

4. Il monitoraggio

4.1. Impossibile governare ciò che non si conosce

Il Decreto 29/2024 non prevede l'introduzione del sistema nazionale di monitoraggio integrato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, quanto mai necessario. Ci si riferisce qui ad un'architettura statale, con articolazioni regionali, responsabile di monitorare congiuntamente le tre filiere del settore (politiche sociali, politiche socio-sanitarie, prestazioni INPS), considerando l'intero ventaglio delle risposte coinvolte (contributi monetari/servizi domiciliari/residenziali/diurni). Il Decreto, infatti, si limita a predisporre il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, che oggi non esiste, ferme restando le procedure – già previste – di monitoraggio dei Livelli essenziali sanitari (LEA). Secondo le indicazioni della Legge Delega 33/2023, il sistema di monitoraggio unitario avrebbe dovuto rappresentare il cuore pulsante dello SNAA: la decisione di non realizzarlo è coerente con quella di rinunciare a una governance di sistema (cap. 2). D'altra parte, il monitoraggio è irrinunciabile perché, in sua assenza, le politiche per la non autosufficienza sono condannate a risultare una scatola vuota: non è possibile governare ciò che non si conosce (Nuti et al. 2016, 2017; Barsanti, 2020) ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ NUTI S., VOLA F., BONINI A., VAINIERI M. (2016), *Making governance work in the healthcare sector: evidence from a "natural experiment" in Italy*, in "Health Economics, Policy and Law", 11(1):17-38.

BARSANTI S. (2020), *I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito*, in NNA (a cura di), 2020, *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 63-82.

4.2. Il sistema nazionale di monitoraggio integrato

Il Patto ritiene vitale l'istituzione del sistema nazionale di monitoraggio integrato della non autosufficienza, strumento di rappresentazione oggettiva e continua dell'assistenza agli anziani grazie a specifici indicatori appositamente selezionati per rappresentarne le dimensioni chiave, da alimentare tramite gli attuali sistemi informativi.

A tal fine, si dovrebbe utilizzare un approccio ragionevole, che valorizzi l'esistente. In Italia, infatti, esistono già numerose fonti informative che riguardano, in tutto o in parte, l'assistenza agli anziani. Esse sono ben più di quanto abitualmente si ritenga ⁽²⁾ ma, mancando a livello istituzionale specifici rapporti periodici sulla LTC anziani, non esistono momenti di ricomposizione del quadro informativo finalizzati a fare sintesi e collegare le informazioni su ogni territorio.

Pertanto, non si tratta né di introdurre nuove fonti né di modificare quelle in essere, bensì di:

- selezionare le informazioni specifiche per la LTC, evitando approssimazioni grossolane nella misurazione dei volumi di interventi ⁽³⁾, che non consentono d'isolare quelli rivolti a questo target;
- collocarle in un quadro d'insieme predisponendo un sistema informativo organico, tramite un opportuno processo di raccordo tra fonti diverse, mirato anche a risolvere eventuali incoerenze tra i vari canali ⁽⁴⁾.

Così facendo, peraltro, si eviterebbe di creare potenziali conflitti con le funzioni dei sistemi previgenti: si pensi al monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 9 del decreto legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56 (NSG, nuovo sistema di garanzia) che, benché abbia lo scopo di verificare il rispetto dei LEA, non può certo qualificarsi quale strumento per fotografa-

⁽²⁾ Solo per citarne alcuni: flusso SIAD, rilevazione FLS21, flusso FAR, rilevazione STS 24, indagine ISTAT sui servizi sociali, indagine ISTAT su presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, SIUSS, flussi INPS su Indennità di accompagnamento, banche dati sulla spesa del SSN.

⁽³⁾ Ad esempio la misurazione dell'obiettivo ADI-PNRR che si limita al conteggio degli anziani assistiti, a prescindere dall'intensità e dalla durata del servizio erogato, non consentendo dunque di isolare la quota riconducibile alla LTC. Sul tema si veda Pelliccia, 2024.

⁽⁴⁾ Ci si riferisce ad esempio ai disallineamenti tra le diverse fonti sul numero di posti per anziani.

re l'assistenza agli anziani non autosufficienti ⁽⁵⁾. Tramite l'opportuna valorizzazione del patrimonio informativo già esistente per le filiere sanitarie e assistenziali sarebbe possibile implementare un set di indicatori SNAA, pur mantenendo il ruolo del NSG.

