve essere corredato di una sua scheda di calcolo contenente il rationale e l'eventuale parametro standard per una sua valutazione.

Per poter utilizzare il sistema di misurazione come uno strumento integrato a meccanismi di incentivazione e valutazione è necessario un processo di validazione delle misure e di analisi dei risultati al fine di definire soglie e target da attribuire ai singoli indicatori.

4. Chi misurare?

Nell'erogazione dei servizi relativi alla Long-Term Care sono coinvolti più livelli di governo e molteplici soggetti giuridici pubblici e privati. In questa fase si suggerisce di utilizzare il livello di governo regionale.

Ulteriori livelli da misurare, potrebbero essere le ASL e i Distretti-ATS.

5. Quali fonti informative?

A livello nazionale sono presenti diversi flussi e indagini che possono essere utilizzate per alimentare il sistema di misurazione della LTC.

Sicuramente in ambito sanitario è possibile far riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e i dati derivanti dal Piano Nazionale Esiti (PNE). Come ulteriore elemento sarà possibile consultare i dati Istat e i dati INPS, oltre ai principali flussi informativi nazionali disponibili sul tema. La costruzione degli indicatori dovrà avvenire nel rispetto della normativa GDPR. È auspicabile la possibilità di calcolare indicatori attraverso il record linkage dei flussi per avere informazioni che meglio possano fotografare il percorso di assistenza e cura.

La lettura dei livelli di LTC erogati dalle regioni presuppone la classificazione dell'offerta regionale attraverso nomenclatori nazionali comuni che consentano di ricondurre gli interventi locali - a prescindere dalla denominazione regionale - a categorie fluide omogenee: occorre suddividere le risposte locali in categorie comuni ponendosi la domanda "quale tipologia di bisogno di LTC soddisfa l'intervento"? (es. è un intervento per le persone con parziale perdita dell'autonomia o per le persone con elevato livello di compromissione?). La classificazione dovrà tener conto dell'intensità assistenziale⁵². Si tratta di un lavoro propedeutico alla costruzione della Griglia Fabbisogni-Risposte.

Di seguito una prima rassegna delle fonti informativi già disponibili a livello nazionale sui servizi o sulle strutture offerte agli anziani e non autosufficienti:

⁵² Per gli interventi sanitari già esistono sistemi di classificazione (es. SIAD, FAR), si tratta di ricondurli a categorie di bisogno (es. non si può considerare un'assistenza domiciliare del livello CIA zero come servizio per la LTC). Per gli interventi sociali occorre costruire un sistema di classificazione degli interventi che permetta di targetizzare in base all'intensità erogata (es. ore per caso) e di distinguere tra interventi a sostegno dell'assistenza formale/informale e in base alla qualificazione/regolarizzazione degli operatori. Si potrebbe intanto partire con l'analisi degli interventi per gli anziani finanziati dal FNNA

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
Flusso Siad	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Dato consolidato presso NSIS a livello annuale	Informazioni sugli eventi di attività domiciliare, sull'intensità assistenziale, sulle date e sulla valutazione multidimensionale
Rilevazione Fls21	Invii periodici dalle aziende alle regioni annuali. Dato consolidato attraverso l'Annuario Statistico del SSN a livello annuale	Informazioni sugli eventi di attività domiciliare (numerosità utenza, numerosità accessi/ore per figura professionale)
Flusso Far	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Dato consolidato presso NSIS a livello annuale	Informazioni sugli eventi di attività residenziale, sull'intensità assistenziale, sulle date e sulla valutazione multidimensionale
Rilevazione STS 24	Invii periodici dalle aziende alle regioni annuali. Dato consolidato attraverso l'Annuario Statistico del SSN a livello annuale	Informazioni sull'attività di assistenza semiresidenziale e residenziale erogate ai pazienti anziani (utenti, posti, giornate, liste d'attesa)
Flusso Sdo	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Dato consolidato presso NSIS a livello annuale	Informazioni sugli eventi di ricovero, diagnosi, interventi, e sulle date di ingresso, dimissione, intervento e tipo di dimissione
Flusso Sism	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Dato consolidato presso NSIS a livello annuale	Informazioni sulle prestazioni erogate dai servizi psichiatrici
Assistenza farmaceutica	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Informazioni aggregate presenti nel rapporto OSMED	Informazioni su medicinali erogati dal Ssn tramite farmacia o distribuzione diretta
Specialista ambulatoriale	Invii periodici dalle aziende alle regioni infra-annuali. Dato consolidato presso NSIS a livello annuale	Informazioni su prestazioni a carico del Ssn relative a laboratorio, visite specialistiche e altre prestazioni ambulatoriali e diagnostiche

