



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

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La situazione e le aspettative

A cura di Franco Pesaresi

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La situazione e le aspettative

A cura di Franco Pesaresi



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

I QUADERNI DEL PATTO

n. 5/2026

INDICE

Pagina

PRESENTAZIONE	4
L'assistenza domiciliare: La situazione e le aspettative.....	6
1. Introduzione e sintesi.....	6
1.1. La descrizione della situazione attuale	6
1.2. Cure domiciliari delle ASL: logica clinico-ospedaliera.....	6
1.3. SAD dei Comuni: logica del disagio socio-assistenziale	7
1.4. La L. 33/2023 e il D. Lgs. 29/2024.....	7
1.5. I punti chiave per la riforma della domiciliarità.....	8
2. L'ADI in Italia.....	12
2.1. L'esigua intensità e la breve durata degli interventi.....	12
2.2. La ridotta integrazione con i Comuni	14
2.3. L'eterogeneità territoriale.....	14
2.4. La prevalenza della logica clinico-sanitaria.....	15
2.5. I finanziamenti per l'ADI	16
2.6. Un esempio: l'ADI nelle Marche	16
3. Cosa prevede il PNRR	18
3.1. La riforma	18
3.2. Le cure domiciliari.....	20
3.3. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare	20
3.4. Le Centrali operative territoriali (COT)	24
3.5. La telemedicina	25
3.6. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale.....	25
3.7. Una lettura d'insieme.....	27
4. Assistenza domiciliare: cos'è cambiato con il PNRR	28
4.1. Come sta cambiando l'ADI?	28
4.2. Una prima valutazione d'insieme.....	30
5. La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR.....	31
5.1. Di cosa ci sarebbe stato bisogno.....	31
5.2. Gli obiettivi del PNRR (M6-C1-1.2.1).....	32
5.3. I limiti e i rischi della Missione M6-C1-1.2.1	34
5.4. Quali possibilità di miglioramento rispetto all'attuale formulazione del PNRR?	37
6. Il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD).....	39

6.1.	<i>Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)</i>	39
6.2.	<i>I Comuni che erogano il SAD</i>	43
6.3.	<i>La spesa per il SAD</i>	44
6.4.	<i>Alcune criticità e alcune proposte</i>	47
6.5.	<i>I livelli essenziali delle prestazioni sociali e gli obiettivi di servizio</i>	51
6.6.	<i>Conclusioni</i>	51
7.	LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)	53
7.1.	<i>L'assistenza domiciliare sociale come LEPS</i>	53
7.2.	<i>Leps: assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti</i>	54
8.	LEPS – le dimissioni protette	59
8.1.	<i>Il LEPS delle dimissioni protette per chi torna al domicilio</i>	59
8.2.	<i>Il LEPS delle dimissioni protette per chi non dispone di un'abitazione</i>	63
9.	Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)	66
9.1.	<i>Le criticità del SAD</i>	66
9.2.	<i>L'avvio di una nuova fase</i>	66
9.3.	<i>Definire gli obiettivi di servizio</i>	67
9.4.	<i>Stime di spesa e di impatto</i>	69
10.	Le previsioni della L. 33/2023 e del D. Lgs. 29/2024	72
11.	Proposte per la domiciliarità	75
11.1.	<i>Proposte per la riorganizzazione dei servizi domiciliari</i>	75
11.2.	<i>Serve un aggiornamento del quadro normativo per le Cure domiciliari</i>	85
12.	Stima del fabbisogno finanziario per l'assistenza domiciliare continuativa qualificata	88
12.1.	<i>Premessa</i>	88
12.2.	<i>Pacchetti appropriati di assistenza domiciliare</i>	89
12.3.	<i>Le cure palliative domiciliari</i>	90
12.4.	<i>Il fabbisogno finanziario per i percorsi di “Cure domiciliari qualificate”</i>	91
13.	Conclusioni: Una domiciliarità per la non autosufficienza	94
	Bibliografia e norme di riferimento	99
	ALLEGATO 1 – Prima bozza di articolato normativo sulla riorganizzazione dell'assistenza domiciliare	105
	<i>Capo I - COSTITUZIONE DEL NUOVO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE UNIFICATO PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI</i>	106
	<i>Capo II - PERCORSI E PRESTAZIONI</i>	109
	<i>Capo III - DISPOSITIVI TECNOLOGICI E SISTEMA INFORMATIVO</i>	115
	<i>Capo IV - FORMAZIONE E PERCORSI FORMATIVI</i>	116

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.

Questa monografia si pone l'obiettivo di approfondire le tematiche della domiciliarità utilizzando i materiali prodotti dal "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza". In questo dossier saranno dunque presenti analisi della situazione attuale, approfondimenti relativi al quadro normativo in itinere e proposte relative allo sviluppo e alla riorganizzazione dell'assistenza domiciliare.

La monografia è curata da Franco Pesaresi che si è avvalso anche di contributi prodotti e/o pubblicati dai seguenti autori, che si ringraziano: Paolo Da Col, Cristiano Gori, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi, Rosemarie Tidoli (indicati nei diversi capitoli in cui viene utilizzato il loro materiale).

Cristiano Gori

Eleonora Vanni

L'ASSISTENZA DOMICILIARE: LA SITUAZIONE E LE ASPETTATIVE

1. Introduzione e sintesi

1.1. *La descrizione della situazione attuale*

In Italia, la percentuale di persone con elevate necessità di cura che ricevono servizi di assistenza domiciliare risulta apparentemente superiore alla media europea (European Commission 2024), ma questo dato nasconde il fatto che l'intensità di tali sostegni, in termini di frequenza e numero di ore, è molto più ridotta nel nostro Paese, spesso limitandosi a pochissimi, brevi accessi a settimana (Noli 2021). Non sorprende quindi che l'offerta di servizi domiciliari sia molto inferiore al fabbisogno, come testimonia il fatto che i cittadini del nostro Paese sono coloro che nell'Unione Europea più spesso adducono, come motivo del mancato utilizzo dell'assistenza domiciliare, il fatto che tale servizio sia del tutto assente nel proprio territorio (lo riferisce quasi un italiano su tre, rispetto ad una media europea intorno al 10%), e di non poterselo permettere per insufficienti risorse finanziarie (motivo addotto dal 35% degli italiani) (EC-SPC 2021).

In cosa consistono i servizi domiciliari in Italia? Il più diffuso servizio domiciliare pubblico è l'assistenza domiciliare integrata (ADI) delle ASL. La durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili. I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

1.2. *Cure domiciliari delle ASL: logica clinico-ospedaliera*

Le ASL offrono in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, circoscritte nel tempo, erogate per rispondere a specifiche necessità sanitarie perlopiù in assenza di una presa in carico legata alla non autosufficienza dell'anziano. Sono, in altre parole, guidate dalla logica della cura clinico-ospedaliera, cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (care multidimensionale, si veda oltre), 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.

L'utenza delle cure domiciliari, garantite all'8,7% degli anziani, è in costante crescita ma la durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e la sua intensità (le ore di assistenza settimanali) è spesso modesta. Attualmente, sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili. I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

Le cure domiciliari non tengono conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Inoltre, in genere, non sono presenti sistemi di supporto, consulenza e informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze percepite; se risolte, in questi casi si potrebbero evitare ricoveri inappropriati.

Il tema della continuità assistenziale, infine, è decisamente sottovalutato. Ogni anno in Italia vengono dimesse dall'ospedale oltre 7 milioni di persone (dato 2021) ma di queste solo l'1,0% (Ministero Salute, 2024b) lascia l'ospedale sapendo che riceverà immediatamente le necessarie cure domiciliari. A seguito dell'attivazione dei familiari, nelle settimane successive anche altri ex degenti ricevono l'assistenza domiciliare, senza tuttavia poter contare sull'efficacia garantita dalla tempestività e dalla continuità assistenziale.

1.3. SAD dei Comuni: logica del disagio socio-assistenziale

Spesso la non autosufficienza di per sé non basta per ricevere il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) dei Comuni. Quest'ultimo, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo dal suddetto stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche di natura socio-assistenziale (reti familiari carenti, 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 prioritarie per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e/o di risorse economiche.

Così disegnato, il SAD sconta una situazione di particolare difficoltà. Innanzitutto, l'offerta è estremamente contenuta, dato che il SAD è garantito solo al 1,4% degli anziani. Si segnala, inoltre, una costante contrazione nel tempo del servizio, sceso dal 2,1% di anziani assistiti del 2004, all'1,4% del 2020. Un altro aspetto critico consiste nella ridotta integrazione con la sanità: nel 2020 solo lo 0,5% degli anziani (e al 6,6% degli anziani beneficiari delle cure domiciliari), ha ricevuto il SAD integrato con le Cure domiciliari. La percentuale resta sostanzialmente invariata da 15 anni. Questi dati si spiegano anche con il fatto che il 61% dei Comuni non eroga il SAD integrato con le cure domiciliari (Istat, 2023).

1.4. La L. 33/2023 e il D. Lgs. 29/2024

Nel marzo 2023 viene approvata la Legge Delega 33/2023 di riforma dell'assistenza agli anziani. Seppur scritta in modo piuttosto confuso e con varie carenze, la Delega esprime un impianto riformatore robusto, mutuato perlopiù dalle proposte del Patto. Queste ultime e – di riflesso – la Delega non inventano niente di nuovo, nel senso migliore dell'espressione. I loro contenuti, infatti, valorizzano gli insegnamenti dell'esperienza italiana in materia di non autosufficienza, nei suoi elementi positivi e nelle sue criticità, così come i messaggi provenienti dalle riforme già realizzate all'estero. Per l'assistenza domiciliare la Legge Delega prevede:

- l'offerta di prestazioni di durata (finché necessario) e di intensità adeguate (nr. di ore di assistenza necessario);
- l'uso degli strumenti di telemedicina;
- il diritto di accesso ai servizi di cure palliative, compresi servizi specialistici;
- l'aggiornamento e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento, compresi i servizi di diagnostica domiciliare;
- l'integrazione dell'ADI con l'assistenza domiciliare (SAD);

- la sperimentazione del budget di cura e di assistenza.

La retromarcia è avvenuta con l’emanazione del Decreto Attuativo 29/2024, nel marzo del 2024. Il Decreto avrebbe dovuto tradurre il disegno generale della Delega in indicazioni puntuali mentre ne rappresenta di fatto una riscrittura, che modifica aspetti importanti. Con il Decreto vengono cancellate le parti più innovative come il nuovo modello di domiciliarità (durata ed intensità) e rinviate ad ulteriori decreti attuativi tutte le altre parti (integrazione sociosanitaria, autorizzazione, ecc.).

Nel complesso, il Decreto 29/2024 riduce notevolmente la portata del cambiamento e conferma, in ampia misura, il sistema esistente. Tutto ciò ci induce a ritenere che la riforma sia stata approvata nella forma ma rinviata nella sostanza. In sintesi, all’inserimento della riforma nel PNRR e alla presentazione di un disegno riformatore piuttosto completo nella Legge Delega, hanno fatto seguito significativi passi all’indietro con il Decreto Attuativo. L’impegno per la riorganizzazione dell’assistenza domiciliare per adeguarla ai bisogni degli anziani non autosufficienti deve pertanto proseguire.

1.5. I punti chiave per la riforma della domiciliarità

Cure domiciliari e SAD offrono servizi utili e senza dubbio necessari. Il punto non è questo. Il punto è che tali servizi non sono progettati per rispondere alle specifiche condizioni degli anziani non autosufficienti (vedi tabella 1.1).

Tabella 1.1 – I diversi profili di domiciliarità

Servizio	Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
ADI (ASL)	<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica- riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
SAD (Comuni)	<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
Domiciliarità L.33/2023	<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell’anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatria

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

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/ospedaliero) riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo (disagio socio-assistenziale) quella assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali. Sembra, dunque, che la specificità della non autosufficienza non sia ancora riuscita a trovare un suo spazio nelle risposte pubbliche per gli anziani a domicilio. Si conferma qui un’esigenza che attraversa l’intero settore: quella di uno sforzo affinché il welfare italiano ne riconosca le peculiarità.

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti: le cure domiciliari (l'ADI) alternano il modello prestazionale a quello della breve (due-tre mesi) assistenza post-ospedaliera mentre il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), pur occupandosi di anziani non autosufficienti, interviene su un numero limitato di casi (1,4% degli anziani non autosufficienti). Le rispettive risposte sono utili ma non incidono significativamente sulla qualità della vita e dell'assistenza degli anziani non autosufficienti.

La L. 33/2023 vuole superare questa situazione ed introdurre un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza dell'anziano, che oggi non esiste. Tale modello è fondato su durata e intensità degli interventi adeguate, molteplicità delle professioni coinvolte e unitarietà delle risposte.

I punti chiave della legge di riforma che dovranno essere attuati affinché siano superate le attuali criticità, sono i seguenti:

1. **Unitarietà nella risposta.** Si raggiunge l'obiettivo dell'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza, attraverso l'integrazione dell'ADI con il SAD di titolarità dei Comuni. Oggi una simile integrazione è rara: solo il 7% degli anziani assistiti con l'ADI, infatti, usufruisce di interventi integrati con il SAD. Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di prestazioni domiciliari sanitarie e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della vita dell'assistito. Per cui, l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore.
2. **Mix di prestazioni.** La completezza delle prestazioni domiciliari sanitarie e sociali per gli anziani non autosufficienti rimane un obiettivo imprescindibile della riforma del sistema. L'assistenza domiciliare sociale e sanitaria se vuol essere il luogo privilegiato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve soddisfare tutte le necessità assistenziali. Gli anziani devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede e che possono comprendere:
 - a. interventi medico-infermieristico-riabilitativi (responsabilità delle ASL);
 - b. sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola (ASL e Comuni);
 - c. azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e Comuni);
 - d. assegni di cura (Comuni);
 - e. assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (ASL).

Oggi così non è in larga parte d'Italia. Per esempio, rimane ancora inattuata la disposizione del decreto sui LEA che dispone che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, più legate al supporto delle attività fondamentali della vita quotidiana degli assistiti, siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.

Particolare attenzione va anche posta nei servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nelle azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari, nella telemedicina, ecc.

3. **Durata e intensità.** Il terzo elemento chiave della nuova domiciliarità delineata nella Legge 33/2023 di riforma prevede che i servizi domiciliari devono avere durata (periodo della presa in

carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano. Nel nuovo modello assistenziale gli interventi domiciliari devono essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali di assistenza rapportate all'intensità dei bisogni assistenziali. Inoltre, in caso di urgenza e necessità, le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente. Deve esserci una presa in carico complessiva dell'assistito, rifuggendo da ogni logica prestazionale. Oggi, 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.

4. **Familiari e assistenti familiari.** Nell'organizzazione degli interventi domiciliari occorre puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni. È necessario riconoscere anche i caregiver familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari ed anche interfacciarsi con le assistenti familiari, per promuovere la qualità del loro operato.

Occorre considerare i caregiver familiari come parte della rete assistenziale dedicata alle persone non autosufficienti. I servizi domiciliari devono coordinare e supportare tutte le risorse in campo, a partire dall'attività di educazione terapeutica da indirizzare ai familiari e alle assistenti familiari (badanti). Inoltre i servizi domiciliari dovranno assicurare tutta una serie di attività dedicate ai caregiver familiari comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto; interventi di assistenza e di sollievo (di emergenza o programmati). A sostegno di questa azione, deve essere previsto uno sforzo formativo rivolto anche ai caregiver familiari.

Anche le assistenti familiari devono essere considerate come risorse da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare. Va, dunque, prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati. In buona parte e con gli opportuni adattamenti, quanto indicato per i caregiver familiari vale anche per le assistenti familiari; l'attenzione è da concentrare su azioni formative messe in campo prevalentemente on the job dagli operatori dei servizi domiciliari.

Una sintesi di come potrebbe cambiare il sistema dei servizi domiciliari con l'attuazione della Legge 33/2023 è evidenziata nella Tab. 1.2.