Tale sistema di monitoraggio permetterebbe di:

- i) conoscere per governare, assicurando gli strumenti conoscitivi necessari per verificare l'andamento complessivo del settore, evidenziando gli aspetti positivi e predisponendo i necessari correttivi per quelli negativi;
- ii) valorizzare la specificità della non autosufficienza. A tal fine è importante diffondere il concetto che le numerose politiche e i molteplici interventi esistenti vanno considerati non singolarmente ma come elementi di un sistema unitario, spingendo tutti i soggetti coinvolti a ragionare in questi termini;
- iii) sviluppare i confronti tra Regioni, oggi estremamente limitati ma con un grande potenziale di apprendimento reciproco;
- iv) evitare di richiedere spesa pubblica aggiuntiva, poiché non si tratta di mettere in piedi nulla di nuovo bensì di valorizzare l'esistente.

Ulteriori aspetti operativi

Passiamo ora ad altri aspetti di rilievo riguardanti la traduzione della novità proposta in pratica. Primo, l'oggetto. Come anticipato, il monitoraggio dovrebbe comprendere l'intera filiera degli interventi di diversa natura (contributi monetari/servizi) e setting (domiciliare/residenziale). Si dovrebbe tener conto anche delle varie caratteristiche dell'assistenza (non solo il numero di assistiti ma anche quante ore di assistenza ricevono, l'appropriatezza degli interventi rispetto ai bisogni, la loro qualità, frequenza e durata nel tempo, l'equità nell'accesso alle prestazioni) in base a quanto raccomandato da tempo a livello internazionale (OCSE, Commissione Europea, 2013) ⁽⁶⁾.

Secondo, l'unità territoriale di riferimento. Nell'erogazione dei servizi e degli interventi sono coinvolti più livelli di governo e molteplici soggetti giuridici pubblici e privati. In una prima fase si arriverà a prendere in considerazione, oltre al livello di governo centrale, quello delle Regioni. Successi-

⁽⁵⁾ Recentemente, con l'istituzione dal 2019 del Nuovo Sistema di Garanzia, alcuni indicatori come quello sull'ADI per gli anziani sono stati rimossi. È stato mantenuto un unico e generico indicatore sull'assistenza residenziale.

⁽⁶⁾ OCSE, Commissione Europea (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OCSE Health Policy Studies, OCSE Publishing, Parigi.

vamente si potrà valutare la possibilità di effettuare comparazioni anche tra le ASL e i Distretti-ATS; in ogni caso ci si aspetta che un siffatto monitoraggio possa promuovere a livello locale l'adozione di logiche simili tra i vari attori territoriali tenuti a fare sintesi degli interventi.

Terzo, il percorso di costruzione del sistema integrato. L'iter dovrebbe essere graduale e partecipato, con una fase iniziale dedicata alla messa a punto e alla verifica di un primo set d'indicatori. Inoltre, in ogni passaggio dovrebbero venire coinvolti gli enti locali e la comunità scientifica di riferimento.

Quarto, cosa dovrebbe offrire questo sistema di monitoraggio. Sono già identificabili alcuni dei prodotti che progressivamente, in parallelo all'evoluzione del predetto modello, saranno implementati: i) piattaforma online unica di pubblicazione del sistema di indicatori dell'assistenza agli anziani, con relativa rappresentazione e interpretazione per agevolare la lettura da parte di tutti gli stakeholder; ii) nell'ambito della predetta piattaforma, confronto tra i livelli di fabbisogno dei vari territori e le relative risposte assistenziali (griglia fabbisogni/risposte, si veda oltre); iii) a partire dai risultati del monitoraggio, realizzazione di un rapporto periodico per riferire lo stato dell'arte del settore.

Quinto, l'ente responsabile. È fondamentale individuare il soggetto istituzionale o l'ente a cui è attribuita la responsabilità del sistema di monitoraggio in tutte le sue fasi: raccolta d'informazioni, trasformazione in indicatori, analisi e comunicazione dei dati. A livello statale, oggi non esiste alcun soggetto, ministero o agenzia, che possieda tutte le competenze necessarie. Questo non sorprende, se si considera che sinora le istituzioni statali non si sono mai occupate, in forma strutturata e continuativa, di non autosufficienza. D'altra parte, se non si colma tale carenza, le probabilità di migliorare la capacità di governare quest'ambito del welfare sono scarse.

Sesto, la funzione del monitoraggio. In fase di primo avvio, il set ha valenza solo conoscitiva; successivamente, potrebbe assumere gradualmente anche un ruolo nella valutazione dell'adeguatezza degli interventi e nell'assegnazione di obiettivi specifici per le aree che presentano margini di miglioramento.

