



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

IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

A cura di Laura Pelliccia

PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

A cura di Laura Pelliccia



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

I QUADERNI DEL PATTO

n. 2/2026

INDICE

	Pagina
Presentazione	3
Il Monitoraggio del Sistema della Non Autosufficienza	
1. Introduzione	5
2. La situazione attuale	6
3. Le previsioni della L. 33/2023 e del D. Lgs. 29/2024	7
4. Proposte per il settore	8
Appendice 1 – La griglia fabbisogno/risposte	12
Appendice 2 – Una rassegna delle fonti informative	15
Bibliografia	18

PRESENTAZIONE

Il **Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza**, che riunisce numerose organizzazioni impegnate nella tutela, rappresentanza e nell'assistenza delle persone anziane, ha deciso di dare vita a una nuova iniziativa editoriale: la collana **“I Quaderni del Patto”**. Si tratta di una raccolta organica di ebook e documenti tematici pensata per valorizzare, sistematizzare e rendere maggiormente fruibile il patrimonio di idee, proposte e analisi che il Patto ha sviluppato nel corso degli anni.

Questa collana nasce dalla consapevolezza che, in un contesto sociale in rapida evoluzione, è necessario fornire strumenti chiari, ordinati e coerenti per orientarsi nel complesso mondo della non autosufficienza. Il Patto ha prodotto nel tempo un'ingente quantità di documenti, riflessioni, position paper e proposte operative. Tuttavia, questi contenuti, spesso dispersi tra comunicati, documenti di lavoro e relazioni pubbliche, rischiano di perdere efficacia se non vengono riorganizzati e resi accessibili a tutti i soggetti coinvolti – professionisti, istituzioni, famiglie, operatori e cittadini interessati - in “dossier” tematici che raccolgano e organizzino tutto il necessario per comprendere e affrontare ciascuna sfida.

“I Quaderni del Patto” vogliono dunque essere strumenti agili e tematici, ciascuno dedicato a un singolo aspetto rilevante del sistema di cura e assistenza: dall'assistenza domiciliare alla residenzialità, dalla proposta della Prestazione universale (indennità di accompagnamento) alla regolamentazione delle badanti, passando per il ruolo cruciale dei caregiver familiari, ecc. Per ciascun tema, i quaderni estrarranno, riorganizzeranno e armonizzeranno i contenuti già prodotti dal Patto seguendo un ordine logico comune a tutti i documenti della serie.

Gli obiettivi principali di questa collana sono:

- **Raccogliere e conservare** in maniera strutturata le elaborazioni finora sviluppate dal Patto;
- **Offrire una visione d'insieme coerente**, facilitando la lettura e la comprensione dei temi affrontati;
- **Promuovere la riflessione pubblica e politica**, favorendo l'approfondimento e la discussione su ciascun argomento;
- **Fornire uno strumento utile alle organizzazioni aderenti al Patto**, sia per attività di comunicazione e sensibilizzazione, sia come base documentale per il confronto con le istituzioni e l'opinione pubblica;
- **Promuovere la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che stenta a decollare.**

Lo scopo della collana è duplice. Da un lato, raccogliere in un unico luogo tutte le elaborazioni realizzate finora dal Patto, offrendo un quadro di sintesi e di riferimento stabile. Dall'altro, fornire strumenti agili e fruibili per promuovere ulteriori riflessioni e facilitare la comunicazione tra i diversi attori coinvolti. Ogni quaderno, infatti, è concepito per poter essere usato come dossier tematico: una consultazione rapida consentirà di individuare punti di forza, criticità e proposte di miglioramento sul tema trattato.

La collana “I Quaderni del Patto” si propone quindi come un punto di riferimento stabile e autorevole per tutti coloro che lavorano o si interessano ai temi della non autosufficienza e del welfare per le persone anziane. Ogni quaderno sarà un'occasione per valorizzare il lavoro collettivo svolto finora e

per proiettare nel futuro la missione comune del Patto: costruire un sistema più equo, efficace e umano di cura e assistenza degli anziani non autosufficienti.