Tabella 1.2 – Assistenza domiciliare: le differenze fra la situazione attuale e le potenzialità della Legge 33/2023

Servizio	Situazione attuale	Legge delega sulla non autosufficienza
Cure domiciliari/ ADI	Servizio con limitazioni nella durata e nell'intensità dell'assistenza per singolo caso (media annua 14 ore di assistenza). Previsto forte potenziamento con il PNRR.	Offerta di prestazioni di durata (finché necessario) e di intensità adeguate (nr. di ore di assistenza necessario). Previsto forte potenziamento con il PNRR.
		Uso degli strumenti di telemedicina.
	Approvato un sistema di autorizzazione e accreditamento ancora poco attuato.	Aggiornamento e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento, compresi i servizi di diagnostica domiciliare.
	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 12 ore su 24.
Servizio assistenza domiciliare anziani (SAD) comunale	I servizi domiciliari, in genere, non sono autorizzati ed accreditati	Approvazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento.
	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.	Il servizio garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 12 ore su 24.
Integrazione Cure domiciliari e SAD	L'integrazione sociosanitaria delle prestazioni domiciliari riguarda una quota irrilevante (il 7% degli anziani in ADI).	L'assistenza domiciliare integrata diventa un elemento ordinario di erogazione del servizio.
	-	Sperimentazione del budget di cura e di assistenza
	L'individuazione del case manager è rarissima	Individuazione del case manager
	Attualmente sono carenti o inesistenti i servizi di: • sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana (ASL e Comuni); • azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e Comuni);	Gli anziani devono ricevere il giusto mix unitario delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede: • interventi medico-infermieristico-riabilitativi (ASL); • sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana (ASL e Comuni); • azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e Comuni); • assegni di cura (Comuni);

	• assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (ASL).	• assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (ASL).
--	--	--

2. L'ADI in Italia¹

L'ADI, l'assistenza domiciliare integrata sociosanitaria di titolarità delle Aziende Sanitarie, è stata istituita dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1995" del 1992 ed è attiva da metà degli anni '90. Presente in tutte le ASL, consiste in un insieme multidisciplinare di servizi medici, infermieristici e riabilitativi che offrono continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili di ogni età, affetti da patologie varie, perlopiù cronico-evolutive (Tidoli, 2017). L'ADI afferisce ai percorsi di cure domiciliari integrate (CDI) del SSN e fin dal 2001 costituisce un Livello essenziale di assistenza (LEA). In relazione ai bisogni sanitari del paziente sono contemplati tre livelli d'intervento (a bassa, alta e media intensità sanitaria) più un livello base, prestazionale (extra LEA); una quinta area riguarda le cure palliative domiciliari. Il servizio viene erogato secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (il PAI, che stabilisce anche il livello d'intensità assistenziale da garantire) autorizzato dall'ASL.

2.1. *L'esigua intensità e la breve durata degli interventi*

A differenza del SAD, dal suo avvio la copertura dell'ADI vede una lenta ma costante crescita nel tempo. Nel 2023 gli over 65 seguiti dall'ADI in Italia sono stati pari all'8,7% della popolazione anziana e (Ministero della Salute, 2025). Sia il confronto con i bisogni esistenti nei territori (Cergas Bocconi, 2019) che quello con gli altri Paesi Europei (European Commission, 2021) indicano però la necessità di ampliare ulteriormente la popolazione raggiunta.

L'analisi dei dati riguardanti la distribuzione delle risorse destinate all'ADI tra la popolazione interessata, tuttavia, evidenzia come il problema principale non risieda nella copertura (il numero di utenti raggiunti) bensì nell'intensità (quante visite riceve l'utente) e nella durata della presa in carico (quanto è esteso il periodo nel quale l'anziano viene assistito a domicilio). L'intensità media nazionale è estremamente ridotta, 16 ore di assistenza annuali pro-capite (2023); questo significa, ad esempio, che circa il 40% degli interessati riceve meno di una visita alla settimana. Anche la presa in carico perlopiù dura molto poco e si riferisce spesso a specifici periodi, ad esempio alle settimane immediatamente successive all'uscita dall'ospedale.

La situazione sopra esposta viene rispecchiata abbastanza chiaramente dai dati di tre Regioni, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, che illustrano le percentuali indicative di popolazione ADI seguita nei diversi livelli assistenziali e il numero di accessi massimo corrispondente ad ognuno. Come si vede nella tabella 3, in queste Regioni la stragrande maggioranza degli utenti ADI (4/5 dei quali sono anziani) usufruisce di interventi occasionali/prestazionali (con data d'inizio e fine coincidente) e/o di quelli a minor intensità assistenziale, con pochi accessi e durata limitata (cfr. tab. 2.1).

¹ Tratto da: Tidoli R., I servizi domiciliari in Italia, Patto per la non autosufficienza, 2021.

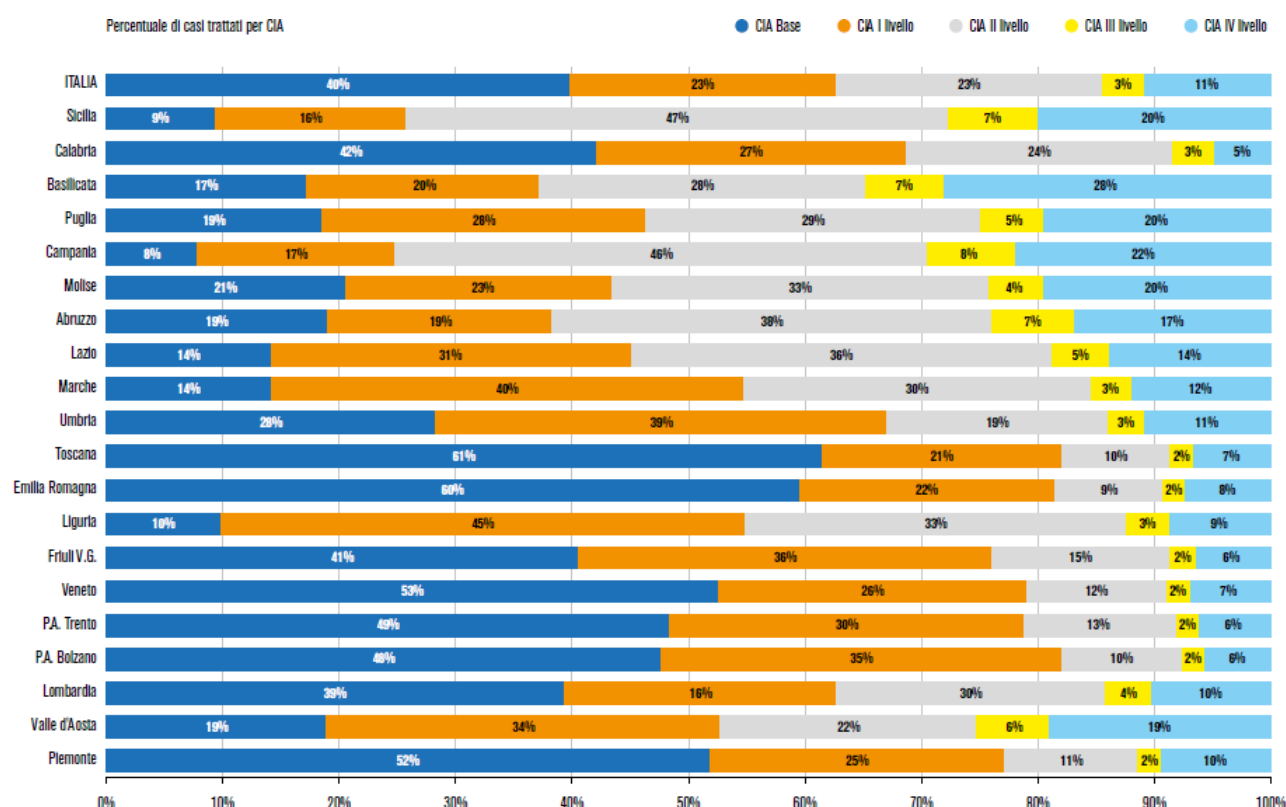
Tabella 2.1 – Livelli assistenziali ADI e percentuale indicativa di utenti raggiunti, Regioni Emilia-Romagna, Veneto e Toscana

Livello assistenziale	Accessi mensili previsti	percentuale di utenti raggiunti
Ass.dom. base	1	60%
Ass. dom. 1 liv.	2	20%
Ass. dom. 2 liv.	7	10%
Ass. dom. 3 liv.	12	4%
Cure palliative dom.	15	6%

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute, 2021

Se nelle tre zone portate ad esempio gli accessi e l'intensità degli interventi possono sembrare non ottimali in rapporto alle esigenze dei non autosufficienti, in altre parti d'Italia è possibile che le cose siano addirittura meno rosee: ancora una volta, infatti, ci si trova di fronte a un'elevatissima differenziazione regionale. La figura 2.1, che si basa sull'analisi dei dati SIAD riferiti al 2019, la mette bene in luce.

Figura 2.1 – Distribuzione casi trattati per livello d'intensità assistenziale nelle Regioni e nelle P.A., 2019



Fonte: nostra elaborazione su dati SIAD, 2019 – Enrichens et al., 2021 (p. 29)

In sintesi, l'ADI soffre di un'insufficiente copertura della popolazione target. Ancor più gravi, però, risultano il basso livello d'intensità assistenziale, con pochi accessi e poche ore di servizio annue, e

la breve durata della presa in carico. Benché le prestazioni erogate siano utili, un servizio domiciliare con queste caratteristiche non è di per sé in grado di rispondere alle esigenze di lunga durata e di rilevante intensità tipiche dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

2.2. La ridotta integrazione con i Comuni

L'ADI, come indica la sua stessa denominazione, dovrebbe rappresentare un'offerta di domiciliarità integrata tra sociale e sanità; tuttavia, questo accade in un numero limitato di casi. Se gli anziani beneficiari dell'ADI sono l'8,7%, quelli che ricevono anche interventi di natura sociale rappresentano, come evidenziato sopra, solo l'1,4%.

La minima quota di utenza seguita congiuntamente è da leggere insieme allo sbilanciamento tra la spesa di Comuni e ASL. In Italia, i Comuni dedicano al SAD circa 422 milioni annui² mentre le ASL spendono circa il triplo, 1,3 miliardi (prima del PNRR).

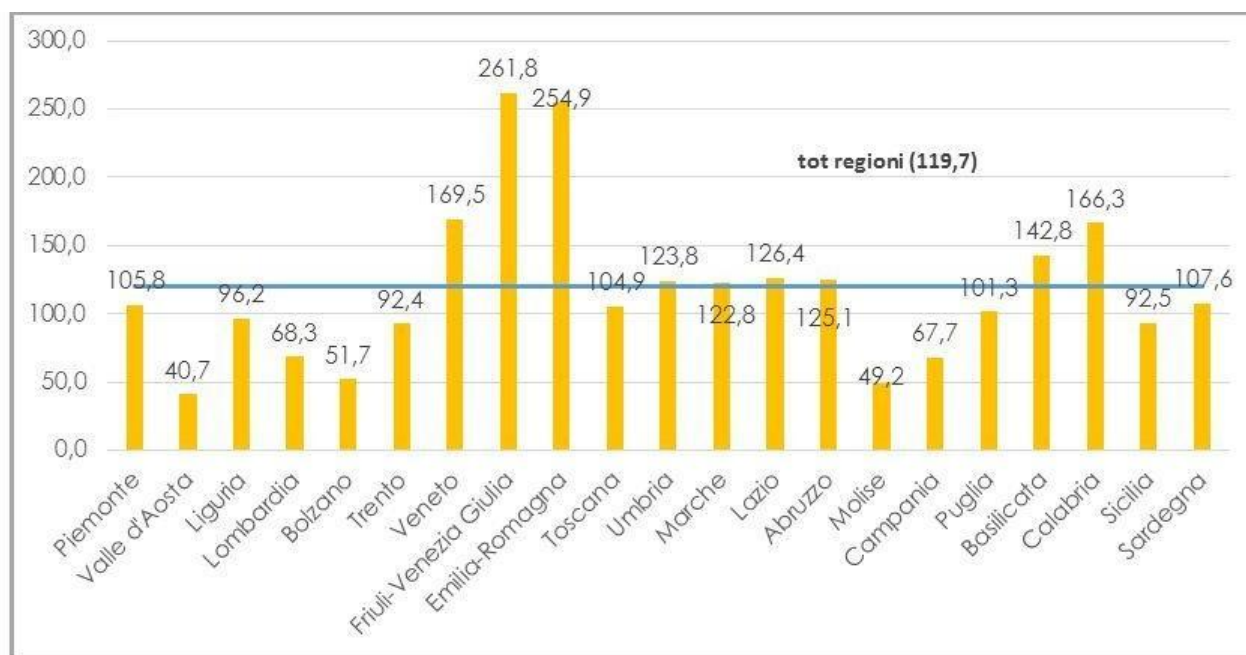
Ambedue i servizi hanno un'impostazione prestazionale e rispondono in modo circoscritto a specifiche necessità, generalmente occupandosi ognuna del suo "pezzetto". Tra loro sono frequenti le difficoltà di coordinamento e integrazione: non di rado, quando una forma d'integrazione sul caso ha luogo, non è tanto il risultato di azioni istituzionali quanto di rapporti dal basso tra operatori (Tidoli, 2017).

2.3. L'eterogeneità territoriale

Così come avviene per il SAD, anche nel caso dell'ADI emergono alcune tendenze condivise in gran parte del Paese – la ridotta intensità e la breve presa in carico, così come l'inadeguatezza del modello d'intervento (cfr. oltre) – che vanno di pari passo con una marcata eterogeneità geografica riguardante gli altri profili del servizio (Vetrano, Vaccaro, 2017). Il confronto regionale sui dati di spesa, proposto nella figura 2.2, risulta emblematico: a fronte di una spesa media pro-capite di circa 120 €, l'esborso delle varie Regioni varia dai 40,7 € della Valle d'Aosta ai 262 € del Friuli-Venezia Giulia (Pelliccia, 2020).

² Importo riferito al 2018, che include anche il SAD integrato con i servizi sanitari nonché voucher, buoni e assegni di cura a sostegno del mantenimento a domicilio di persone anziane.

Figura 2.2 – Spesa ADI per anziano >65enne per Regione, anno 2018



Fonte: Pelliccia, 2020 su dati Bdap

Infatti, pur rappresentando l'ADI un livello essenziale, non sono previsti standard quantitativi – concernenti copertura, intensità e durata degli interventi – da rispettare in tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio, i recenti standard nazionali di autorizzazione e accreditamento, approvati in Conferenza Stato-Regioni pochi anni fa, sono finalizzati per l'appunto a ridurre la disomogeneità territoriale.

2.4. La prevalenza della logica clinico-sanitaria

Malgrado le limitate conoscenze sulle diverse realtà regionali, anche per l'ADI è possibile individuare una tendenza prevalente nel modello d'intervento. L'ADI offre soprattutto interventi di natura infermieristico-medico-riabilitativa, intesi come singole prestazioni che rispondono a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla condizione di non autosufficienza dell'anziano. La logica di fondo è quella clinico-sanitaria (*cure*), incentrata sulla risposta a singole patologie, che davanti a un determinato problema prevede di fornire una specifica prestazione indirizzata a risolverlo (Gori, Trabucchi, 2021).

L'ADI si dimostra un servizio sicuramente utile, la cui impostazione non permette però di accogliere efficacemente la domanda di assistenza continuativa di persone non autosufficienti: per farlo, occorre adottare un approccio di *care* multidimensionale, fondato su uno sguardo complessivo della condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità, che preveda – di conseguenza – risposte ben più ampie e articolate.

Box 2.1 – Le criticità dell’ADI

- ✓ Numero di visite per utente (intensità) nettamente insufficiente
- ✓ Durata della presa in carico troppo breve
- ✓ Esigua integrazione con i Comuni
- ✓ Elevata eterogeneità territoriale
- ✓ Assenza di un modello d’intervento adatto alla non autosufficienza
- ✓ Prevalenza del modello d’intervento clinico-sanitario

2.5. I finanziamenti per l’ADI

Il PNRR ha stanziato 2,97 miliardi per il potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata (ADI). A queste risorse si sono aggiunti altri 2 miliardi di euro aggiuntivi del bilancio dello Stato previsti dal D.L. 34/2020, per un totale di 5 miliardi di euro per il quadriennio 2022-2025. L’obiettivo è quello di assistere a domicilio il 10% degli anziani rispetto al 6,3% del 2021. Si tratta di un target importante e di qualità.

Per raggiungere questo obiettivo, il Decreto del Ministero Salute 23/1/2023 e poi l’Intesa Stato Regioni n. 264/2024 hanno assegnato ad ogni Regione un obiettivo preciso relativo al numero aggiuntivo di anziani da assistere a domicilio pari a 842.000. Gli obiettivi sono differenziati tenendo conto anche del punto di partenza delle diverse Regioni per cui si va da Regioni a cui viene chiesto di raggiungere l’obiettivo di almeno il 9,75% degli anziani (Umbria), a Regioni a cui si chiede di raggiungere l’obiettivo dell’11,24% (Molise) degli anziani da assistere a domicilio.

Le Regioni si sono messe al lavoro e alla fine del 2023 avevano assistito a domicilio l’8,7% degli anziani. L’obiettivo del 10% entro il 2025 è assolutamente raggiungibile anche se la Sardegna è ancora al 3,4% compensata però dal Molise che è al 18,8% a riprova, ancora una volta che le Regioni italiane si muovono in modo molto diverso.