La tabella 4.1 ricostruisce i passi da compiere per dar vita al sistema di monitoraggio integrato, con la riconduzione dei diversi flussi esistenti al quadro unitario del sistema informativo dedicato e il suo uso per ricostruire le attività svolte e gli interventi forniti. Infine, i dati di monitoraggio sull'offerta di risposte possono essere incrociati con quelli riguardanti il profilo degli utenti (raccolti attraverso la nuova scheda di valutazione multidimensionale, VMU, cfr. cap. 3), in modo da dar vita alla griglia fabbisogni/risposte esaminata nel prossimo paragrafo.

Tabella 4.1 - Il nuovo quadro – Sintesi

Azione	Esito
Collocazione dei diversi flussi informativi esistenti in un quadro unitario	Sistema informativo dedicato alla non autosufficienza
Utilizzo del sistema informativo per la rappresentazione delle attività svolte e degli interventi forniti	Sistema nazionale di monitoraggio integrato
Letture congiunte dei bisogni dell'utenza (grazie ai dati Vamu) e dell'offerta di servizi e interventi (grazie ai dati del monitoraggio)	Griglia fabbisogni/risposte

4.3. La griglia fabbisogni/risposte

Lo stato dell'arte

Nel disegnare il sistema di monitoraggio dello SNAA, risulta utile definire strumenti di governance che misurino e promuovano l'erogazione di livelli di assistenza coerenti con i bisogni degli anziani di ogni territorio.

I sistemi di monitoraggio della non autosufficienza vigenti, tuttavia, oggi non riescono a indagare l'aspetto del confronto tra bisogni e risposte, per diversi motivi:

- allo stato dell'arte, la citata mancanza di uno strumento di valutazione nazionale condiviso rende impossibile paragonare la diffusione e l'intensità della non autosufficienza delle singole Regioni;
- le difficoltà che si incontrano nel comparare i livelli di offerta regionali sono legate, innanzitutto, alle differenti denominazioni dei servizi (si pensi, ad esempio, quanti diversi termini esistono per indicare la RSA);
- gli indicatori utilizzati per verificare i LEA e quelli utilizzati per il PNRR non sono "tarati" sugli anziani non autosufficienti: ad esempio, il puro conteggio degli anziani assistiti in ADI non è indicativo del numero di beneficiari di prestazioni domiciliari per cause legate alla non autosufficienza;
- a fronte di un unico bisogno (la non autosufficienza), i sistemi di rilevazione dell'offerta locale sono rigidamente suddivisi tra sanità e sociale, nella più totale assenza di azioni di raccordo che permettano di ottenere una fotografia integrata delle risposte locali.

L'occasione della riforma

La riforma in corso presenta alcune opportunità per la costruzione di processi di comparazione più affinati, innanzitutto grazie all'introduzione della Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) (cap. 3). Una volta a regime, la VMU si configurerà come uno strumento comune dei territori per raccogliere informazioni omogenee sui bisogni degli assistiti, superando i limiti dell'attuale disomogeneità valutativa dei sistemi di accesso.

Ciò consentirà di conoscere in maniera oggettiva (sulla base delle informazioni raccolte con strumenti omogenei della VMU) quanti sono i non autosufficienti di ciascuna Regione e qual è il loro grado di non autosufficienza. In altre parole, in analogia con la logica della stratificazione della popolazione ampiamente auspicata dalle recenti politiche sanitarie (si pensi alle piramidi della cronicità del Piano Nazionale Cronicità e allo stesso D.M. 77), si potrà costruire la piramide della non autosufficienza di ciascuna Regione e confrontarla con quella delle altre. Ogni livello della piramide rappresenterà il numero di anziani accomunati ("omogenei") dallo stesso grado di non autosufficienza e, pertanto, equiparabili anche sul piano del fabbisogno assistenziale richiesto dalle loro specifiche esigenze.

Questo tipo di lettura "affinata" della domanda espressa potrebbe essere accompagnata da un altrettanto affinato sistema di classificazione dell'offerta. Per superare le difficoltà legate alle diverse denominazioni locali dei servizi, infatti, la riforma potrebbe prevedere la definizione di un accordo semantico tra Regioni; ciò permetterebbe di ricondurre l'offerta a un sistema di classificazione comune degli interventi per la non autosufficienza.

La categorizzazione delle risposte poggerà su una logica di tipo funzionale. Ci si domanderà non tanto se un servizio è sanitario/sociale o residenziale/diurno ma, piuttosto, a quale profilo di non autosufficienza è in grado di rispondere: è rivolto ad anziani parzialmente non autosufficienti o può prendere in carico anche chi è totalmente non autosufficiente? Ogni Regione dovrà valutare qual è la finalità prevalente di ogni servizio e ricondurlo al comune nomenclatore nazionale degli interventi per la non autosufficienza.