Questo Quaderno si occupa dell'istituzione del sistema nazionale di monitoraggio integrato della non autosufficienza. Utilizzando e riorganizzando i materiali già prodotti dal Patto, il Quaderno fornisce il quadro della situazione attuale, le previsioni della L. 33/2023 e del D. Lgs. 29/2024 e le proposte per implementare un sistema di monitoraggio adeguato alle sfide che ci attendono.

Cristiano Gori

Franco Pesaresi

Eleonora Vanni

IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

1. Introduzione

La definizione delle politiche nazionali e locali per la non autosufficienza non può che fondarsi su uno specifico sistema di conoscenza e monitoraggio, in assenza del quale l'efficacia di qualsiasi intervento programmatico sarebbe fortemente compromessa: non è possibile governare ciò che non si conosce (Nutti et al. 2016, 2017; Barsanti, 2020).

La situazione attuale vede la mancanza di un monitoraggio organico dell'assistenza erogata nei singoli territori agli anziani non autosufficienti. I sistemi di monitoraggio già in vigore per la sanità non riescono a fotografare il livello complessivo delle risposte e sono poco "mirati" rispetto a tale bisogno specifico. Inoltre mancano rapporti periodici che fotografino l'assistenza di ciascun territorio in chiave multidimensionale e rispetto ai bisogni.

La legge delega ha sottolineato l'esigenza di un monitoraggio d'insieme quale cuore pulsante dello SNAA (art. 3 c.2 lettera c della L. 33/2023), tuttavia al momento 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 sociosanitarie, 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).

Anche in assenza di una specifica previsione del Decreto 29/2024, il miglioramento degli attuali sistemi di monitoraggio degli interventi per la LTC risulta un obiettivo coerente con le logiche di governance della nuova sanità territoriale: infatti il DM 77, nel disegnare lo sviluppo dell'assistenza territoriale, ha raccomandato la modulazione delle risposte assistenziali sulla base della stratificazione dei bisogni, riconoscendo la non autosufficienza tra gli elementi indicativi di maggior bisogno di intervento.

A partire dalle esperienze internazionali, da un'analisi dell'esistente e nel quadro delle novità/opportunità della riforma, il Patto ha avanzato alcune proposte operative per il sistema di monitoraggio unitario, in particolare suggerendo uno strumento specifico denominato "Griglia fabbisogno/risposte".

2. La situazione attuale

Come premesso la governance dello SNAA ha bisogno di sistemi che misurino e promuovano l'erogazione di livelli di assistenza specifica rispetto ai bisogni degli anziani non autosufficienti.

Fino ad oggi, nell'ambito del sistema delle verifiche per il rispetto dei LEA sanitari (NSG), si rilevano alcuni indicatori che, pur riferendosi a servizi sociosanitari di cui usufruiscono anche gli anziani, non possono essere considerati indicativi delle risposte per la non autosufficienza; anche l'avvento del PNRR non ha migliorato tali limiti. Nello specifico:

- l'indicatore core NSG sull'ADI innanzi tutto si riferisce alla popolazione di tutte le fasce d'età e, pertanto, non è specifico per gli anziani¹; peraltro è rappresentativo di quanti assistiti sono stati assistiti per ogni livello CIA, senza considerare la durata degli interventi (sono parificati interventi di pochi giorni e interventi che durano anni);
- l'indicatore core NSG sull'assistenza residenziale misura quanti over 75 sono assistiti in ciascuna Regione, indipendentemente dalla durata e dall'intensità (R1/R2/R2D/R3) dell'inserimento;
- il monitoraggio degli interventi promossi con il PNRR si limita alla verifica del numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare, a prescindere dall'intensità (frequenza degli accessi) e dalla durata degli interventi domiciliari (Pelliccia, 2024)²; non essendo "tarato" sugli anziani non autosufficienti non può ritenersi indicativo del numero di beneficiari di prestazioni domiciliari per cause legate alla non autosufficienza.