2.6. Un esempio: l’ADI nelle Marche³

Per comprendere meglio il quadro italiano si fornisce il quadro di una Regione, le Marche.

Le Marche partivano da un livello non elevato di Assistenza domiciliare integrata (ADI) per cui il Ministero della Salute le ha assegnato l’obiettivo di assistere a domicilio il 9,48% degli anziani.

Le Aziende sanitarie si sono messe al lavoro così alla fine del 2023 le Marche curavano a domicilio con l’ADI l’8,9% degli anziani. Apparentemente un buon risultato, non molto distante dall’obiettivo del 9,77%, sicuramente raggiungibile entro il 2025.

³ Tratto da Pesaresi F., Marche; per gli anziani solo 9 ore di Adi all’anno, SosSanità, 22/4/2025.

Ma se si approfondisce un po' l'analisi si scopre che le ore medie garantite ad ogni anziano sono scese a 9 (nove) ore all'anno. Se si ipotizzano due ore di assistenza alla settimana, questo vuol dire più o meno un mese di assistenza domiciliare (Cfr. Tab. 2.2).

Tabella 2.2 – Dati sull'ADI per anziani nelle Marche e in Italia. Anno 2023

	% anziani assistiti	Ore per anziano	% pazienti terminali ogni 100 residenti	Ore per paziente terminale
Marche	8,9%	9	0,09%	17
Italia	8,7%	14	0,19%	29

Note: La quota di pazienti terminali assistiti è calcolata sul totale della popolazione. Fonte: Ministero Salute, 2025

Le Regioni vicine ne forniscono molte di più: Umbria 15; Abruzzo 35; Lazio 16; Emilia-Romagna 18. La media italiana, sempre bassa purtroppo, registra una media di 14 ore annue.

Nelle Marche, il personale sanitario che va al domicilio degli anziani è più basso della media italiana ma va segnalata la straordinaria differenza che c'è per quel che riguarda il terapeuta della riabilitazione che garantisce in media solo un'ora di riabilitazione domiciliare all'anno rispetto ai tre della media nazionale e la presenza (o meglio l'assenza) degli altri operatori come l'OSS che è talmente bassa da non essere neanche rilevata dal Ministero mentre la media italiana è di due ore all'anno.

Il tracollo delle ore di assistenza domiciliare per gli anziani è un fenomeno recentissimo perché nel 2021, prima del PNRR per intenderci, le ore garantite annualmente erano 16.

Che cosa è accaduto dunque?

È accaduto che per raggiungere l'obiettivo dell'aumento degli anziani da assistere fino al 9,77% di tutti gli anziani si sono ridotte quasi della metà le ore di assistenza da erogare agli stessi ultra65enni. Così non è difficile raggiungere l'obiettivo del 9,77% senza aumentare il personale da dedicare all'assistenza domiciliare e la spesa da dedicare all'ADI.

Ma qualcosa non torna perché la Regione Marche, al pari delle altre Regioni, ha ricevuto finanziamenti aggiuntivi del PNRR per raggiungere questi obiettivi migliorativi. Per il quadriennio 2022-2025 per il potenziamento dell'ADI le Marche hanno ricevuto 130 milioni di euro circa, di cui per il solo 2023 la somma di 29,8 milioni di euro. Verrebbe da pensare che tali finanziamenti aggiuntivi o una parte di essi non siano stati spesi per il potenziamento dell'ADI.

L'assistenza domiciliare ai pazienti terminali

L'altra grande criticità dell'ADI delle Marche è costituita dall'assistenza ai pazienti terminali. La media italiana è di 1,9 pazienti terminali assistiti a domicilio ogni 1.000 cittadini residenti mentre le Marche registrano la quota di 0,9 pazienti terminali, meno della metà della media italiana (Cfr. Tab.1).

Anche in questo caso si registra una diminuzione rispetto al 2021 quando i casi terminali assistiti erano 1,2 ogni 1.000 residenti. Peggio delle Marche registrano dati peggiori solo il Lazio e la Calabria. Anche le ore di assistenza domiciliare per singolo caso sono bassissime. Mentre la media italiana è di 29 ore, nelle Marche le ore erogate per ogni singolo caso sono mediamente 17 (confermate rispetto al 2021), così che anche in questo caso il dato si avvicina alla metà del dato nazionale.

Se mettiamo insieme i dati relativi ai pazienti terminali seguiti e le ore medie di assistenza domiciliare erogate possiamo facilmente comprendere che le Marche dedicano a queste persone che stanno concludendo nella grave malattia la loro vita solo un quarto delle risorse che il complesso delle Regioni dedica mediamente loro.

Tutto questo mentre erano a disposizione le grandi risorse aggiuntive del PNRR. Come si spiega tutto questo?

La Regione Marche ha ricevuto dal PNRR un finanziamento aggiuntivo di circa 130 milioni per potenziare l'ADI per assistere a domicilio il 9,77% degli anziani.

La Regione Marche ha aumentato costantemente il numero degli anziani assistiti a domicilio che nel 2023 erano l'8,9% dimostrando di essere in linea con gli obiettivi posti dal PNRR. Ma questo risultato è stato raggiunto quasi dimezzando le ore di assistenza domiciliare per ogni singolo anziano (da 16 a 9) e riducendo il numero di pazienti terminali assistiti a domicilio che per le loro condizioni richiedono generalmente un numero di ore di assistenza superiore a quello degli anziani.

Sembra che si sia data priorità al mero adempimento formale degli obiettivi del PNRR, a discapito della qualità del servizio e dei reali bisogni dei cittadini, abbassando radicalmente gli standard assistenziali, che ora si attestano tra i peggiori d'Italia.

Resta da capire come mai, con ingenti risorse aggiuntive, le performance globali del servizio di cure domiciliari siano peggiorate. Una possibile spiegazione è che la Regione Marche, pur avendo le risorse, non abbia potenziato adeguatamente i servizi domiciliari, utilizzando solo in parte i finanziamenti del PNRR destinati all'ADI.

In conclusione, se da un lato le Marche appaiono in linea con gli obiettivi quantitativi del PNRR per l'ADI, un'analisi più approfondita rivela un quadro preoccupante di un'assistenza domiciliare depotenziata, con un drastico calo delle ore erogate e una scarsa attenzione ai pazienti più fragili, nonostante l'ingente flusso di finanziamenti dedicati.

3. Cosa prevede il PNRR⁴

3.1. La riforma

Il PNRR ha previsto la realizzazione della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, da introdurre attraverso un'apposita Legge Delega. Il *Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza* è nato proprio per elaborare proposte per la riforma. Le indicazioni del PNRR

⁴ Tratto da: Pesaresi F., Cosa prevede il PNRR, Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza, settembre 2021

riguardanti la riforma perlopiù riprendono quelle contenute nella proposta del Network Non Autosufficienza (NNA, 2021) e sono note (Gori, 2021). Qui interessa esclusivamente evidenziarne gli aspetti d'interesse per la domiciliarità.

Con una avvertenza iniziale: se è vero che gli obiettivi della riforma vengono formulati in termini piuttosto generali nel PNRR, è altrettanto vero che alcune indicazioni concernenti lo sviluppo delle politiche per gli anziani non autosufficienti emergono in modo abbastanza nitido. Si tratta di un punto cruciale ma sottovalutato dai più. Poiché il cammino verso la riforma rappresenta ora il punto di riferimento del settore, infatti, gli obiettivi che il PNRR le attribuisce dovrebbero rappresentare il naturale punto di riferimento di tutte le azioni compiute da qui in avanti.

Tre obiettivi, in particolare, meritano attenzione. Primo, si vuole “introdurre un sistema organico d'interventi a favore degli anziani non autosufficienti”. Il potenziamento della domiciliarità, dunque, si colloca nell'ambito di quella riforma delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) in Italia attesa dalla fine degli anni '90. Secondo, s'intende favorire la permanenza a domicilio, assicurando risposte adeguate agli anziani per i quali questo sia un obiettivo realizzabile. Si parla, ad esempio, di “*progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata*” (Governo italiano, 2021, pp. 2012 e 2016). Infine, si vogliono costruire risposte integrate, che superino l'attuale frammentazione degli interventi. Alcuni esempi dal testo del PNRR: s'intende affrontare “*in maniera coordinata i diversi bisogni che scaturiscono dal sorgere delle condizioni di non autosufficienza*”, si prevedono “*semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario*” e si prevede la “*definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni integrati*”. Di seguito si discutono le specifiche indicazioni del PNRR riguardanti la domiciliarità e, alla fine del capitolo, ci si chiederà se queste siano coerenti con gli obiettivi della riforma (box 2).

Box 2 – Obiettivi della riforma, indicati nel PNRR, di rilievo per la domiciliarità

- Il PNRR indica alcuni precisi obiettivi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
- Questi obiettivi dovrebbero costituire il punto di riferimento di tutti gli interventi compiuti da qui in avanti
- Tre obiettivi riguardano la domiciliarità:
 - Collocare il potenziamento della domiciliarità nell'ambito della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*);
 - Favorire, quando possibile, la permanenza dell'anziano a domicilio con sostegni adeguati;
 - Prevedere risposte integrate per superare l'attuale frammentazione degli interventi.

3.2. Le cure domiciliari

Veniamo ora alle indicazioni specifiche del PNRR, cominciando dalla componente 1 della “Missione 6 Salute”, che si pone l’obiettivo del rafforzamento dell’assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina a supporto della domiciliarità. L’investimento del PNRR che è stato chiamato “Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e Telemedicina” si traduce in tre misure, di seguito esaminate separatamente: aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, istituire le Centrali operative territoriali (COT) e potenziare la telemedicina.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è determinato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi per le cure domiciliari, 280 milioni per l’istituzione delle Centrali operative territoriali (COT) e 1 miliardo per la telemedicina (Cfr. Tab. 3.1).

Tabella 3.1 – PNRR. Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare telemedicina

Ambiti di intervento/misura	Totale mld
Potenziamento delle cure domiciliari (copertura 10% anziani)	2,72
Istituzione delle Centrali operative territoriali (COT)	0,28
Telemedicina	1,00
Totale Investimento: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4,00

Fonte: PNRR

3.3. Il potenziamento dell’assistenza domiciliare

L’incremento delle risorse dedicate

Il potenziamento dell’assistenza domiciliare costerà 2,72 miliardi per raggiungere il 10% degli anziani rispetto al 6,2% del 2019. Si tratta nel complesso di assistere con l’ADI, secondo il PNRR, un numero aggiuntivo di anziani pari a 806.970 (Cfr. Tab. 3.2). Successivamente l’obiettivo è stato corretto dal Governo che è stato fissato in 842.000. Se consideriamo che nel 2019 gli anziani assistiti con le cure domiciliari erano 858.722, l’obiettivo è arrivare al 2026 con l’assistenza sanitaria a domicilio di 1.700.000 anziani.

Entro il secondo trimestre del 2022 è invece prevista l’approvazione delle Linee guida contenenti il modello digitale per l’implementazione dell’assistenza domiciliare.

Per garantire la crescita dell’assistenza domiciliare, i costi per il personale cresceranno rispetto all’anno precedente di 578 milioni nel 2022 fino ad arrivare ad un incremento di 1.599.979.366 euro nel 2026, rispetto al 2021 (Cfr. Tab. 3.2).

Tabella 3.2 – Costi di personale per raggiungere l'obiettivo di curare a domicilio il 10% degli anziani entro il 2026

ADI – livelli di assistenza per intensità	Numero aggiionale di anziani assistiti	Costi per gli accessi addizionali (€)
Base	484.782	104.712.925
Primo livello	161.594	204.343.403
Secondo livello	80.797	353.655.358
Terzo livello	32.319	325.504.494
Cure palliative domiciliari	48.478	611.763.186
Totale	806.970	1.599.979.366

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR

L'aumento di spesa per il personale del SSN necessario a garantire, nel periodo 2022-2026, la crescita dell'assistenza domiciliare verrà sostenuto per il 48% da risorse statali e per il 52% da risorse del PNRR. Infatti, lo Stato italiano contribuisce alla spesa complessiva con 500 milioni all'anno di propri fondi già stanziati con leggi del 2020 (Cfr. Tab. 3.3), mentre per il resto il Governo utilizzerà 2,72 miliardi del PNRR spalmati in 5 anni per pagare il personale. Nei primi tre anni (2022-2024), dunque, la maggior parte della spesa per incrementare l'ADI sarà finanziata da fondi propri dello Stato già previsti in bilancio. In questi cinque anni i finanziamenti disponibili per le cure domiciliari crescono costantemente dai 578 milioni del 2022 fino ai 1.600 milioni del 2026 per garantire l'assistenza a domicilio ad un numero crescente di anziani aggiuntivi rispetto agli attuali: da 292.000 del 2022 fino ad arrivare a 806.970 anziani del 2026 (poi fissato in 842.000).

Tabella 3.3 – I costi per il personale dell’assistenza domiciliare ed il relativo finanziamento

Descrizione	2022	2023	2024	2025	2026	2027
I COSTI						
Costi del personale dell’assistenza domiciliare	578.231.762	760.889.632	997.151.408	1.283890.954	1.599.979.366	1.599.979.366
I FINANZIAMENTI						
Fondo sanitario di cui al comma 4, art. 1 del D.L. 34/2020	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624	265.028.624
Fondo sanitario di cui al comma 5, art. 1 del D.L. 34/2020	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000	235.000.000
PNRR	78.203.138	260.861.007	497.122.784	783.862.329	1.099.950.742	-
Risorse da reperire						1.099.950.742
GLI ASSISTITI						
Numero addizionale di anziani assistiti a domicilio	292.000	384.240	503.549	648.349	806.970	806.970

Fonte: nostra elaborazione su documenti del Governo italiano inviati all’UE a corredo del PNRR

Successivamente, nel 2024 sono stati aumentati e ridefiniti i finanziamenti aggiuntivi per l’ADI. Il PNRR ha stanziato 2,97 miliardi per il potenziamento dell’assistenza domiciliare integrata (ADI). A queste risorse si sono aggiunti altri 2 miliardi di euro aggiuntivi del bilancio dello Stato previsti dal D.L. 34/2020, per un totale di 5 miliardi di euro per il quinquennio 2022-2026.

La conferma di durata e intensità assai ridotte

Attualmente le ore di assistenza domiciliare che mediamente vengono erogate ad ogni anziano sono solamente 18 annue (nel 2019). Questo vuol dire che le cure domiciliari (ADI) vengono offerte solo per due o tre mesi, magari di seguito ad una dimissione ospedaliera. Significa che tutti i non autosufficienti che hanno bisogno delle cure domiciliari per anni, oggi sono esclusi da questo tipo di assistenza. Sono state evidenziate sopra le criticità del recente sviluppo dell’ADI nel nostro Paese, concentrato sull’ampliamento della copertura, con durata e intensità assai ridotte.

Il PNRR conferma tale impostazione. Infatti, il PNRR ha previsto un costo medio per ogni singolo utente delle cure domiciliari che è identico a quello attuale. Si tratta di circa 1.983 euro/annui medi a persona, anche se i costi variano a seconda della frequenza delle visite necessarie: si va da un minimo

di una visita al mese fino ad un massimo di 15 giorni al mese nel caso di cure palliative⁵. Se il costo medio dell'assistenza per ogni singolo caso rimane lo stesso di adesso anche per i nuovi casi futuri finanziati dal PNRR, significa che il sistema delle cure domiciliari, mediamente, non riuscirà a garantire di più delle 18 ore medie annue per singolo assistito a domicilio. In sintesi, ciò significa che s'intendono riprodurre le criticità del passato: il numero di anziani assistiti a domicilio aumenterà di 806.970 unità (non poco) ma l'intensità dell'assistenza rimarrà la stessa di adesso, senza la garanzia della continuità dell'assistenza.

Una domiciliarità composta esclusivamente da prestazioni sanitarie delle ASL

Inoltre, nulla si dice sulla necessità di affiancare agli interventi domiciliari di natura medico-infermieristica anche quelli – oggi marginali – di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la non autosufficienza preclude all'anziano di poter compiere da solo. Per contro, non sono stati stanziati neanche finanziamenti significativi sul fronte della domiciliarità sociale dei Comuni affinché gli interventi integrati possano essere implementati, per cui questo aspetto rimane del tutto insoluto. Inoltre, l'integrazione domiciliare implica la messa in campo anche di un intervento sociosanitario o sociale con figure diverse da quelle infermieristiche, spesso di competenza comunale e l'affiancamento e il supporto anche dei soggetti quotidianamente impegnati ad affrontare le limitazioni dell'autonomia dell'interessato, cioè i *caregiver* e le assistenti familiari.

In sintesi, viene confermata la previsione di un modello fondato esclusivamente su prestazioni sanitarie e senza il coinvolgimento dei Comuni.