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
Indagine Passi d'argento	Quando è attiva l'indagine	L'istituto superiore di sanità cura l'indagine campionaria Passi, gestita dalle Asl, su stili di vita e condizioni di salute nella popolazione di 18-69 anni. "Passi d'argento" è mirata ai maggiori di 64 anni, e nel 2020 sarà attivata in tutte le Regioni
Indagine Multiscopo - Istat	Quando è attiva l'indagine	L'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" fa parte di un sistema integrato di indagini sociali – le indagini multiscopo sulle famiglie - e rileva informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie. Le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno
Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati - Istat	Ogni anno	La rilevazione sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle politiche di welfare gestite a livello locale. In particolare, i dati raccolti riguardano il numero di utenti e le spese impegnate per i servizi sociali gestiti dai Comuni (singolarmente o in forma associata), dalle Province, dalle Regioni e da altri Enti territoriali che affiancano o sostituiscono i Comuni in questa funzione. Le informazioni raccolte riguardano inoltre l'assetto territoriale dell'offerta, le quote pagate dalle famiglie e dal Ssn come compartecipazione alla spesa per i servizi erogati, le fonti di finanziamento della spesa

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	Ogni anno	<p>L'indagine rileva l'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e le tipologie di utenti in esse assistite, permettendo di documentare in maniera più puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale (Regolamento n. 1338/2008).</p> <p>In particolare, l'indagine, che ha una cadenza annuale, rileva tutte le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o sociosanitario</p>
Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici	Ogni anno	L'indagine produce statistiche sui trattamenti pensionistici e fornisce un quadro sul numero e sull'importo delle pensioni erogate in base alle classificazioni per tipologia e per funzione economica
Rapporto "Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema sociosanitario" – Ragioneria dello Stato	Ogni anno	Il Rapporto è dedicato alla presentazione dei risultati delle previsioni di medio e lungo periodo della spesa pubblica in rapporto al PIL per pensioni, sanità ed assistenza alle persone non autosufficienti (long-term Care - LTC)
Indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati"	Una volta l'anno	Gli Enti gestori dei servizi sociali inviano a Regioni e Istat dati su utenti, interventi e spesa, divisi per area di problemi e utenza
Questionario sui fabbisogni standard dei Comuni	Una volta l'anno	Include anche interventi dei servizi sociali, popolati dai Comuni di norma con gli stessi dati usati per l'indagine della riga precedente

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	Una volta l'anno	I gestori delle strutture residenziali inviano a Regioni e Istat dati sul presidio e sull'utenza ricoverata a qualunque titolo, anche pagante in proprio
Casellario dell'assistenza (ora Siuss)	Ogni 3 mesi	Gli Enti gestori di prestazioni sociali dovrebbero (8) inviare all'Inps utenti e prestazioni, incluse integrazioni delle rette in strutture residenziali, assistenza domiciliare, inserimenti in strutture

Fonte: Nostra elaborazione e Network della Non autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021 - Punto di non ritorno* – (Le esigenze conoscitive - Maurizio Motta pp. 139-140).

6. Chi effettua la misurazione?

Sarà fondamentale individuare il soggetto istituzionale o un ente riconosciuto volto alla misurazione e il monitoraggio della Long-Term Care

Il CIPA definirà e validerà le misure, gli standard e analizzerà i risultati ottenuti tuttavia è necessario identificare anche un soggetto deputato alla raccolta delle informazioni, alla loro trasformazione e soprattutto al processo. Un soggetto che promuoverà anche lo sviluppo e il processo di definizione degli indicatori.

È possibile anche ipotizzare un livello minimo di misure (come NSG Core) misurato in modo diretto dal livello centrale per tutti i livelli di governo e misure da raccogliere attraverso i livelli di governo inferiori a intraprendere analisi più dettagliate (es. regioni)

7. Tempi

È auspicabile la pubblicazione delle informazioni una volta all'anno in relazione anche all'aggiornamento dei flussi (dipende dalle scadenze/aggiornamento dei flussi informativi/fonti).

Il sistema nella fase transitoria:

La prima fase necessita della costruzione e test di un primo set di misure per la LTC. Questo richiede diversi passaggi con tempi che vanno da 18 a 24 mesi:

- identificare un gruppo di esperti da consultare per l'identificazione degli indicatori;
- identificare gli standard per la valutazione;
- selezionare gli indicatori (diversi round);
- individuare le modalità di aggregazione degli indicatori;
- costruire schede di calcolo;
- individuare le modalità di rappresentazione;
- prima simulazione del sistema di misurazione e valutazione;
- disseminazione dei risultati per processo di aggiustamento;

- definizione e costruzione di un sistema web di consultazione.