Anche i sistemi di verifica sullo stato di implementazione del DM77 al momento si limitano a verificare l'avanzamento di alcuni servizi per la nuova sanità territoriale, senza indagare nel dettaglio le risposte specifiche per gli anziani: infatti nella definizione degli obiettivi del DM 77 non sono stati specificati i livelli di servizi attesi degli interventi per la non autosufficienza di ciascun distretto: non solo non è stato definito uno standard per i centri diurni e le RSA ma, anche nel definire la dotazione del personale dei distretti (es. rapporto infermieri delle Cdc sulla popolazione del bacino di utenza), non è stato specificato quale quota dell'impegno del personale delle Cdc dovesse essere dedicata agli interventi domiciliari, inserendo come unico obiettivo target per gli interventi domiciliari delle Cdc quello PNRR di servire il 10% della popolazione anziana (indipendentemente dai bisogni della popolazione specifica). Date queste carenze, ci si aspetta che i sistemi di monitoraggio del DM 77 in corso di implementazione, se dovessero limitarsi alla verifica del rispetto degli standard normativi previsti dal decreto, non riuscirebbero a misurare la capacità dei distretti di rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti.

In altre parole, gli indicatori utilizzati oggi in sanità hanno il difetto di essere troppo generici e non riuscire a isolare le specificità che meriterebbe la LTC.

Si sottolinea che, anche a titolo conoscitivo, ci sarebbe bisogno di un rapporto periodico sugli interventi che il Paese eroga per questo bisogno in chiave multidimensionale (indicatori di processo, qualità, esiti, coerenza rispetto ai bisogni, equità, appropriatezza, efficienza); nonostante non manchino le fonti informative (di cui in appendice 2 si fornisce una rassegna), le stesse non sono utilizzate e valorizzate per fornire una lettura istituzionale di confronto tra i territori e per osservare

¹ 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.

² Pelliccia L. (2024), *L'Assistenza domiciliare integrata ai tempi del Pnrr: cresce l'Adi "prestazionale" ma resta il gap sugli anziani complessi*, Sole 24 ore Sanità 18/12/2024.

l'evoluzione temporale quali-quantitativa delle risposte in termini multidimensionali. In altre parole, la maggior parte delle lacune non deriva dalla mancanza di dati, quanto dall'incapacità di riuscire a fare una lettura mirata e organica del patrimonio informativo già disponibile nei sistemi vigenti (per una panoramica si veda Motta, 2020³).

Uno dei limiti che fino ad oggi aveva impedito di valutare l'adeguatezza degli interventi per la non autosufficienza di ciascuna Regione era la mancanza di informazioni accurate e raccolte in maniera uniforme su quante fossero le persone non autosufficienti di ogni territorio e quale fosse il loro livello di non autosufficienza: in mancanza di un comune strumento nazionale di valutazione dei bisogni non si riusciva a stratificare la popolazione per livelli di bisogno di LTC.

Si segnala infine che, 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.

3. Le previsioni della L. 33/2023 e del D. Lgs. 29/2024

Con la Legge Delega il Governo ha ricevuto uno specifico mandato per l'istituzione di un sistema di monitoraggio dei Leps in area anziani, riconoscendo nella situazione di partenza la mancanza di strumenti di monitoraggio per i servizi socio-assistenziali⁴; per la sanità, invece, la legge presuppone l'esistenza di meccanismi di monitoraggio/incentivi/sanzioni che vengono confermati (monitoraggio LEA). In un certo senso si è inteso istituire anche per la filiera sociale i sistemi di garanzia già presenti in sanità.

Anche se la legge delega prevede sistemi di monitoraggio distinti per sanità e sociale, la stessa ha ricercato dei meccanismi di ricomposizione dei diversi sistemi, prevedendo un monitoraggio nazionale unitario di sintesi dei vari interventi statali e territoriali per "la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi"⁵. Insomma, questo sarebbe dovuto diventare il "cuore pulsante dello SNAA", affidato al CIPA.

A fronte di tali principi, con il D. Lgs. 29/2024 il Governo si è impegnato, innanzi tutto, a definire entro 120 giorni, il *Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali* (art. 23), fatto di appositi indicatori per verificare lo stato di attuazione dei Leps e degli obiettivi di servizio;

³ Motta, M. (2020), *Le esigenze conoscitive*, in Network della Non autosufficienza (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021 - Punto di non ritorno", Rimini, Maggioli, pp. 120-145.