La sostenibilità economica di lungo periodo

Un'ultima criticità è relativa al finanziamento del personale ma sorgerà solo nel 2027 quando non saranno più disponibili le risorse del Recovery Plan. Mancheranno per il personale 1,1 miliardi, che il PNRR afferma di reperire con improbabili risparmi che deriveranno da una riorganizzazione sanitaria che prevede la riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatezza relative

⁵ La stima dei costi è stata calcolata ipotizzando un incremento di anziani assistiti di 806.970 al 2026. Il costo medio è di 1.983 euro a persona (calcolato utilizzando il costo del numero di pazienti presi in carico nell'assistenza domiciliare durante l'ultimo anno di intervento) che porta ad una spesa stimata di 2.720.000.000 € per i pazienti presi in carico. In particolare il riferimento utilizzato è quello delle Regioni Emilia-Romagna, Veneto e Toscana dove la popolazione assistita in assistenza domiciliare è suddivisa nei seguenti quattro livelli di intensità assistenziale:

- 60% nell'assistenza domiciliare di base;
- 20% nell'assistenza domiciliare di primo livello;
- 10% nell'assistenza domiciliare di secondo livello;
- 4% nell'assistenza domiciliare di terzo livello e 6% nelle cure palliative domiciliari.

Il costo è stato stimato ipotizzando i seguenti interventi che tengono conto delle prese in carico nell'ultimo anno:

- 484.782 persone in assistenza domiciliare di base con 1 accesso al mese (5.817.385 accessi / anno) in media al costo di € 18 per accesso;
- 161.594 persone in assistenza domiciliare di primo livello con 3 accessi mensili (5.817.386 accessi / anno) di cui il 16% dei medici di base ad un costo di 18,9 euro l'uno e l'84% di altri operatori ad un costo di € 37,50 per accesso;
- 80.797 persone in assistenza domiciliare di secondo livello con 7 accessi mensili (6.786.949 accessi / anno) di cui il 13% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'87% degli altri operatori in media al costo di € 56,25 per accesso;
- 32.319 persone in assistenza domiciliare di terzo livello con 12 accessi mensili (4.653.908 accessi / anno) di cui l'11% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e l'89% degli altri operatori in media al costo di 75 € per accesso;
- 48.478 persone in cure palliative domiciliari con 15 accessi mensili (8.726.077 accessi / anno) di cui il 10% dei medici di base a 18,9 euro per accesso e il 90% degli altri operatori in media al costo di € 75.

alle malattie croniche, la riduzione degli accessi inappropriati nei Pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi e la riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci.

3.4. Le Centrali operative territoriali (COT)

Il secondo punto del progetto di potenziamento delle cure territoriali è quello che prevede l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione, fra l'altro, di coordinare la presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti. Le COT svolgeranno un ruolo significativo anche nei servizi domiciliari dovendo occuparsi della transizione fra i diversi setting assistenziali (ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie, dimissione domiciliare, ecc.) e del monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, di pazienti in assistenza domiciliare e della gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.). Per le COT è prevista una spesa di 280 milioni di euro per l'interconnessione tecnologica (Cfr. Tab. 3.4). Vi lavoreranno un coordinatore e 5 infermieri di comunità i cui costi (150 milioni) saranno coperti dalle risorse stanziare nel D.L. 34/2020.

Tabella 3.4 – Le Centrali operative territoriali previste dal PNRR

Regioni	n. COT previste
Piemonte	43
Valle d'Aosta	1
Lombardia	101
PA Bolzano	5
PA Trento	5
Veneto	49
Friuli-Venezia Giulia	12
Liguria	15
Emilia-Romagna	45
Toscana	37
Umbria	9
Marche	15
Lazio	59
Abruzzo	13
Molise	3
Campania	58
Puglia	40
Basilicata	6
Calabria	19
Sicilia	50
Sardegna	16
Italia	602

Fonte: nostra elaborazione su documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR

Le Centrali Operative Territoriali (COT) saranno dotate dei mezzi tecnologici necessari per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente. È previsto che le COT siano pienamente operative e distribuite in tutto il territorio entro il secondo trimestre del 2024.

Il ruolo delle Centrali Operative Territoriali

Le COT, così come sono state definite dal PNRR e soprattutto D. M. 77/2022, sono sostanzialmente da realizzare. Il loro compito, come è stato detto nelle righe precedenti, non è tanto quello di gestire le cure domiciliari *tout court* ma piuttosto gestire da un lato la continuità assistenziale curando i passaggi da un setting assistenziale ad un altro e dall'altro lato la gestione della piattaforma tecnologica per l'assistenza a distanza con la telemedicina dei pazienti a domicilio. Un ruolo strategico per le cure domiciliari ma con caratteristiche proprie.

3.5. La telemedicina

L'obiettivo dell'intera misura riguardante la telemedicina è quello di migliorare radicalmente la gestione dei pazienti con malattie croniche, ed in particolare di coloro che hanno più di 65 anni, con un investimento rivolto alla telemedicina. Questa azione sosterrà l'implementazione di modelli innovativi di gestione clinica per assistere i pazienti all'interno della loro casa, fornendo a pazienti/caregiver l'assistenza sanitaria sia con i professionisti sia con gli strumenti della telemedicina, della digitalizzazione, dell'intelligenza artificiale e degli strumenti di apprendimento automatico (*machine learning*) nel contesto globale delle cure primarie delle Aziende Sanitarie Locali.

I progetti di telemedicina finanziabili potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

Il cronogramma prevede che il Governo approvi i progetti delle Regioni ed assegni le risorse per la telemedicina alle Regioni stesse entro il quarto trimestre del 2023 per arrivare entro il quarto trimestre del 2025 ad assistere almeno 20.000 persone con la telemedicina. Questo progetto, dei tre relativi al potenziamento e alla modernizzazione dell'assistenza domiciliare, è quello che si concluderà più avanti nel tempo. Per cui i tre progetti partiranno gradualmente a partire dal 2022 ma, essendo intimamente legati per le interconnessioni organizzative e digitali, disporranno pienamente di tutte le loro funzionalità solo a partire dalla fine del 2025.

3.6. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale

Il PNRR, con la Missione 5 "inclusione e coesione" si occupa dell'assistenza socio-assistenziale, di titolarità dei Comuni, ad anziani non autosufficienti che vivono presso il proprio domicilio. L'azione, assai più limitata di quanto previsto per le cure domiciliari delle ASL, si suddivide in due misure.

Riconversione delle Rsa e gruppi di appartamenti

Tale misura è finalizzata alla riconversione delle RSA in gruppi di appartamenti dotati dei servizi necessari alla permanenza in sicurezza degli anziani, oppure per realizzare reti di sostegno per mantenere a casa gli anziani, a cui sono dedicate risorse pari a 307,5 milioni. Questa parte del PNRR è stata equivocata perché si è illustrata solo una delle due ipotesi di utilizzo delle risorse, quella finalizzata alla riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Peraltro, se fosse prevista solo questa ipotesi sarebbe sbagliata perché in Italia il nodo non è la riconversione dei presidi residenziali per anziani – che sono notoriamente pochi rispetto al resto d'Europa – ma la mancanza di strutture alternative per chi può vivere al domicilio con un supporto adeguato.

In realtà questo finanziamento di 307,5 milioni prevede anche l'ipotesi che gli Ambiti sociali territoriali possano proporre progetti con la creazione di reti assistenziali che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona.

Una progettualità innovativa, complementare ai servizi domiciliari

Questo intervento va sicuramente in direzione del sostegno agli anziani non autosufficienti che vivono a casa ma è diverso dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Con questo finanziamento, innovativo per l'Italia, si intendono promuovere due azioni:

- a. il sostegno e/o la realizzazione del modello degli alloggi protetti per gli anziani (che nelle situazioni degli anziani soli ma meno compromessi nelle funzionalità rappresentano una alternativa ai presidi residenziali);
- b. il sostegno finanziario per gli interventi di adattamento delle abitazioni degli anziani per abbattere le barriere architettoniche e/o per introdurre elementi di domotica, telemedicina, monitoraggio a distanza, ecc. per permettere loro di continuare a vivere nelle proprie abitazioni anche in presenza di una riduzione della funzionalità fisica.

La speranza è che questo asse di finanziamento possa rimanere anche dopo il PNRR perché è diverso ma complementare rispetto al più tradizionale servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale. Insieme completano il progetto di domiciliarità in modo efficace e moderno.

Servizi sociali a domicilio per le dimissioni ospedaliere

La seconda misura d'interesse contenuta nella missione 5 consiste in interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio necessari a garantire la dimissione ospedaliera anticipata e a prevenire i ricoveri in ospedale, a cui sono finalizzati 66 milioni. Il PNRR intende così offrire un supporto al SAD affinché possa offrire l'assistenza integrata con l'ADI. L'ADI, nel prossimo quinquennio, crescerà in modo molto significativo – come si è visto – ed aumenterà significativamente anche il numero di anziani non autosufficienti che avranno bisogno insieme alle cure domiciliari di tipo sanitario anche del sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana. Oggi, gli anziani che ricevono l'assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata con le cure domiciliari sono solo 57.000 circa, pari allo 0,4% di tutti gli anziani. Si tratta, come è del tutto evidente, di un numero estremamente modesto. I 66 milioni di euro stanziati dal PNRR sembrerebbero, dunque, essere destinati a potenziare, sul fronte sociale, l'integrazione dei servizi domiciliari sociali e sanitari: tuttavia, l'esiguità del finanziamento, che costituisce solo il 2,4% di quello riservato al potenziamento dell'ADI, non pare dar vita ad una concreta occasione in tale direzione. Lo sbilanciamento tra un forte investimento nei servizi domiciliari di titolarità delle ASL ed uno minimo in quelli dei Comuni rappresenta, dunque, una criticità di fondo del PNRR.

3.7. Una lettura d'insieme

Dopo aver esaminato le specifiche indicazioni del PNRR in materia di domiciliarità, verifichiamone ora la coerenza con gli obiettivi della riforma indicati nel medesimo documento e sintetizzati all'inizio del capitolo. La disamina delle diverse misure considerate porta a concentrare l'attenzione sul corposo stanziamento nell'ADI, che costituisce – di gran lunga – il maggiore investimento del PNRR concernente la domiciliarità.

Il primo obiettivo attribuito alla riforma consiste, appunto, nel collocare il potenziamento della domiciliarità nell'ambito della riforma nazionale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care). Questo obiettivo non può dirsi raggiunto. Infatti, nell'ADI si prevede di riprodurre il modello oggi vigente, caratterizzato da minima intensità e durata assai ridotta delle risposte. Si tratta, dunque, di utili interventi sanitari a domicilio ma non di una risposta alle esigenze legate alla non autosufficienza, come già detto nel precedente capitolo. Interventi di ADI dal profilo di quelli qui disegnati non sono considerati – a livello internazionale – misure di long-term care.

Il secondo obiettivo consiste nel favorire quando possibile la permanenza degli anziani a domicilio, attraverso sostegni adeguati. Evidentemente, un'ADI così congegnata non può ambire al raggiungimento di un simile scopo. L'ultimo obiettivo consiste nel prevedere risposte integrate per superare l'attuale frammentazione degli interventi. Anche questo non è raggiunto, laddove non è prevista alcuna forma di coordinamento tra ASL e Comuni.

Le specifiche azioni previste nel PNRR per la domiciliarità non sono, dunque, coerenti con gli obiettivi della riforma (Cfr. Tab. 3.5). Molte ne possono essere le ragioni, non ultimo il fatto che la riforma è stata inserita nel Piano nelle concitate battute finali della sua elaborazione, mentre le altre misure sono state disegnate tempo prima, quando questa non era un'ipotesi in campo. In ogni modo, quello che conta ora è compiere ogni sforzo affinché le importanti risorse destinate alla domiciliarità nel Piano siano utilizzate in modo coerente con gli obiettivi della riforma.

Tabella 3.5 – Domiciliarità: coerenza tra gli obiettivi della riforma e gli investimenti del PNRR

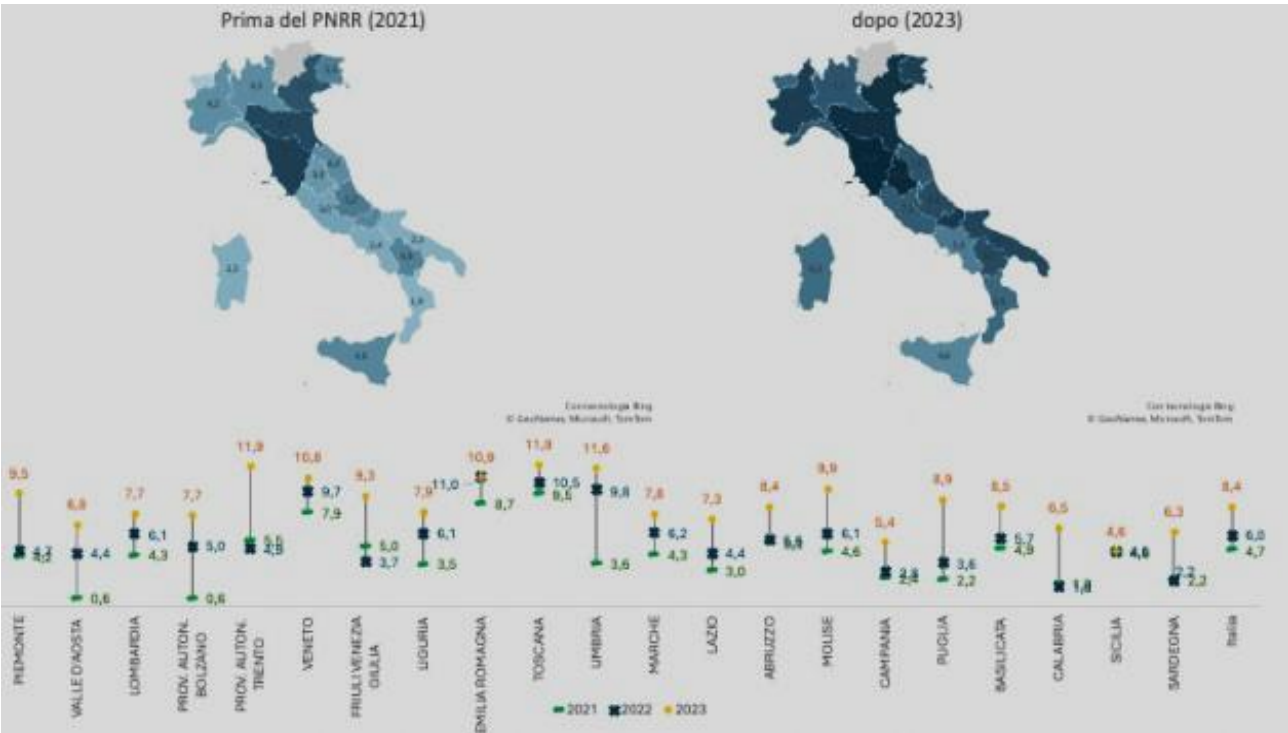
Obiettivo che il PNRR attribuisce alla riforma	Gli investimenti del PNRR lo perseguono?
Collocare il potenziamento della domiciliarità nell’ambito della riforma nazionale dell’assistenza agli anziani non autosufficienti (long-term care)	No
Favorire, quando possibile, la permanenza dell’anziano a domicilio con sostegni adeguati	No
Prevedere risposte integrate per superare l’attuale frammentazione degli interventi	No

4. Assistenza domiciliare: cos’è cambiato con il PNRR⁶

4.1. Come sta cambiando l’ADI?

Prima del PNRR erano assistiti in ADI circa 650mila anziani, numero lievitato a 1,17 milioni nel 2023, equivalente all’8,4 per cento degli over 65. Per molte Regioni ciò ha significato più che un raddoppio dell’utenza nel solo ultimo biennio (figura 4.1).

Figura 4.1 – La copertura: il tasso di anziani assistiti in ADI



Fonte: elaborazioni su dati SIAD

⁶ Tratto da: Pelliccia L., *Assistenza domiciliare: cos’è cambiato con il PNRR*, 21 gennaio 2025, LaVoce.info: <https://lavoce.info/archives/106859/assistenza-domiciliare-cose-cambiato-con-il-pnrr/>

Ma come stanno cambiando i livelli di erogazione per i singoli? Da più di un decennio è in uso un sistema di classificazione ministeriale – il SIAD – che, attraverso il calcolo della frequenza con cui il singolo assistito riceve accessi al domicilio nel periodo di presa in carico, distingue due livelli di intensità:

- “cure domiciliari di base”, quando il servizio socio-sanitario regionale (SSR) interviene a domicilio meno di una volta alla settimana per bisogni estemporanei o prestazionali di bassa complessità;
- “cure domiciliari integrate”, quando il SSR assicura più di un accesso alla settimana, secondo i bisogni emersi da valutazione multidimensionale e da piano di assistenza individualizzato (Pai).