Una volta testato il sistema di valutazione è possibile procedere alle fasi successive:

- revisione e Calcolo degli indicatori;
- pubblicazione delle informazioni;
- disseminazione dei risultati.

8. Come comunicare

- **Publicare i dati:** è auspicabile che il legislatore preveda la pubblicazione delle informazioni sulla Long-Term Care. La trasparenza, soprattutto nei sistemi pubblici è un elemento importante per innescare i meccanismi di apprendimento (Bevan et al. 2019).
- **Modalità di rappresentazione:** la visualizzazione dei dati è la rappresentazione e la presentazione dei dati per facilitarne la comprensione (Kirk 2016). Nonostante le solide evidenze che dimostrano l'importanza di presentare efficacemente le informazioni sulle performance grazie alla capacità di sintetizzare grandi quantità di dati in grafici efficaci (Ware 2012), l'argomento è stato trascurato dalla ricerca nel settore pubblico (Belle et al. 2022). Tuttavia, il modo in cui le informazioni vengono visualizzate e presentate può alterare in modo significativo le decisioni in materia di informazione, rendendo la visualizzazione dei dati un fattore determinante per la misurazione e la gestione della performance (Belle et al. 2022). Infatti, l'uso di canali di comunicazione appropriati, come un sistema visivo efficace, è fondamentale per creare un impegno a raggiungere le prestazioni desiderate e comportamenti appropriati a tutti i livelli organizzativi (Nutti et al. 2018). Una volta calcolati e valutati tutti gli indicatori selezionati, infatti, è fondamentale definire uno strumento di rappresentazione che possa sintetizzare le informazioni sulle prestazioni in modo chiaro e intuitivo. Negli ultimi anni gli HSPA⁵³ di diversi Paesi europei hanno integrato la visualizzazione grafica delle loro pagelle con un'indicazione di valutazione, ad esempio attraverso l'uso di colori o ideogrammi di base. Un esempio di questo approccio è il Sistema Italiano di Valutazione della Performance Regionale (IRPES - www.performance.santannapisa.it), tenuto e promosso dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Molti sistemi di misurazione della performance sanitaria visualizzano i valori degli indicatori senza fornire ai decisori politici, o agli altri stakeholder interessati, una chiara interpretazione del loro significato. Per superare questo limite, negli ultimi anni gli HSPA di diversi Paesi europei hanno integrato la visualizzazione grafica di sintesi con l'indicazione dei livelli di performance. A questo è necessario però accostare una visualizzazione specifica che fornisca non solo una valutazione ma anche il dettaglio dei valori degli indicatori e delle singole componenti come avviene nel Sistema di Valutazione della Performance delle regioni (IRPES - www.performance.santannapisa.it), tenuto e promosso dal laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

- **Sistema dove poter consultare e scaricare le informazioni:** è auspicabile una piattaforma unica di consultazione dei dati relativi alla NNA. L'utente, accedendo alla piattaforma tramite un'identificazione, potrà scaricare i dati suddivisi per regioni e per classi di età, e per tipologia di servizio usufruito.

⁵³ Health System Performance Assessment

SECONDA PARTE – LA GRIGLIA FABBISOGNI RISPOSTE: UNA PROPOSTA PER UN MONITORAGGIO MIRATO ED EFFICACE

1. Il contesto di partenza: perché gli attuali sistemi di monitoraggio non riescono a dire se un territorio sta fornendo risposte adeguate?

Uno dei compiti principali dei sistemi di monitoraggio è quello di verificare la coerenza tra i bisogni e le relative risposte. I programmi pubblici per gli anziani non autosufficienti meriterebbero un monitoraggio che metta al centro delle diverse dimensioni valutative proprio la capacità delle regioni di rispondere, con i propri interventi, alla domanda di assistenza agli anziani espressa dal proprio territorio. La L. 33/2023 intende promuovere tale logica nell'ambito delle funzioni di programmazione integrata affidate al CIPA (Art. 3 c. 2 c)).

Attualmente nel nostro Paese manca un processo unitario di monitoraggio dedicato all'assistenza agli anziani non autosufficienti. Gli strumenti di monitoraggio istituzionale già implementati, ad esempio in ambito sanitario la “Griglia Lea” (ora Nuovo Sistema di Garanzia, NSG) non sembrano sufficientemente adeguati a verificare la corrispondenza tra i bisogni legati alla mancanza di autonomia e le relative risposte dei SSR.