⁴ Il Governo è stato delegato (art. 4 comma e) all' "adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati nonché di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56" e (art. 4. comma m) all' "adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale riferite alle persone anziane non autosufficienti, ricomprese nei LEPS".

⁵ "Promuove l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi" (art. 2).

dovrebbero essere definiti anche gli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento dei target da garantire. Ad oggi tale decreto non è stato ancora emanato.

Per quanto riguarda invece la necessità di un monitoraggio unitario tra le diverse filiere, questo principio della legge delega non è stato ripreso nel D. Lgs. 29/2024. Quindi, se e quando saranno definiti obiettivi quantitativi per i Leps sociali per gli anziani, ci sarà un qualche sistema di monitoraggio periodico specifico per questa filiera. Tuttavia, non si disporrà di un monitoraggio organico dell'assistenza agli anziani erogata in ciascun territorio.

4. Proposte per il settore

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. Come premesso si tratta di valorizzare il patrimonio informativo esistente⁶ per sopperire alla mancanza di uno specifico rapporto istituzionale sulla LTC anziani quale momento di ricomposizione del quadro informativo finalizzato a fare sintesi e collegare le informazioni su ogni territorio.

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 interventi⁷, che non consentono di 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 canali⁸.

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 fotografare l'assistenza agli anziani non autosufficienti. 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.

⁶ Solo per citarne alcuni, rimandando per maggiori dettagli all'appendice 2: 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. Sul tema si veda Motta, 2020.

⁷ Ad esempio, la misurazione dell'obiettivo ADI-PNRR che si limita al conteggio degli anziani assistiti, a prescindere dall'erogazione di servizi che, per intensità e durata, sono riconducibili alla LTC. Sul tema si veda Pelliccia, 2024.

⁸ Ci si riferisce ad esempio ai disallineamenti tra le diverse fonti sul numero di posti per anziani.

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.

Gli aspetti operativi della proposta

Qual è il perimetro del monitoraggio? Il monitoraggio dovrebbe comprendere l'intera filiera degli interventi di diversa natura (contributi monetari/servizi) e setting (domiciliare/residenziale).

Qual è l'oggetto del monitoraggio? 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)⁹.

Si richiamano le raccomandazioni generali sulla qualità del settore: 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);

⁹ 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,

- 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).

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.

Qual è 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. Successivamente 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.

Qual è 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. Si precisa infine che, nella definizione del sistema di monitoraggio, occorre valorizzare il patrimonio informativo esistente di cui nell'appendice 2 si fornisce una rassegna.

Inoltre, in ogni passaggio dovrebbero venire coinvolti gli enti locali e la comunità scientifica di riferimento.

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 fabbisogno/risposte, si veda Appendice 1);
- iii. a partire dai risultati del monitoraggio, realizzazione di un rapporto periodico per riferire lo stato dell'arte del settore.

Chi sarà l'ente responsabile del monitoraggio? 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, sarebbe dunque necessario individuare un soggetto referente che coordini le diverse competenze.

Quale sarebbe 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. Nel dettaglio, l'implementazione potrebbe articolarsi in due fasi:

(A) 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.

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

- Revisione e calcolo degli indicatori;
- Pubblicazione delle informazioni;
- Disseminazione dei risultati.

Una delle dimensioni chiave del monitoraggio sarà la verifica dell'adeguatezza delle risposte rispetto ai bisogni di LTC. A tale proposito si propone uno strumento specifico, denominato "Griglia fabbisogno/risposte" finalizzato al confronto tra i profili di non autosufficienza degli utenti (raccolti attraverso la nuova scheda di valutazione multidimensionale prevista dalla L. 33/2023) e il livello delle diverse offerte dei territori.