L’assistenza domiciliare vera e propria, specie nel caso di persone con esigenze complesse, dovrebbe essere quella della seconda categoria, che nel 2021 pesava per il 58,7 per cento. Il corposo investimento di risorse PNRR ha significato la riduzione di questa quota al 41,1 per cento, mentre si è ampliata la quota del “prestazionale” che ha raggiunto, nel 2023, il 58,9 per cento. L’incidenza degli interventi iniziati e conclusi nello stesso giorno (un sottoinsieme delle cure domiciliari di base) è passata dal 15 per cento del 2021 al 29 per cento del 2023 (figura 4.2).

Figura 4.2 – L’intensità assistenziale dell’ADI per gli anziani

Livello di intensità		peso 2021	peso 2023	
Cure domiciliari di base		14,7%	38,8%	↑
	Cia base (fino a 4 accessi/mese)	26,5%	20,1%	↓
Cure domiciliari integrate	CIA I	22,1%	15,5%	↓
	CIA II	22,8%	15,9%	↓
	CIA III	3,2%	2,1%	↓
	CIA IV	10,7%	7,6%	↓
		100%	100%	

Per dare una dimensione dello sforzo assistenziale dei servizi sanitari regionali al domicilio occorre anche guardare i numeri degli accessi di operatori, in altre parole quante volte gli infermieri o medici o fisioterapisti od operatori sociosanitari sono intervenuti a domicilio. Mediamente, nel 2023 ogni

anziano ha ricevuto 14,3 accessi, meno di quelli erogati nel pre-PNRR (figura 4.3). I volumi infatti aumentano, ma a una velocità inferiore alla crescita del numero di utenti. Si ha così un “effetto di polverizzazione” dell’assistenza sull’ampliamento della casistica.

Da una nostra stima effettuata sui volumi di incremento 2021-2023, risulta che ogni utente aggiuntivo ha ricevuto in media 12 accessi, un valore inferiore ai 39 accessi per utente definito dalla metodologia con cui era stato valorizzato il pacchetto standard da erogare agli 800mila nuovi assistiti.

Quanto dura la presa in carico? Mediamente nel 2023 ogni anziano è stato assistito in ADI per circa tre mesi (123 giornate di cura). La durata media di ogni presa in carico (ogni anziano può essere stato preso in carico più volte nello stesso anno) è di poco più di due mesi (figura 4.3).

La polverizzazione dell’assistenza sembra l’effetto del combinato disposto del disegno dell’investimento PNRR, che prevede:

- un sistema di monitoraggio basato sulla sola numerosità degli assistiti;
- un sistema di finanziamento per utente quantificato sulla base di un pacchetto standard predefinito, quota garantita anche ai casi di erogazione inferiore al pacchetto standard.

Il PNRR sembra dunque aver promosso un ampliamento dell’utenza a discapito dell’intensità e della durata del servizio, accentuando l’annosa criticità del nostro sistema di assistenza domiciliare, che non si configura come un intervento per le esigenze della non autosufficienza.

Figura 4.3 – Indicatori di durata/volumi complessivi



Fonte: erogato per anziano 2021, annuale statistico SSN

4.2. Una prima valutazione d’insieme

Il Sistema sanitario nazionale cerca di fare della casa il luogo privilegiato di cura. Per un sistema “ospedalocentrico” pensato per le acuzie, con obiettivi solo per i servizi tradizionali (ricoveri, specialistica ambulatoriale), aver dato alle Regioni target per la domiciliarità è un passo in avanti. I dati dimostrano che il servizio si sta diffondendo, ma la crescita ha il limite di un incremento dell’assistenza di breve durata e con scarsa frequenza degli accessi. Si fa più ADI per gestire esigenze di bassa complessità di tipo episodico (ad esempio per i prelievi) o per fare sanità d’iniziativa. Gli interventi più intensivi, continuativi e multidisciplinari non hanno trovato le stesse risposte. È probabile che le Regioni abbiano sviluppato soprattutto l’ADI prestazionale poiché eventuali

investimenti su quella più intensiva e integrata non sarebbero stati valorizzati dal sistema di monitoraggio del PNRR, che mette l'accento sul solo numero degli utenti, a prescindere dall'erogazione per caso.

Non sembra essere stata risolta la storica carenza di un servizio domiciliare pensato per la presa in carico della non autosufficienza, anzi sembra accentuarsi un modello prestazionale per gestire le sole fasi di acuzie, al massimo quelle postacuzie.

Una siffatta evoluzione dell'ADI non sembra peraltro coerente con le logiche dei piani per la cronicità, che raccomandano la stratificazione dell'utenza per livelli di bisogno, con un'erogazione proporzionale: assistenza più intensiva agli anziani multipatologici e complessi, con limitazioni funzionali ed elevati bisogni sociali, ovvero per quelli al vertice della piramide della cronicità.

Allo stato dell'arte, è prematuro verificare se questo tipo di ADI aggiuntiva sia stata utile al SSN per ridurre le degenze ospedaliere, limitare i ricoveri inappropriati o ripetuti, gli accessi in pronto soccorso, a prevenire o ritardare le istituzionalizzazioni. Questi ultimi, però, sono risultati presumibilmente conseguibili solo se l'ADI è continuativa e intensiva.

Ci sono dunque margini di miglioramento per potenziare l'efficacia del servizio e per disegnare politiche che incentivino risposte adeguate ai bisogni degli anziani. È tempo di realizzare un più fine monitoraggio degli sforzi assistenziali al domicilio, che tenga conto della complessità degli obiettivi a cui il welfare domiciliare è chiamato a contribuire.

5. La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR⁷

5.1. Di cosa ci sarebbe stato bisogno

Alla vigilia del PNRR l'ADI appariva come un servizio connotato da forte disomogeneità tra le Regioni in termini di:

- numerosità dell'utenza servita;
- intensità dell'assistenza (frequenza degli accessi durante il periodo di presa in carico);
- mix professionale (figure professionali coinvolte);
- durata della presa in carico.

Dare centralità all'assistenza domiciliare (“casa come primo luogo di cura”) avrebbe dovuto significare agire in modo organico su questi vari aspetti. Ci sarebbe stato bisogno di un piano di potenziamento che intervenisse su questi diversi fronti, incoraggiando le *best practices*. Il sistema avrebbe avuto necessità di promuovere lo sviluppo di un modello di ADI in grado di assicurare un'assistenza qualificata sotto tutti i profili assistenziali, tenendo conto di tutti i vari target a cui le cure domiciliari devono rispondere:

- a) gestione dei bisogni nelle fasi di postacuzie;
- b) gestione dei bisogni di assistenza continuativa delle persone non autosufficienti;
- c) gestione dei bisogni di cure palliative domiciliari;

⁷ Tratto da Pelliccia L., La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR, Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024 Paper tecnico n.2, 13 Settembre 2023.

- d) gestione dei bisogni dei pazienti cronici;
- e) gestione dei bisogni di cura di tipo estemporaneo/episodico/occasionale;
- f) empowerment per la prevenzione della cronicità.

La necessità di un'ADI "su misura" rispetto ai bisogni degli assistiti è peraltro auspicata dallo stesso D.M. 77: infatti, il nuovo modello organizzativo per la sanità territoriale ha promosso un processo di analisi dei bisogni finalizzato alla programmazione delle risposte, centrato sulla stratificazione del rischio in base ai bisogni socio-assistenziali (per i pazienti più complessi si dovrebbero progettare PAI domiciliari più intensivi e articolati).

La riqualificazione dell'ADI avrebbe dovuto garantire uno sviluppo omogeneo di tutte le diverse funzioni di questo servizio. Avrebbe altresì dovuto perseguire l'integrazione con gli altri servizi sanitari (in particolare la continuità ospedale-territorio) e l'integrazione con la rete dei servizi sociali.

5.2. Gli obiettivi del PNRR (M6-C1-1.2.1)

Il disegno del PNRR approvato a inizio 2021 ha individuato un unico obiettivo per le cure domiciliari, ovvero quello di aumentare il numero di utenti assistiti (l'unico target che persegue il PNRR è assistere il 10% degli anziani nel 2026); la modalità di quantificazione di tale obiettivo non è stata resa nota⁸. Rispetto allo stato dell'ADI del 2019 (anno *baseline*) le Regioni dovranno assistere a domicilio circa 800.000 utenti in più entro il 2026.

Attraverso i decreti attuativi del PNRR (Allegato 1 del D.M. 23/1/23) tale target del 10% è stato declinato nell'individuazione degli utenti aggiuntivi che ciascuna Regione dovrà garantire entro il 2025. Non viene specificata l'intensità assistenziale richiesta per questi utenti aggiuntivi. Infatti, il relativo sistema di monitoraggio prevede che tutte le diverse tipologie di ADI concorrano indistintamente al perseguimento dell'obiettivo del 10% (Indicatore SIAD 5 bis che aggrega tutti i coefficienti di intensità assistenziale (CIA), dal CIA base alle cure palliative domiciliari).

Dalla metodologia di stima dei costi annessa al PNRR⁹ si evince che il modello di sviluppo delle cure domiciliari perseguito dal PNRR è quello delle Regioni selezionate come *benchmark*: Emilia-Romagna, Toscana e Veneto¹⁰. Si tratta delle Regioni che mostravano il più alto tasso di anziani assistiti nel 2019¹¹. L'obiettivo del PNRR è dunque quello di estendere, entro il 2026, il modello di

⁸ La documentazione a corredo del PNRR non esplicita come sia stato quantificato questo target: non è esplicitato quali analisi sono state condotte per stimare un fabbisogno – indicativo dell'incidenza dell'utenza target, ovvero degli anziani non autosufficienti – pari al 10% della popolazione over 65.

⁹ "Metodologia per l'adozione di opzioni di costo semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese", previste dagli articoli 52 e seguenti del regolamento (UE) 2021/1060 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 giugno 2021 (comma 4 dell'art. 10 del decreto-legge del 11 settembre 2021, n.121, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2021, n.156), adottata nell'ambito dell'investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (Adi)".

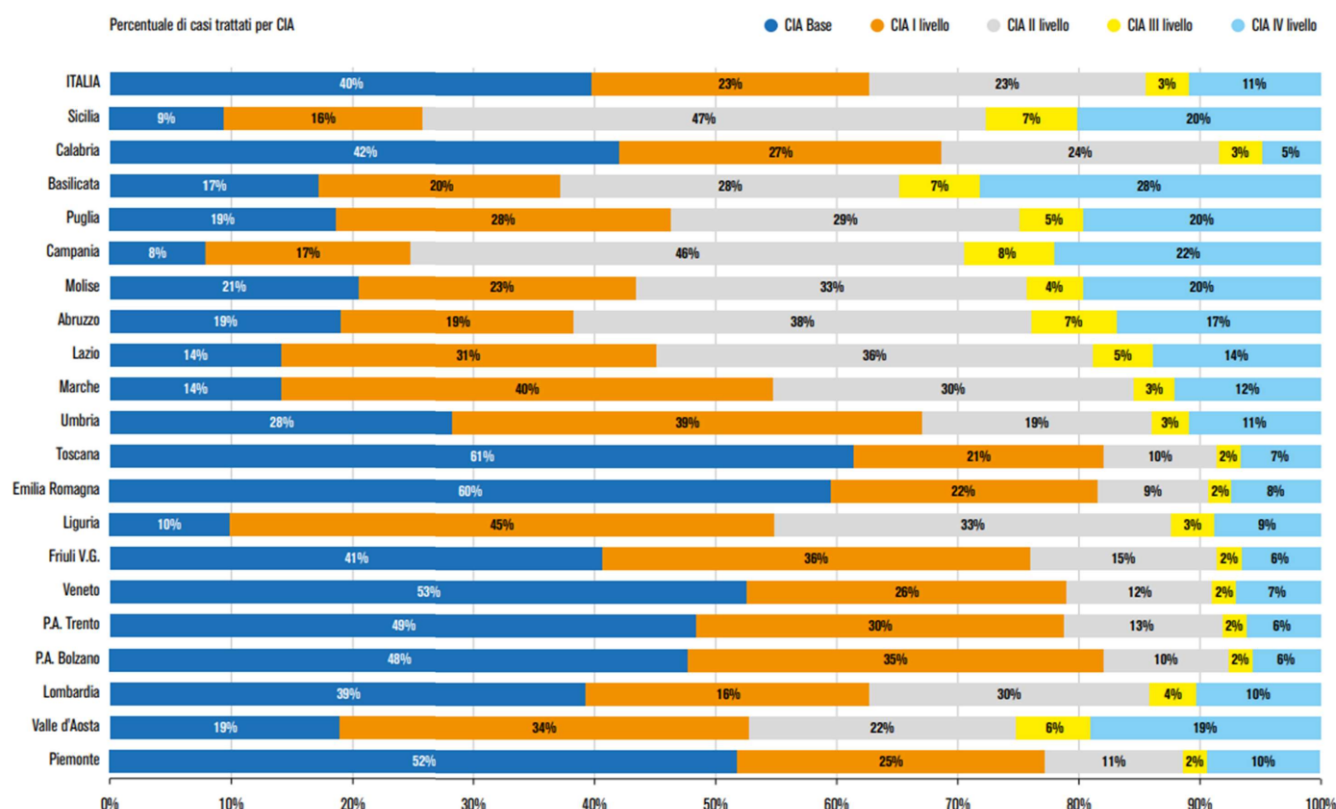
¹⁰ Fonte: *Implementation, monitoring, control and audit of the National Recovery and Resilience Plan, Technical annex* e Decreto 13 marzo 2023, Approvazione della "Metodologia per l'adozione di Opzioni di Costo Semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese".

¹¹ A fronte di una media nazionale di 5,1% di assistiti over 65 (sulla popolazione di riferimento), le Regioni che a livello nazionale nel 2019 presentano la più alta copertura sono il Veneto (8,8%), l'Emilia-Romagna (9,2%) e la Toscana (8,3%). Tale percentuale è stata ricostruita rapportando gli assistiti per Regione riportati nel documento tecnico annesso al PNRR (*People over 65 treated in homecare - baseline 2019*) e la popolazione regionale 2019 over 65. Non sono stati

queste tre Regioni al resto del Paese.

Ai fini di questa selezione non si è tenuto conto del fatto che queste tre Regioni presentano un livello di intensità assistenziale abbastanza limitato (figura 5.1), ovvero presentano un’altissima incidenza del livello CIA base.

Figura 5.1 – Distribuzione dell’ADI per livelli di intensità assistenziale, 2019

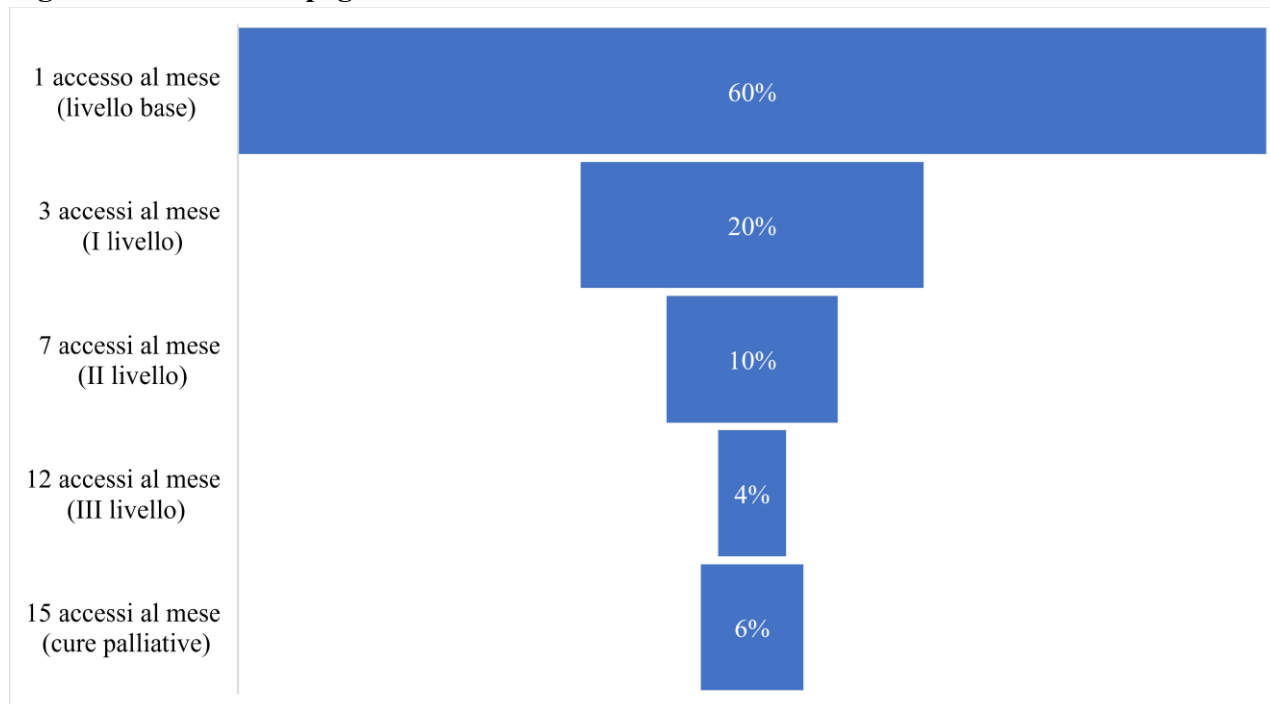


Fonte: Agenas, Monitor n.45

Il PNRR è stato disegnato ipotizzando di aumentare il numero di anziani presi in carico, offrendo loro il servizio erogato mediamente dalle 3 Regioni *benchmark* (figura 5.2). Secondo questo disegno, l’80% dei nuovi assistiti riceverebbe un livello di cure domiciliari che non risulta classificabile come “cure domiciliari integrate/cure palliative” ai sensi dell’art. 22 e 23 del D.P.C.M. 12/1/2017. In ogni caso, come di seguito ulteriormente discusso, si tratta di un’ipotesi di composizione non accompagnata da vincoli attuativi: alle Regioni non viene chiesto di rispettare questa o altre composizioni nella scelta della tipologia di cure domiciliari da erogare con il PNRR.

utilizzati idati sulla copertura diffusi da Agenas (2022), per presunte anomalie tra quanto esposto nel commento della Figura 1 e i relativi valori (es. per l’Emilia-Romagna).