Tra i limiti del NSG quello di non assicurare la necessaria specificità (ad esempio, non ci sono indicatori “core” sull'assistenza domiciliare agli anziani). Un ulteriore limite è quello di offrire indicatori che misurano alcuni servizi rientranti nei Lea, senza tuttavia consentire un confronto mirato rispetto alle esigenze specifiche legate ai livelli di non autosufficienza presente in ciascun territorio: questo perché non sono stati avviati processi nazionali di misurazione del livello di bisogno legato alla non autosufficienza e di relativa stratificazione della popolazione rispetto alle limitazioni funzionali.

L'avvento del PNRR non ha modificato tali limiti, dal momento che il relativo sistema di monitoraggio ha adottato un unico indicatore monodimensionale (il mero numero di anziani assistiti in ADI), incapace di rappresentare il livello di bisogno di ogni territorio e l'adeguatezza delle relative risposte (tutti gli anziani presi in carico sono parificati, indipendentemente dall'intensità delle risposte).

Infine, il sistema vigente è incompleto non soltanto perché manca un monitoraggio degli interventi di carattere socio-assistenziale, ma anche perché non consente di pervenire a una valutazione integrata delle due filiere sanitaria e sociale.

2. Ad ogni tipo di bisogno la propria risposta

A) Classificare la domanda

Si propone di introdurre, nell'ambito del monitoraggio previsto dalla Legge 33, la logica della stratificazione dei bisogni legati alla non autosufficienza. Si tratterebbe di attuare quanto già previsto dallo stesso DM 77: questo provvedimento ha fatto della stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali il cardine per la costruzione del modello della nuova sanità territoriale. Il DM sulla nuova sanità territoriale prevede che gli assistiti, sulla base delle condizioni cliniche/sociali (tra cui anche la presenza di limitazioni funzionali) e del relativo bisogno/intensità assistenziale, siano classificati su 6 differenti livelli di stratificazione del rischio. Le risposte assistenziali (presa in carico e progettazione degli interventi) devono essere differenziate sulla base del livello di rischio emerso dalla valutazione.

Si propone di mutuare ai fini del monitoraggio previsto dalla Legge 33 le logiche del DM77 per stimare il fabbisogno assistenziale relativo agli anziani di ogni regione.

Il primo passaggio è dunque quello di conoscere come si distribuisce la popolazione di ciascuna regione per profilo di non autosufficienza, avendo in mente che tale condizione si presenta con diverse sfumature, di cui è necessario tenere conto (sarebbe sbagliato aspettarsi livelli di risposte uguali per tutti i non autosufficienti).

Finora le comparazioni tra il livello di bisogno delle regioni erano impedito dall'assenza di scale di valutazione uniformi a livello nazionale. Lo SNAA interviene sulle lacune nella lettura della domanda prevedendo l'introduzione della Valutazione Nazionale unificata quale strumento comune in tutto il Paese per raccogliere informazioni omogenee sui bisogni degli assistiti. Questa disponibilità informativa dovrebbe dunque costituire il patrimonio informativo per stratificare gli anziani delle regioni.

B) Classificare l'offerta/le risposte

Per confrontare le risposte assistenziali delle varie regioni è necessario poter fare riferimento a una classificazione comune del sistema di offerta locale che superi le differenze esistenti tra territorio e territorio nel denominare lo stesso servizio (si pensi ad esempio alla residenzialità per anziani, servizio che da regione a regione assume nomi estremamente diversi).

Tale mappatura dovrà considerare le diverse tipologie di interventi locali, indipendentemente dalla filiera di appartenenza (sociale o sanitaria), includendo tutte le tipologie di servizi (diurni/residenziali e domiciliari); anche gli interventi tramite voucher e i buoni rientreranno nel perimetro, nell'ottica di una globale ricomposizione delle politiche dirette allo stesso target (per questo motivo è auspicabile includere anche gli interventi per gli anziani attivati con il Fondo non Autosufficienza). Per decidere se un intervento rientra nel perimetro dello SNAA occorre verificare se esso ha come obiettivo prevalente quello di rispondere al bisogno della non autosufficienza.

In secondo luogo, occorre classificare gli interventi in base al profilo di bisogno di LTC cui si rivolgono, creando categorie omogenee di risposte regionali per profilo di intensità. In altre parole, si tratta di individuare, sulla base di un glossario condiviso tra le regioni, una serie di criteri con cui ricondurre a categorie funzionali omogenee gli interventi regionali, secondo definizioni fluide ma significative (a quale tipo di bisogno di LTC risponde quel determinato servizio?).