Appendice 1 – La griglia fabbisogno/risposte

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) prevista dalla Legge Delega. Se si riuscirà a implementare la VMU secondo le attese della L. 33 (ovvero coinvolgendo una platea estesa di utenza e introducendo scale mirate), essa si configurerà come uno strumento comune dei territori per raccogliere informazioni omogenee sul livello di bisogno di ogni bacino, 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 risponderci, si genera uno strumento di raccordo denominato "Griglia fabbisogno/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, quale 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 (quelli con cui le Regioni valutano l’eleggibilità al servizio del singolo richiedente).

Il processo della griglia fabbisogno/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	

La Griglia in sintesi

Ai fini di valutare l’adeguatezza e l’appropriatezza delle risposte locali si introduce uno strumento, denominato Griglia fabbisogno/risposte, deputato a confrontare il fabbisogno assistenziale legato alla non autosufficienza degli anziani di ogni territorio e gli interventi loro erogati.

Il processo di alimentazione della Griglia si sviluppa nei seguenti passaggi:

- a) gli strumenti di VMD permettono di stratificare per livelli di fabbisogno assistenziale le popolazioni in età anziana. Per ogni territorio si può così rappresentare il livello di bisogno complessivo degli assistiti e la relativa distribuzione nei diversi profili;
- b) per superare le difficoltà legate alle diverse denominazioni locali degli interventi di assistenza agli anziani si procede, in accordo con le autonomie locali, alla definizione di una tassonomia condivisa degli interventi sociosanitari e sociali territoriali qualificabili come risposte alla non autosufficienza degli anziani. Questi interventi sono classificati secondo un criterio funzionale, ossia vengono suddivisi in base ai profili di fabbisogno assistenziale cui sono rivolti. Associando a ogni profilo l’insieme delle prestazioni appropriate a risponderci, si genera uno strumento di raccordo denominato Griglia fabbisogno/risposte;
- c) attraverso la Griglia si provvede alla comparazione tra gli interventi effettivamente erogati da ogni territorio e i livelli assistenziali attesi in base all’articolazione per profili di fabbisogno della popolazione di riferimento, nel quadro del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (il Nuovo Sistema di Garanzia manterrebbe la propria validità ma sarebbe integrato dalla Griglia, quale strumento più specifico per la non autosufficienza);
- d) gli indicatori esito della Griglia (rappresentativi dell’adeguatezza delle risposte rispetto ai bisogni) concorrono a un più ampio set di indicatori multidimensionali con cui periodicamente viene fotografato il posizionamento di ogni Regione osservando le dimensioni più rappresentative dell’assistenza alle persone non autosufficienti. Secondo quanto raccomandato da tempo a livello

internazionale (OCSE, Commissione Europea, 2013¹⁰ e WHO, 2024¹¹) sono indagate le dimensioni dell'intensità e della durata della presa in carico, la qualità e gli esiti dell'assistenza, attraverso appositi indicatori oggetto di una pubblicazione istituzionale periodica sullo stato della LTC;

- e) le Regioni possono utilizzare le predette logiche anche per confrontare i vari distretti infraregionali, consentendo dunque una fotografia dello stato di implementazione del DM77 “su misura” rispetto alle specifiche esigenze della non autosufficienza.

¹⁰ 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.

¹¹ WHO- European Region (2024), Support tool to strengthen health information systems, Annex 8, Long term Care add-on module.

Appendice 2 – Una rassegna delle fonti informative

Di seguito una prima rassegna delle fonti informative¹² già disponibili a livello nazionale sui servizi o sulle strutture offerte agli anziani e non autosufficienti:

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.
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

¹² Network 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).

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
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.
Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	Ogni anno	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). 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 socio-sanitario.
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 socio-sanitario" – 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).

Nome del flusso o della fonte dati	Cadenza	Informazioni presenti
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
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

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.

Motta, M. (2020), *Le esigenze conoscitive*, in *Network della Non autosufficienza* (a cura di), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021 - Punto di non ritorno", Rimini, Maggioli, pp. 120-145.

Network 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).*

Nuti S. et al. (2017), *Il sistema di valutazione della performance delle Regioni del network*, Pisa, Edizioni ETS.

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.

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 Sole 24 ore sanità, 18/12/2024.

WHO - European Region (2024), *Support tool to strengthen health information systems*, Annex 8, Long term Care add-on module.