Figura 5.2 – Stima impegno assistenziale nuovi utenti PNRR



Fonte: nostra elaborazione di “Implementation, monitoring, control and audit of the National Recovery and Resilience Plan, Technical annex12”

Preoccupazioni circa la sottostima dell'intensità media da erogare con il modello di ADI preso a riferimento per il disegno del PNRR - quale risultato della scelta di prendere come benchmark le Regioni con maggiore diffusione del servizio ma scarsa intensità - sono state espresse anche dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio¹³.

5.3. I limiti e i rischi della Missione M6-C1-1.2.1

Quali effetti potrebbe generare una siffatta metodologia basata esclusivamente sul conteggio del numero di assistiti, a prescindere dalle caratteristiche del servizio? Se questa fosse la risposta del Paese al PNRR, quale profilo avrebbero le cure domiciliari nel 2026?

Tenuto conto del sistema di monitoraggio a PNRR vigente (Box 1) è probabile che nel prossimo biennio le Regioni indirizzino le risorse del PNRR e i propri sforzi assistenziali sulla tipologia di assistenza che sarà maggiormente valorizzata dalla metodologia di monitoraggio del PNRR, ovvero spingeranno sulle tipologie di cure domiciliari “di base”, quelle che garantiscono un più elevato risultato in termini di conteggio del numero di utenti. In un contesto di criticità nel reperimento di figure infermieristiche, potrebbero essere privilegiate dalle Regioni le tipologie di cure domiciliari

¹² Sebbene il sistema di classificazione basato sul CIA preveda di considerare di primo livello le prese in carico che su base mensile assicurano almeno 4 accessi, nell'allegato tecnico al PNRR si ipotizza un'assistenza di primo livello con 3 accessi/mese.

¹³ Ufficio parlamentare di bilancio (2022), “Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti”, Focus n. 4, agosto e Ufficio parlamentare di bilancio (2023), “L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale”, Focus n. 2, marzo.

che, dato l'organico disponibile, massimizzano il numero di assistiti. Ad esempio, potrebbe essere largamente favorito lo sviluppo delle prestazioni di monitoraggio degli infermieri di famiglia sui pazienti cronici (es. verifica dell'aderenza ai piani terapeutici una volta al mese o altri interventi di care management). Oppure lo sviluppo di interventi estemporanei su bisogni sporadici (es. prelievi ematici al domicilio). Altri interventi più complessi (es. ADI per esigenze di lungo-assistenza, cure palliative domiciliari o postacuzie) sarebbero invece trascurati, perché non opportunamente valorizzati dal sistema di monitoraggio; in altre parole, le Regioni non avrebbero incentivi a dedicare risorse ad altre tipologie di cure domiciliari più impegnative, perché il sistema di monitoraggio del PNRR assegnerebbe loro lo stesso peso delle cure domiciliari leggere.

Box 1 – Il sistema di monitoraggio ai sensi del D.M. 23/1/2023

L'attuale sistema di monitoraggio del PNRR (D.M. 23/1/2023) considera, per ciascun anno, il numero di utenti over 65 inseriti dalle Regioni nel Flusso SIAD, indipendentemente dalla durata della presa in carico (rileva anche l'assistenza "spot" di una sola giornata) e dalla frequenza degli accessi (CIA). Si tratta dunque di una valutazione "monodimensionale" che parifica tutte le differenti tipologie di ADI, senza riconoscerne la diversa complessità assistenziale e il diverso livello di benefici per il sistema. Ad esempio, se due diverse Regioni assistono 100 anziani, la prima assicurando a ciascuno 5 accessi al mese e la seconda 1 accesso all'anno, ai fini del PNRR ottengono entrambe la stessa valutazione.

Allo stesso modo, nell'attuale metodologia hanno lo stesso valore:

- un assistito che viene preso in carico in modo estemporaneo (es. per un'esigenza sporadica) ricevendo un solo accesso con contestuale dimissione dall'assistenza domiciliare;
- un assistito con continuità del servizio domiciliare per un intero anno.

Quanto prospettato nello scenario a PNRR vigente sarebbe un risultato coerente con modello della nuova sanità territoriale (D.M. 77)? Si tratterebbe di un modello in linea con quanto previsto dalla legge di riforma dell'assistenza agli anziani? Sarebbe un risultato utile al Servizio Sanitario Nazionale?

Il D.M. 77 auspica un modello di sanità territoriale basato sulla stratificazione degli utenti su vari livelli; ogni livello necessita di risposte appropriate¹⁴; al crescere della complessità dei bisogni la nuova sanità territoriale deve rispondere con risposte multiprofessionali, integrate e complesse.

¹⁴ Si veda tab. 2 – Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali.

Box 2 – Di quali cure domiciliari avrebbero bisogno gli anziani non autosufficienti? Cosa garantisce il SSN a queste persone?

Per gestire a domicilio un anziano non autosufficiente con limitazioni di tipo fisico/cognitivo sono necessari interventi di natura multiprofessionale erogati in maniera ricorrente nel tempo. L'erogazione di interventi per la gestione di bisogni meramente clinici (es. somministrazione terapie, prelievi, cambio-catetere) non esaurisce il ventaglio di necessità che gli stessi LEA riconoscono alle persone non autosufficienti, ovvero: il supporto alla famiglia e/o al caregiver, gli interventi riabilitativi e, in compartecipazione con i servizi sociali, dei servizi di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare per esigenze di igiene, mobilitazione ecc. Riconoscere l'importanza di queste attività significa dare valore agli interventi proattivi: si pensi alla prevenzione delle piaghe da decubito che, se non tempestivamente gestite, possono trasformarsi in patologie con carichi assistenziali molto più ingenti. Queste previsioni del D.P.C.M. 12/1/2017 sono sinora rimaste perlopiù inattuato: le cure domiciliari erogate dalle Regioni sono quasi esclusivamente prestazioni sanitarie di bassa complessità erogate per brevi periodi di tempo. Nonostante i LEA riconoscano garanzie per gli anziani non autosufficienti a domicilio, l'ADI LTC (fatta anche di interventi di supporto alle esigenze di igiene, addestramento-educazione sanitaria, mobilitazione, sollievo, supporto psicologico al caregiver) aspetta ancora di essere sviluppata. Bisogna inoltre evitare di confondere le esigenze degli anziani non autosufficienti con quelle delle persone con patologie croniche (es. equiparare le persone con demenze a quelle con specifiche patologie, es. diabete). Sarebbe sbagliato ritenere che le risposte per i cronici (es. interventi di care management degli IFeC per l'aderenza ai PAI) siano appropriate per le persone con limitazioni. Peraltro, per le esigenze delle persone non autosufficienti gli interventi di telemedicina-tecnoassistenza, trovano un'efficacia limitata.

Se il PNRR dovesse tradursi esclusivamente nello sviluppo degli interventi di monitoraggio degli IFeC, in aggiunta agli interventi tradizionali di tipo sporadico, quanto previsto dai LEA per gli anziani non autosufficienti continuerebbe a rimanere disapplicato.

Gli interventi per la gestione proattiva della cronicità attuabili attraverso gli infermieri di famiglia sono la risposta ad esigenze collocabili alla base della piramide della cronicità (I, II e III livello di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni assistenziali, tab. 2 D.M. 77). Pur riconoscendo l'importanza di promuovere la medicina d'iniziativa e le logiche di presa in carico proattiva, bisogna precisare che si tratta di prestazioni che non necessariamente devono essere erogate al domicilio (i servizi domiciliari, in una logica di efficienza/appropriatezza organizzativa, dovrebbero essere riservati all'utenza che, a causa di limitazioni, non riesce ad accedere ad altri servizi della sanità territoriale).

Se il PNRR dovesse servire a sviluppare esclusivamente questo tipo di risposte, il D.M. 77 rimarrebbe incompiuto per la parte dei bisogni più complessi (livelli IV, V e VI della tab. 2 del D.M. 77); l'utenza più compromessa, che a causa delle proprie limitazioni funzionali non riesce ad accedere ai servizi sanitari, beneficerà in maniera limitata degli interventi domiciliari del PNRR.

Paradossalmente, si rischia che l'utenza maggiormente deputata alle cure domiciliari ai sensi del

D.P.C.M. LEA (“le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità”) venga trascurata dalla gestione operativa del PNRR. Un PNRR fatto esclusivamente di interventi domiciliari prestazionali o di azioni per la prevenzione della cronicità non perseguirebbe quegli obiettivi che lo stesso D.P.C.M. 12/1/2017 riconosce alle persone non autosufficienti assistite a domicilio: “limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita” (Art. 22 D.P.C.M. 12/1/2017)”. Se l’ADI tenesse conto delle specifiche esigenze degli anziani non autosufficienti, invece, potrebbe configurarsi come un servizio utile a ritardare le istituzionalizzazioni.

Più in generale, se nei prossimi anni si dovessero sviluppare solo tipologie di “cure domiciliari leggere, sporadiche e proattive”, si perderebbe l’occasione di far crescere quelle cure domiciliari configurabili come un servizio alternativo ai ricoveri: le dimissioni protette continuerebbero a rappresentare un fenomeno di nicchia. Si perderebbe la possibilità di decongestionare la rete ospedaliera (si pensi al prolungamento delle degenze degli anziani dovuto alla mancata attivazione di servizi domiciliari sostitutivi). Se invece il PNRR favorisse, attraverso un’opportuna valorizzazione, l’ADI intensiva e qualificata per le fasi di post acuzie/dimissioni protette e per l’assistenza continuativa, la rete ospedaliera otterrebbe considerevoli benefici in termini di maggiori possibilità di utilizzare i relativi posti, con importanti vantaggi anche rispetto all’incombente criticità di riduzione dei tempi d’attesa.

In definitiva, se non si intervenisse sull’attuale PNRR per le cure domiciliari, a regole vigenti, un sistema che incoraggia il Paese a massimizzare il numero di anziani assistiti a domicilio a prescindere dalle caratteristiche del servizio, potrebbe comportare una serie di rischi per il sistema sanitario:

- inappropriata e mancata ottimizzazione nell’uso delle risorse;
- incapacità di orientare le risposte ai diversi livelli di bisogno (come auspicato dal D.M. 77);
- incapacità di promuovere sinergie di rete (es. riduzione dei ricoveri evitabili), continuità ospedale-territorio;
- incapacità del SSN di prendere in carico a domicilio l’utenza più complessa con esigenze continuative;
- i LEA per gli anziani non autosufficienti a domicilio continuerebbero ad essere incompiuti.

L’urgenza di avviare un percorso di implementazione dell’ADI per la LTC è peraltro indifferibile, tenuto conto di quanto previsto dalla Legge 23 marzo 2023, n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” in materia di assistenza domiciliare: il Governo, è infatti delegato ad adottare decreti che progressivamente garantiscano l’unitarietà delle risposte della filiera sociale e sanitarie, l’adeguatezza delle prestazioni ai bisogni e alle capacità delle persone anziane non autosufficienti, il coordinamento/coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati (art. 4 c.2).

5.4. Quali possibilità di miglioramento rispetto all’attuale formulazione del PNRR?

Come specificato nel Box 1, l’attuale sistema di monitoraggio del PNRR basato sul mero conteggio degli assistiti parifica tutte le diverse tipologie di presa in carico, indipendentemente dalla durata, dalla frequenza degli accessi e dal mix professionale.

Tale sistema monodimensionale non è dunque in grado di tener conto del diverso sforzo assistenziale erogato dalle Regioni in termini di complessità assistenziale e dei relativi benefici per il sistema.

Si potrebbe intervenire su questi limiti attraverso una revisione del sistema di monitoraggio, assegnando un peso diverso a ciascuna tipologia di ADI, attraverso appositi fattori di aggiustamento per tenere conto del diverso impegno assistenziale di ogni fattispecie di cure domiciliari: si individua

il profilo standard medio nazionale (numero di accessi per caso) risultante dalle evidenze dell'anno di partenza a cui si assegna un peso pari a 1: alle prese in carico più impegnative del profilo standard si riconosce un peso maggiore; alle prese in carico meno impegnative della media, un peso inferiore a 1. Il numero di assistiti per il coefficiente di pesatura/conversione rappresenta il numero di assistiti equivalenti.

L'obiettivo di prendere in carico con l'ADI oltre 800.000 anziani nel 2026 sarebbe mantenuto, ma si trasformerebbe in "assistiti equivalenti". Ciò consentirebbe alle Regioni che erogano un'assistenza più intensiva e continuativa, di valorizzare i propri sforzi. Potrebbero raggiungere l'obiettivo di aumento della presa in carico potenziando l'erogazione più appropriata rispetto ai bisogni dei propri assistiti, senza dover concentrare gli sforzi esclusivamente nella proliferazione del loro numero. Si tratterebbe, dunque, di una facilitazione per le Regioni e non un aggravio. Servirebbe a stemperare l'eccessiva enfasi e preoccupazione delle Regioni sull'obiettivo della numerosità degli utenti. Le Regioni individuano il mix assistenziale più appropriato rispetto alle esigenze rilevate dai propri distretti in fase di valutazione, tenendo conto dei loro bisogni multidimensionali. Erogare assistenza continuativa con diverse figure professionali agevolerebbe il raggiungimento dell'obiettivo assegnato alle Regioni. Indirettamente si creerebbero incentivi per investire sull'ADI più qualificata.

In aggiunta al generico target di aumento della numerosità degli assistiti, potrebbero essere assegnati alle Regioni specifici obiettivi da raggiungere con interventi di ADI qualificata. Ad esempio, ci si potrebbe aspettare almeno il 30% degli assistiti aggiuntivi annuali dovrebbe ricevere assistenza "intensiva", multiprofessionale e continuativa.

Si tratta di caratteristiche rilevabili dal SIAD¹⁵, senza necessità di modifica dei sistemi informativi. Si precisa che, anche in tale ipotesi di revisione, non sarebbe necessaria una rendicontazione a costi reali, ma potrebbero continuare ad essere impiegati i costi standard semplificati (con opportuna declinazione per livelli di intensità assistenziale e relativa diversa pesatura in termini di raggiungimento del target).

Le Regioni che a parità di assistiti erogano assistenza più qualificata avrebbero la possibilità di dimostrare di aver raggiunto un maggior numero di "assistiti equivalenti", avendo dunque maggiori *chance* di raggiungere il target atteso.

Ciò garantirebbe lo sviluppo di una linea di "cure domiciliari continuativa e appropriata per i bisogni delle persone non autosufficienti" favorendo il progressivo affiancamento, all'ADI tradizionale di tipo prestazionale - che continuerebbe ad essere necessaria per gli utenti con solo bisogni estemporanei - di una quota adeguata di cure domiciliari per la popolazione più complessa e compromessa. Allo stesso tempo, resterebbero anche gli incentivi per favorire l'importante diffusione delle iniziative di sanità d'iniziativa.

Insomma, sarebbero poste le garanzie per costruire quel giusto mix assistenziale previsto nella logica

¹⁵ Ad esempio, potrebbero essere poste alcune condizioni per intercettare le PIC più qualificate a partire dalle informazioni rilevate in SIAD per ogni assistito. Per essere considerata ADI LTC, ad esempio si potrebbe verificare che la durata sia almeno di sei mesi, che siano intervenute diverse figure professionali, che sia stato assicurato un livello minimo di CIA (es. >0,3).