Associando a ogni profilo di bisogno l'insieme delle prestazioni appropriate a rispondervi, si genera uno strumento di raccordo denominato "griglia fabbisogni/risposte". Essa contiene i criteri con cui un certo servizio locale è considerato rispondente a un certo profilo di bisogno, tra quelli utilizzati ai fini della stratificazione degli assistiti.

I livelli di bisogno sono indicativi dei livelli di risposte attese. Attraverso la Griglia si confrontano per ogni territorio le risposte attese con quelle effettive, predisponendo appositi indicatori per:

- vedere, per ogni profilo, che quota di anziani viene presa in carico dai relativi servizi;
- misurare se la composizione percentuale delle risposte per classe d'intensità è coerente con la distribuzione percentuale degli anziani per bisogno di intensità (si potrà ad esempio monitorare se un significativo numero di anziani molto compromessi viene inserito in strutture/servizi a bassa intensità assistenziale).

In fase di primo avvio la griglia – analogamente a tutto il sistema di monitoraggio – potrebbe avere solo una valenza conoscitiva, tesa a leggere in modo uniforme le distanze tra bisogni e risposte dei vari territori. In un secondo momento, una volta collaudata, potrebbe diventare un mezzo per promuovere la graduale riqualificazione delle risposte.

La comparazione tra risposte attese e risposte effettive delle Regioni verrebbe svolta a livello di “grandi numeri” e non sul singolo caso. La griglia serve infatti a rilevare gli scostamenti sistematici tra le due tipologie e non intende sostituirsi ai sistemi di valutazione regionale per l'accesso ai vari servizi (tab. 4.2).

Tabella 4.2 - Il processo della griglia fabbisogni/risposte

Dimensione	Strumento	Obiettivi
A. Bisogni	Valutazione Multidimensionale Unificata	Classificazione degli anziani secondo profili omogenei di bisogno
B. Risposte	Nomenclatore nazionale degli interventi per la n.a.	Classificazione degli interventi per la n.a. erogati secondo il profilo di bisogno a cui si rivolgono
Confronto A/B	Qual è il livello di risposte attese dato il livello di bisogno? risposte effettive (sociali+sociosanitarie) vs risposte attese	

Perché la griglia

Una volta a regime, questo meccanismo consentirà in primo luogo di migliorare le conoscenze sulla diffusione del bisogno di assistenza: si supereranno i limiti delle analisi che oggi tendono a confondere la condizione di cronicità con quella di non autosufficienza, ottenendo la fotografia della

popolazione anziana (nazionale e regionale) stratificata in base alle necessità di assistenza individuate da una valutazione multidimensionale (utilizzando non soltanto informazioni sulle patologie, ma anche sui livelli di autonomia).

In secondo luogo, le Regioni potranno ricomporre in una cornice complessiva gli interventi erogati: non più comparazioni frammentarie su singole tipologie di servizi ma un processo integrato di sintesi dei livelli assistenziali, tenendo conto di tutte le filiere istituzionali che intervengono su quel bisogno. Per ricostruirlo si adatterà una chiave funzionale, domandandosi a quale tipo di bisogno risponde un determinato intervento.

Infine sarà possibile comparare la capacità delle Regioni di soddisfare il relativo bisogno di assistenza per la non autosufficienza, verificando anche che le tipologie di risposte offerte siano tendenzialmente appropriate al livello d'intensità della non autosufficienza del territorio.

Una simile lettura potrebbe fortemente migliorare la capacità degli enti territoriali di fare governance e permettere ai processi di programmazione nazionale di disporre di informazioni significative.

Bibliografia

- BARSANTI S. (2020), *I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito*, in NNA (a cura di), 2020, *Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*, Rimini, Maggioli, pp. 63-82.
- NUTI S., VOLA F., BONINI A., VAINIERI M. (2016), *Making governance work in the healthcare sector: evidence from a “natural experiment” in Italy*, in “Health Economics, Policy and Law”, 11(1):17-38.
- NUTI S. et al. (2017), *Il sistema di valutazione della performance delle Regioni del network*, Pisa, Edizioni ETS.
- OCSE, COMMISSIONE EUROPEA (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OCSE Health Policy Studies, OCSE Publishing, Parigi.
- PELLICCIA L. (2024), *Adi e non autosufficienti: le prospettive dopo il Pnrr e la delega anziani*, in “Il Sole 24 ore sanità”, 11/3/2024.