Ad esempio, per quanto riguarda gli interventi domiciliari, per essere qualificabili come interventi dello SNAA, occorrerà che essi garantiscano una soglia minima di durata/continuità nel tempo e

intensità, altrimenti non potranno essere qualificabili come servizi per gli anziani non autosufficienti.

3. Il meccanismo operativo della Griglia

Disporre di una stratificazione degli assistiti e di una classificazione funzionale degli interventi assistenziali consente di fare confronti tra il fabbisogno assistenziale atteso - data la stratificazione dei propri assistiti risultante dalla valutazione di responsabilità statale - e il livello di interventi effettivi erogati dalle regioni.

Dopo che sarà definita, attraverso un percorso condiviso tra i vari livelli di Governo, la griglia degli abbinamenti tra i profili di bisogno impiegati per la stratificazione della domanda e le categorie di risposte della classificazione dell'offerta, potranno essere calcolati indicatori per rappresentare l'adeguatezza delle risposte effettive al bisogno dei vari territori, anche in una logica comparativa tra regioni.

Si noti che questo processo sarà integrativo rispetto a quelli più generici già previsti dalla normativa di settore (es. NSG).

Inoltre, è necessario precisare che la Griglia non intende sostituirsi agli strumenti di valutazione con cui le regioni continueranno a regolare l'eleggibilità ai propri servizi. La Griglia, infatti, non si presta a valutazioni di appropriatezza rispetto al singolo assistito (non servirà per dire se un singolo caso ha diritto o meno all'assistenza residenziale, ossia le regioni potranno gestire i singoli utenti anche con soluzioni diverse da quelle suggerite dalla Griglia); la funzione della Griglia è invece quella di osservare, sui grandi numeri (il totale degli anziani della regione), gli scostamenti tra atteso e effettivo. È dunque uno strumento per rilevare eventuali situazioni sistematiche di sovraconsumo rispetto ai bisogni o di "mancate risposte/risposte inadeguate". Peraltro, questo approccio di tipo funzionale supera i limiti dei sistemi di monitoraggio che considerano disgiuntamente i servizi residenziali da quelli diurni: non conta tanto il setting, quanto la capacità di rispondere con la giusta intensità, a prescindere dal regime di erogazione (in questo modo è dunque possibile tener conto delle diverse preferenze locali in materia residenzialità/sostegno al domicilio).

In considerazione della novità di questo processo, la sua implementazione richiede gradualità e progressiva valutazione della robustezza della metodologia.

Allo stesso tempo, il CIPA avrà facoltà di scegliere se utilizzare la Griglia come strumento meramente osservazionale oppure se assegnare a tale metodologia anche una valenza valutativa nel quadro dei processi di governance dello SNAA. Tra le potenzialità della Griglia c'è anche quella di individuare le eventuali aree di criticità di ogni regione, al fine di assegnare a ciascun territorio specifici obiettivi di miglioramento per gli esercizi successivi. Il fatto che la valutazione avvenga in modo congiunto tra sanità e sociale dovrebbe spingere gli attori delle varie filiere presenti nei territori a cooperare per raggiungere gli obiettivi prioritari.

In ogni caso la Griglia concorre al più ampio sistema di monitoraggio da implementare ai sensi della Legge 33, secondo l'ipotesi di cronoprogramma descritta nel documento "Verso un sistema di misurazione della performance della Long-Term Care in Italia- Linee operative per la costruzione del sistema di monitoraggio previsto dalla Legge 33/2023".

In sintesi

C'è bisogno di uno strumento per monitorare l'adeguatezza delle risposte assistenziali locali:

- specifico per la non autosufficienza;
- che assicuri integrazione tra sociale e sanitario.

Lo Stato definisce, attraverso un percorso condiviso con le Autonomie locali:

- una metodologia per stratificare la popolazione non autosufficiente sulla base dei risultati della VMD;
- un glossario di classificazione degli interventi locali;
- un elenco condiviso degli interventi appropriati per ogni livello di non autosufficienza.

Periodicamente, per ciascun territorio si confronta:

il livello atteso degli interventi per i diversi profili di anziani valutati attraverso la VNB con gli interventi effettivamente erogati.

Tra le potenzialità quella di individuare, per ciascun territorio aree di miglioramento per riqualificare gli interventi di regioni/Ambiti/distretti.

Il monitoraggio si integra con i sistemi già previsti dall'attuale ordinamento e non si sostituisce alle scale di valutazione usate localmente per valutare l'eleggibilità ai servizi.