- essere stato in carico per almeno 6 mesi;
- avere un CIA > 0,14 (almeno 4 accessi al mese);
- avere avuto accessi multiprofessionali (es. infermiere+oss, infermiere+medico, infermiere+ terapista della riabilitazione, ecc).

dei processi di stratificazione.

Nell'ottica di premiare chi favorisce i processi di integrazione tra ADI e SAD sarebbe importante che tale revisione del sistema di monitoraggio potesse considerare, ai fini del raggiungimento del target, tutte le figure che intervengono sul caso, anche quelle che secondo le vigenti regole LEA, sono cofinanziate dalla filiera sociale.

6. Il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD) ¹⁶

6.1. Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)

L'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è la modalità assistenziale privilegiata per garantire agli anziani una migliore qualità della vita e per contrastare il rischio di istituzionalizzazione.

Il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), gestito dai Comuni, mira ad aiutare l'anziano bisognoso nelle attività della vita quotidiana e nella cura della persona.

Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) è un servizio comunale indirizzato verso i cittadini che per il loro grado di non autosufficienza o di ridotta autosufficienza fisica o per scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione della casa, o per la loro situazione di solitudine e isolamento, anche psicologico, avrebbero difficoltà a permanere nel loro nucleo familiare o abitativo senza aiuto. Nella pratica esso è rivolto soprattutto verso gli anziani, anche se non mancano interventi a favore di famiglie con disabili, a famiglie problematiche con minori e ad adulti in condizioni particolari.

Il SAD eroga a soggetti anziani e/o fragili, parzialmente o totalmente non autosufficienti, prestazioni socio-assistenziali e tutelari (prioritariamente igiene e cura della persona e, in misura minore, stimolo alla socializzazione, anche aiuto domestico). Spesso è possibile usufruire di interventi complementari come pasti, telesoccorso, accompagnamento per visite, ecc. I richiedenti vi accedono secondo i criteri previsti dal regolamento dell'Ente e previa valutazione del caso da parte del servizio sociale comunale.

La regolamentazione

Il SAD si è sviluppato prevalentemente tra la seconda metà degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, spesso alimentato dall'autonoma iniziativa comunale a cui si è successivamente aggiunta l'attività normativa delle Regioni italiane. Infatti, l'80% delle Regioni ha regolamentato il servizio nelle leggi regionali di riordino dei servizi assistenziali o in altri atti regolamentari negli anni '80, mentre la Provincia di Bolzano ed altre tre Regioni anticipatrici (Lazio, Toscana, Trento) l'hanno fatto negli anni '70 (Cfr. Tab. 6.1).

Il SAD si è sviluppato senza il supporto di una importante indicazione normativa nazionale. Infatti, l'unica norma significativa è reperibile nella legge di riforma dei servizi sociali del 2000 (L. 328/2000). All'art. 15, dedicato al sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti, si dice solamente che viene riservata una quota del Fondo nazionale per le politiche sociali a favore

¹⁶ Tratto da Pesaresi F., Gori C., SAD anziani: diventi livello essenziale, I Luoghi della Cura 28/9/2021: <https://www.luoghicultura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/09/sad-anziani-diventi-livello-essenziale/>

delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare.

Il SAD è inteso come il servizio che eroga prestazioni di cura della persona e di aiuto domestico anche in forma integrata con le prestazioni domiciliari sanitarie e a cui si possono eventualmente aggiungere anche le seguenti prestazioni:

- Telesoccorso e teleassistenza;
- somministrazione dei pasti a domicilio;
- servizio di lavanderia a domicilio;
- altri servizi (disbrigo di commissioni, collegamento con altri servizi sociali, ecc).

L'accesso al SAD, in genere, viene stabilito dagli uffici comunali (o di Ambito sociale) dei servizi sociali sulla base della condizione funzionale, familiare ed economica dell'anziano. In quasi tutte le realtà italiane è prevista una partecipazione alla spesa da parte del fruitore del servizio, partecipazione che viene graduata in relazione a specifiche fasce di reddito. Sotto un certo reddito il servizio è gratuito.

Tabella 6.1 – Anno di regolazione del SAD nelle Regioni italiane

Regioni	Anno di regolazione
Piemonte	1982
Valle d'Aosta	1982
Lombardia	1986 e 1990
P.A. di Bolzano	1973 e 1991
P.A. di Trento	1978 e 1991
Veneto	1982
Friuli-Venezia Giulia	1981
Liguria	1988 e 1989
Emilia-Romagna	1985
Toscana	1976
Umbria	1982
Marche	1988 e 1989
Lazio	1976 e 1983
Abruzzo	1989
Molise	1990
Campania	1989
Puglia	1981
Calabria	1987
Basilicata	1980
Sicilia	1986 e 1993
Sardegna	1988
ITALIA	1973-1993

Fonte: Pesaresi, 2007

Gli assistiti

I Comuni italiani, nel 2018, hanno assistito con il SAD 128.285 anziani, insieme ad altri 57.685 anziani che hanno ricevuto la stessa assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria. Le due tipologie di assistenza domiciliare comunale, rilevate distintamente dall'Istat, hanno caratteristiche assolutamente identiche se non che la seconda viene erogata in modo coordinato ed integrato con l'assistenza domiciliare sanitaria (ADI).

Nel complesso, pertanto, gli anziani che nel 2018 hanno ricevuto l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche integrata con i servizi domiciliari sanitari sono 185.970, pari all'1,3% di tutti gli anziani (Cfr. Tab. 6.2). Si tratta, come è del tutto evidente, di un numero estremamente contenuto. Ai livelli più elevati troviamo la P.A. di Bolzano (4,5%), la Valle d'Aosta (3,7%) e il Veneto (3,6%) mentre in otto Regioni, tutte del Centro-sud, la quota di anziani assistiti a domicilio non raggiunge l'1%.

Di questi anziani, solo un terzo pari allo 0,4% del totale riceve in modo integrato l'ADI e l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. In sole tre Regioni – Veneto, Toscana e Umbria – l'assistenza domiciliare comunale integrata supera quella non integrata.

Tabella 6.2 – L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) per gli anziani. Anno 2018

Regioni	Utenti SAD*	Utenti SAD integrata	Utenti totali SAD	% anziani SAD*	% anziani SAD integrata	% totale anziani SAD
Piemonte	7.557	6.437	13.994	0,7	0,6	1,3
Valle d'Aosta	1.091	4	1.095	3,7	-	3,7
Liguria	4.108	942	5.050	0,9	0,2	1,1
Lombardia	25.748	1.830	27.578	1,1	0,1	1,2
P.A. di Bolzano	4.609	-	4.609	4,5	-	4,5
P.A. di Trento	2.605	79	2.684	2,2	0,1	2,3
Veneto	13.045	27.147	40.192	1,2	2,4	3,6
Friuli-Venezia Giulia	6.418	421	6.839	2,0	0,1	2,1
Emilia-Romagna	12.421	4.302	16.723	1,2	0,4	1,6
Toscana	5.584	6.635	12.219	0,6	0,7	1,3
Umbria	527	845	1.372	0,2	0,4	0,6
Marche	1.774	294	2.068	0,5	0,1	0,6
Lazio	9.627	1.779	11.406	0,8	0,1	0,9
Abruzzo	2.799	280	3.079	0,9	0,1	1,0
Molise	961	27	988	1,3	-	1,3
Campania	5.952	2.075	8.027	0,5	0,2	0,7
Puglia	5.096	2.656	7.752	0,6	0,3	0,9
Basilicata	1.046	40	1.086	0,8	-	0,8
Calabria	2.222	410	2.632	0,5	0,1	0,6
Sicilia	8.490	1.354	9.844	0,8	0,1	0,9
Sardegna	6.605	128	6.733	1,7	-	1,7
ITALIA	128.285	57.685	185.970	0,9	0,4	1,3

Note: * SAD non integrato. Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2021.

Nel 2020 la situazione è cambiata di pochissimo come si può vedere dalla Tab. 6.3.

Gli anziani assistiti con il SAD sono in prevalenza donne, ultrasettantacinquenni e non autosufficienti o anziani che vivono soli o a rischio di isolamento e/o di non autosufficienza.

Gli anziani assistiti a domicilio dai Comuni, in questi ultimi anni si sono ridotti costantemente; si pensi che nel 2004 erano un numero superiore a quello attuale: 244.396 anziani pari al 2,1% del totale (di cui lo 0,5% in assistenza domiciliare integrata).

Tabella 6.3 – L’assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) per gli anziani. Anno 2020

Regioni	Utenti SAD*	Utenti SAD integrata	Utenti totali SAD	% anziani SAD*	% anziani SAD integrata	% totale anziani SAD
Piemonte	7.333	6.721	14.055	0,7	0,6	1,3
Valle d'Aosta	1.025	27	1.052	3,4	0,1	3,5
Liguria	4.032	1.269	5.308	0,9	0,3	1,2
Lombardia	30.931	2.119	33.050	1,4	0,1	1,5
P.A. di Bolzano	5.295	-	5.292	5,0	-	5,0
P.A. di Trento	2.591	120	2.711	2,1	0,1	2,2
Veneto	13.410	33.863	47.273	1,2	3,0	4,2
Friuli-Venezia Giulia	5.518	79	5.597	1,7	-	1,7
Emilia-Romagna	13.899	5.363	19.262	1,3	0,5	1,8
Toscana	7.338	4.865	12.203	0,8	0,5	1,3
Umbria	734	858	1.592	0,3	0,4	0,7
Marche	1.791	149	1.940	0,5	-	0,5
Lazio	9.467	1.504	10.971	0,7	0,1	0,8
Abruzzo	2.397	349	2.746	0,8	0,1	0,9
Molise	1.232	5	1.237	1,6	-	1,6
Campania	5.988	1.843	7.831	0,5	0,2	0,7
Puglia	4.851	2.815	7.666	0,5	0,3	0,8
Basilicata	899	30	929	0,7	-	0,7
Calabria	1.763	244	2.007	0,4	0,1	0,5
Sicilia	6.643	1.189	7.832	0,6	0,1	0,7
Sardegna	6.680	505	7.185	1,7	0,1	1,8
ITALIA	133.817	63.917	197.734	1,0	0,5	1,4

6.2. I Comuni che erogano il SAD

Non tutti i Comuni erogano l'assistenza domiciliare. I Comuni che lo fanno sono l'83,9%. Si presume che il 16% dei Comuni che mancano all'appello siano i Comuni più piccoli ma questo pone, evidentemente, il tema dell'equità di accesso ai servizi. Nelle Regioni del Nord Italia i Comuni che erogano il SAD superano sempre il 90%, mentre al Sud tali percentuali sono sempre inferiori al 75% (Cfr. Tab. 6.3).

In un numero significativo di casi esiste un protocollo di intesa fra i Comuni e le ASL per la gestione integrata dell'assistenza domiciliare, ma i casi realmente gestiti in modo integrato continuano a rimanere assai pochi. Infatti, i Comuni in grado di erogare l'assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata con i servizi domiciliari sanitari sono solo il 40,1% e questo dato fotografa in modo emblematico il quadro dell'andamento dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio nazionale. Ci sono comunque belle eccezioni costituite dai Comuni del Piemonte, della Puglia e del Veneto dove i Comuni che erogano prestazioni integrate superano il 75%; per contro ci sono ben sei Regioni e province autonome (Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Marche, Molise) dove meno del 10% dei Comuni eroga il SAD integrato (Cfr. Tab.6.4).

Tabella 6.4 – Presenza del SAD nei Comuni italiani. Anno 2018

REGIONI	% di Comuni coperti dal servizio domiciliare socio-assistenziale	% di Comuni coperti dal servizio domiciliare integrato
Piemonte	99,3	88,3
Valle d'Aosta	100,0	6,8
Liguria	95,3	10,7
Lombardia	83,2	8,6
P.A. di Bolzano	100,0	-
P.A. di Trento	100,0	7,4
Veneto	90,7	78,5
Friuli-Venezia Giulia	99,1	21,9
Emilia-Romagna	81,3	32,9
Toscana	95,6	65,0
Umbria	80,4	43,5
Marche	76,9	8,3
Lazio	81,5	37,0
Abruzzo	86,6	44,9
Molise	89,0	2,2
Campania	72,9	55,5
Puglia	93,4	81,4
Basilicata	74,0	10,7
Calabria	41,3	22,3
Sicilia	57,2	24,6
Sardegna	83,8	20,7
ITALIA	83,9	40,1

Fonte: Istat, 2021

6.3. *La spesa per il SAD*

Nel 2018, i Comuni hanno speso 347 milioni di euro per il SAD. Un livello di spesa in diminuzione: quindici anni prima, nel 2004, tale spesa comunale era di 357 milioni.

La spesa media annua per singolo utente anziano è di 1.867 euro. Le differenze fra le varie Regioni sono enormi. La provincia autonoma di Trento spende annualmente 4.972 euro per ogni singolo anziano assistito, mentre fra le Regioni a statuto ordinario quella che spende di più è il Lazio con 3.271 euro. A spendere di meno per ogni singolo caso è invece la Regione Veneto con 901 euro.

Seppure il servizio sia potenzialmente lo stesso, si registrano significative differenze fra il costo medio per utente dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale ordinaria (costo medio 2.144 euro) e il costo medio annuo dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (costo medio 1.253 euro); questo aspetto probabilmente deriva dal fatto che la sinergia con i servizi sanitari permette ai servizi domiciliari comunali di erogare il servizio con un livello di intensità minore (Cfr. Tab. 6.5).

In territori molto diversi per numero di anziani presenti, per modelli organizzativi adottati (alcuni privilegiano il numero di assistiti, altri il numero di ore attribuite ad ogni singolo caso), questi dati, pur utilissimi rischiano di non farci comprendere pienamente i comportamenti di spesa dei Comuni appartenenti alle diverse Regioni. Per arrivare a comparare più correttamente i Comuni appartenenti alle diverse Regioni occorre fornire anche il dato sulla spesa per il SAD ripartita per numero di anziani presenti nel territorio.

Tabella 6.5 – La spesa per il SAD nelle Regioni italiane – anno 2018 (in euro)

REGIONI	Spesa per SAD	Spesa per SAD integrato	Totale Spesa SAD	Spesa media per utente SAD	Spesa media per utente SAD integrato	Totale Spesa media per utente	Spesa x anziano residente
Piemonte	10.837.632	7.744.516	18.582.148	1.434	1.203	1.328	17
Valle d'Aosta	5.112.606	1.498	5.114.104	4.686	375	4.670	171
Liguria	8.986.008	1.312.931	10.298.939	2.187	1.394	2.039	23
Lombardia	45.332.198	650.147	45.982.345	1.761	355	1.667	20
P.A. di Bolzano	14.344.114	-	14.344.114	3.112	-	3.112	138
P.A. di Trento	13.194.011	150.485	13.344.496	5.065	1.905	4.972	111
Veneto	17.278.280	18.947.897	36.226.177	1.325	698	901	32
Friuli V. Giulia	12.581.614	805.209	13.386.823	1.960	1.913	1.957	42
Emilia-Romagna	15.445.523	3.881.793	19.327.316	1.244	902	1.156	18
Toscana	13.980.894	9.186.084	23.166.978	2.504	1.384	1.896	25
Umbria	1.603.567	691.965	2.295.532	3.043	819	1.673	10
Marche	4.551.631	688.122	5.239.753	2.566	2.341	2.534	14
Lazio	33.396.198	3.919.069	37.315.267	3.469	2.203	3.271	30
Abruzzo	4.608.798	680.028	5.288.826	1.647	2.429	1.718	17
Molise	1.520.190	12.220	1.532.410	1.582	453	1.551	20
Campania	16.440.837	5.414.386	21.855.223	2.762	2.609	2.723	20
Puglia	12.629.206	10.476.273	23.105.479	2.478	3.944	2.981	26
Basilicata	2.344.776	53.500	2.398.276	2.242	1.338	2.208	19
Calabria	4.177.488	492.474	4.669.962	1.880	1.201	1.774	11
Sicilia	16.002.879	6.646.224	22.649.103	1.885	4.909	2.301	22
Sardegna	20.617.302	517.282	21.134.584	3.121	4.041	3.139	55
ITALIA	274.985.752	72.272.103	347.257.855	2.144	1.253	1.867	25

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2021

In questo caso, ad esprimere la spesa pro-capite più elevata sono tutte le Regioni a statuto speciale e le province autonome ad eccezione della Sicilia. Ai livelli più elevati troviamo infatti la Valle d'Aosta con 171 euro, la provincia autonoma di Bolzano con 138 euro e quella di Trento con 111 euro. Nelle Regioni a statuto speciale si registra una spesa pro-capite straordinariamente più elevata della media nazionale che è di soli 25 euro per anziano residente, in riduzione rispetto agli anni precedenti dato che, per esempio, nel 2003 questa era di 28 euro. Tra i Comuni delle Regioni a statuto ordinario con la spesa pro-capite per anziano più elevata troviamo invece il Veneto con 32 euro e il Lazio con 30 euro. Questo ribalta completamente la prima impressione sui Comuni veneti che nel complesso hanno dei livelli di spesa superiori alla media, preferendo un modello che privilegia un alto numero di assistiti a cui viene fornito un servizio a bassa intensità assistenziale.

I livelli più bassi si registrano invece nei Comuni dell'Umbria con una spesa annua di 10 euro per anziano residente e nei Comuni della Calabria con 11 euro (Cfr. Tab. 6.5).

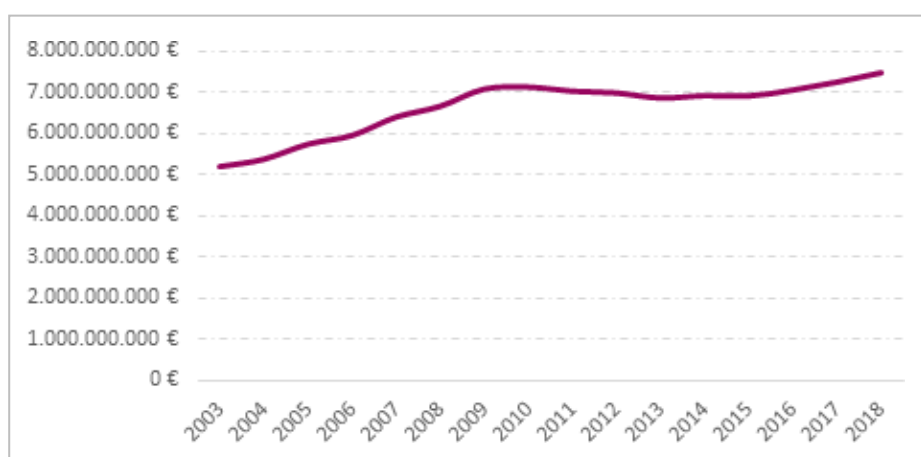
Questo panorama sulla spesa per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale ci consegna un quadro di straordinaria disomogeneità territoriale, raro a vedersi per dimensioni (1 a 17) anche in un territorio

come quello italiano abituato alle differenze, che non ha giustificazioni e che non può lasciarci indifferenti.

Il disinvestimento dei Comuni riflette l'inadeguatezza del modello d'intervento¹⁷

Se si esamina la serie storica Istat sulla spesa sociale comunale complessiva (2003-2018) in parallelo ai dati di spesa per l'assistenza domiciliare degli ultimi anni, le peculiarità del SAD emergono nitidamente. La figura 2 indica come la spesa sociale totale sia globalmente aumentata nel tempo, nonostante una fase di stasi e leggera contrazione all'inizio dello scorso decennio.

Figura 6.1 – Spesa dei Comuni per i servizi sociali anni 2003-2018



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2021

La spesa per l'assistenza domiciliare, invece, non è cresciuta di conseguenza e, anzi, si è man mano ridotta; la tabella 6.6 mostra come dai 345 milioni del 2011 i Comuni siano passati ai 274 milioni del 2018 (con l'unica eccezione di un aumento registrato tra il 2016 e il 2017).

Tabella 6.6 – Spesa sociale dei Comuni per assistenza domiciliare a favore di anziani > 65enni, anni 2011- 2018 (in euro)

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
345.478.102	328.898.704	318.388.584	312.277.120	294.956.502	269.727.930	280.865.496	274.985.752

Fonte: elaborazione su dati Istat

Il minor investimento nell'assistenza domiciliare, dunque, sembra conseguire a una precisa scelta delle Amministrazioni e non a imposizioni dettate da vincoli di bilancio. Peraltro, il calo delle risorse destinate al SAD, riscontrabile pressoché in tutte le Regioni, si rivela come una tendenza omogenea nel Paese. La diffusa decisione di ridurre l'investimento nella domiciliarità da parte dei Comuni

¹⁷ Tratto da: Tidoli R., I servizi domiciliari in Italia, Patto per la non autosufficienza, 2021.

italiani sembra indicare la consapevolezza che l'attuale modello d'intervento è inadeguato.

*Le prestazioni erogate*¹⁸

Anche se i Comuni erogano le ore di assistenza domiciliare in modo personalizzato in base alle necessità dell'anziano assistito, esistono comunque almeno due modelli principali di intervento: i Comuni che assistono un maggior numero di anziani con una minore intensità assistenziale e i Comuni che si concentrano su un numero di casi più ristretto ma con maggiore problematicità erogando per ogni caso un maggior numero di ore. Si tratta di due diverse logiche di intervento sociale. Da un lato la strategia del “dare poco a molti” con l'intento di prevenire più che assistere la non autosufficienza e l'isolamento e dall'altro lato la strategia di “dare molto a pochi” concentrando gli interventi sui casi più gravi privilegiando gli interventi assistenziali rivolti soprattutto ai non autosufficienti nel tentativo di contrastare o rallentare il ricovero in istituto residenziale.

I pochi dati a disposizione su questo argomento ci inducono a stimare un numero medio di ore di SAD erogate annualmente per singolo caso pari a 98. Per fare un utile confronto occorre sapere che l'ADI, di competenza sanitaria, eroga annualmente solo 18 ore di assistenza. Tenuto conto che non tutti gli utenti sono assistiti per un intero anno (c'è chi comincia in corso d'anno, chi finisce prima, ecc.), l'indicatore più corretto è rappresentato proprio dalla media delle ore annuali di assistenza per utente più che dalla media delle ore di assistenza settimanali che comunque sono di poco inferiori a 2.

L'unica certezza rimane comunque la grande variabilità territoriale, dato che ci sono Regioni come la Valle d'Aosta dove i Comuni erogano mediamente 245 ore annue di assistenza domiciliare e Regioni come il Veneto dove le ore erogate sono solo 47.

La durata dell'assistenza è, in genere, pluriennale.

Sulla tipologia delle prestazioni le informazioni disponibili sono molto ridotte. L'impegno più rilevante sembra essere riservato all'igiene e cura della persona, seguito dall'aiuto domestico; di minore entità complessiva altre prestazioni come l'accompagnamento per uscite dalla propria abitazione (visite mediche, partecipazione ad attività, ecc.) (Pesaresi, 2007).

Il Servizio di assistenza domiciliare è un servizio essenzialmente feriale e diurno. Nelle ore serali il servizio viene erogato abitualmente nel 10% circa dei casi, mentre nelle ore notturne viene erogato solo saltuariamente in una percentuale di casi inferiore al 10% (Pesaresi, 2007). L'offerta del servizio con maggiore flessibilità negli orari di erogazione è un aspetto che presenta ampi margini di miglioramento.

6.4. Alcune criticità e alcune proposte

Alcune criticità

In questi ultimi decenni si è affermata definitivamente la cultura della domiciliarità, che ha portato le famiglie e le politiche pubbliche a privilegiare sempre più un intervento domiciliare piuttosto che il ricovero definitivo in strutture residenziali sociali, sociosanitarie o sanitarie. Insieme a questo, però,

¹⁸ Tratto da Pesaresi F., Gori C., SAD anziani: diventi livello essenziale, I Luoghi della Cura 28/9/2021: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2021/09/sad-anziani-diventi-livello-essenziale/>

molte cose sono cambiate nella società, nel sistema assistenziale e nelle condizioni degli anziani che vengono avviati al SAD e nelle loro aspettative di servizio.

I caregiver familiari che si fanno carico della maggior parte del lavoro di assistenza degli anziani non autosufficienti invecchiano. Una ricerca effettuata sui caregiver lombardi ha rilevato che la loro età media è di 60 anni. Due in più di quanto era stato rilevato solo 5 anni prima (Pasquinelli, 2019). Questo significa che i caregiver, avanzando nell'età, diventano a loro volta più fragili ed anche più occupati dato che, solitamente, devono far fronte agli impegni derivanti dai loro genitori e dai loro nipoti. Una condizione non certo favorevole (Pesaresi, 2021). Inoltre, il numero dei caregiver familiari si sta gradualmente riducendo (Brenna, 2021). Questo è dovuto al sommarsi di numerosi fattori legati sia ad una maggiore complessità organizzativa nella gestione degli impegni quotidiani, sia all'invecchiamento della rete di sostegno, sia alla maggiore condivisione dell'impegno tra più persone. Le evoluzioni demografiche e sociali portano naturalmente verso una diminuzione della possibilità di assistenza informale delle persone dipendenti. Cresce, fortunatamente, anche il tasso di attività delle donne in età da lavoro. Questo fenomeno, però, determina la riduzione del potenziale di assistenza informale che può essere fornita dalle donne, limitando il tempo di cui esse dispongono per i compiti familiari non remunerati. Pertanto, insieme alla crescente domanda di domiciliarità che richiede maggiori risorse e maggiori interventi si riduce costantemente la principale risorsa assistenziale che oggi è fornita dai caregiver familiari.

In questo quadro, la risposta delle famiglie di fronte alle necessità assistenziali dei non autosufficienti è ben rappresentata dall'elevatissimo numero di "assistenti familiari" che accudiscono a domicilio un numero di assistiti ben più elevato di quelli gestiti dal SAD. Si stima, infatti, la presenza di circa un milione di badanti (Pasquinelli, Pozzoli, 2021). Le assistenti familiari hanno modificato notevolmente i servizi domiciliari producendo immediatamente almeno due effetti sul SAD: un contenimento delle richieste di assistenza domiciliare e la necessità per i servizi pubblici domiciliari di entrare in relazione con queste nuove figure (Tidoli, 2006).

Le condizioni degli anziani e l'insufficienza dei servizi e dei sostegni pubblici hanno creato un sistema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che nella maggior parte dei casi si basa su un mix di servizi formali ed informali, che contribuiscono tutti in modo complementare a garantire la copertura quotidiana dell'assistenza necessaria ai non autosufficienti. In sostanza, soprattutto nei casi più complessi, l'assistenza è garantita da più soggetti distribuiti in orari e funzioni nell'arco della giornata e della settimana: si tratta di caregiver familiari, della badante, dei servizi formali di assistenza domiciliare sanitaria e sociale ed in qualche caso anche del volontariato. Il tutto ovviamente richiede un lavoro di coordinamento che per lo più viene svolto dai caregiver familiari.

Ciononostante, rimane ancora altissimo il numero di coloro che non ricevono al domicilio un aiuto adeguato ai loro bisogni. Complessivamente, circa 1,3 milioni di over 75, su un totale di circa 6,9 milioni, pari al 18,8%, dichiarano di non ricevere un aiuto adeguato in relazione ai bisogni della vita quotidiana e alle necessità di tutti i giorni. Più grave appare il bisogno degli ultrasessantacinquenni che sono completamente soli, ben 638.913 individui, o che vivono con conviventi anziani (372.735), per un totale complessivo di oltre un milione di persone (14,7%), che vivono in abitazione da soli o molto spesso con un coniuge comunque anziano e percepiscono la mancanza di un adeguato supporto. Si tratta di informazioni preziose per dimensionare e modulare gli interventi di assistenza domiciliare sociale, sanitaria o integrata (Istat, 2021).

Nel contempo, però, il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) per gli anziani non ha saputo aggiornarsi adeguatamente mantenendo in buona parte la sua configurazione originaria, che prevede l'erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilitazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata, di supporto in specifici momenti critici della giornata o di funzioni domestiche. La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell'organizzazione familiare ha ridotto anche l'appetibilità del servizio.

In questo quadro, i Comuni italiani hanno ridotto gradualmente il servizio passando da 2,1% anziani assistiti a domicilio del 2004 all'1,3% del 2018.

Quello che, invece, non è cambiato negli ultimi 15 anni è la scarsa integrazione degli interventi domiciliari sociali e sanitari, che è rimasta sostanzialmente stabile attorno allo 0,4% degli anziani. Quasi irrilevante.

Box 2 – Le criticità del SAD

- Utenza seguita in percentuali marginali
- Disinvestimento nel servizio in atto da tempo
- Esigua integrazione con le ASL
- Elevata eterogeneità territoriale
- Mancanza di un modello d'intervento adatto alla non autosufficienza
- Prevalenza del modello d'intervento socio-assistenziale

Alcune proposte

Per far fronte alle poderose necessità attuali, pertanto, il SAD deve essere incisivamente potenziato e riorganizzato.

Dal punto di vista organizzativo occorre puntare su un modello più legato alle necessità dell'utenza piuttosto che a quelle degli operatori rafforzando o istituendo turni in grado di fornire risposte anche nelle giornate festive e negli orari meno usuali privilegiando, inoltre, le prestazioni di cura della persona piuttosto che quelle di cura della casa.

Il SAD deve sapersi misurare con una nuova funzione che è quella del coordinamento dei diversi soggetti che operano al domicilio dell'anziano. Si tratta di qualificare il lavoro a domicilio organizzando il coordinamento delle risorse domiciliari che sono costituite dai familiari caregiver, dalla badante, dal volontariato e dall'assistenza domiciliare sociale e sanitaria. Questa attività ricomprende anche la vera e propria costruzione della rete attorno al non autosufficiente, informando la famiglia delle opportunità disponibili e collaborando al loro reperimento, attività che oggi è affidata al caregiver familiare. Questo lavoro di coordinamento, che è in grado di sgravare una parte dell'impegno dei caregiver familiari, deve essere pianificato dal case manager dell'anziano non autosufficiente. Questa figura può essere l'assistente sociale che ha valutato l'ammissione al SAD dell'anziano non autosufficiente o, nel caso di assistenza domiciliare integrata, può essere scelto dall'unità valutativa multidimensionale integrata sulla base della prevalenza dell'intervento domiciliare. In altre parole, il case manager sarà un operatore del servizio sanitario se l'intervento domiciliare sarà prevalentemente di tipo sanitario e sarà invece un operatore comunale in caso contrario. Al case manager spetterebbe l'onere di progettare e costruire il mix degli interventi

domiciliari insieme alla famiglia, ma poi la manutenzione nel tempo della rete dei sostegni (copertura degli orari ed eventuali sostituzioni, assistenza negli spostamenti dell'utente per visite mediche ecc., formazione on the job di badanti e caregiver, ecc.) spetterebbe all'OSS domiciliare all'interno del quadro predefinito della rete. Ovviamente, per questa nuova funzione occorre un OSS con una formazione aggiuntiva e specifica.

Dentro questo quadro va inserito il rapporto degli operatori con le badanti, qualora queste coesistano con il lavoro degli operatori domiciliari formali. Sarebbe estremamente sbagliato per il SAD esprimersi in termini competitivi rispetto al lavoro delle assistenti familiari. Sarebbe peraltro una partita già persa per il SAD, visto che la spesa complessiva italiana per le assistenti familiari è almeno 20 volte quella del SAD. L'operatore del SAD non deve neanche isolarsi nella sua prestazione se vuol darle valore e renderla massimamente produttiva. Laddove l'anziano intenda usufruire di tutte e due le prestazioni occorre cogliere l'occasione per integrare le due attività e qualificare il lavoro degli operatori coinvolti. L'operatore del SAD, che spesso è più esperto e qualificato, per esempio, può fornire sostegno all'assistente familiare, può istruirla, può confortarla nelle scelte, in buona sostanza può fornire una prestazione di tutoraggio nei confronti di una operatrice che passa gran parte del suo tempo con l'anziano non autosufficiente ma che spesso è straniera, conosce poco la società e i servizi pubblici esistenti e, spesso, non ha mai svolto in patria questa attività. Il fenomeno delle assistenti familiari, più di altri, induce quindi a ripensare l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per garantire servizi integrati che mettano in relazione aiuti diversi tra loro, che insieme contribuiscano alla erogazione di interventi più qualificati e consistenti anche in termini di qualità del servizio e di numero di ore erogate per la cura della persona (Pasquinelli, 2003).

L'assistenza di anziani con elevati livelli di non autosufficienza richiede spesso anche un intervento sanitario e l'integrazione con quello sociale. Questo aspetto, purtroppo, continua a rimanere critico, tanto che solo 57.685 anziani pari allo 0,4% del totale riceve realmente un'assistenza domiciliare integrata sociale e sanitaria. L'integrazione fra cura e assistenza rimane dunque un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto anche se spesso esistono accordi fra Comuni e ASL finalizzati a questo obiettivo. SAD e cure domiciliari continuano a riferirsi a comparti separati tra loro e, come abbiamo visto, sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono trattati congiuntamente (solo il 6,7% di tutti gli anziani assistiti in ADI ricevono anche l'assistenza domiciliare socio-assistenziale).

Un aiuto da questo punto di vista può venire dal Decreto di approvazione dei LEA del 2017. All'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza), si legge infatti che *“le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle province autonome, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi”*. Prevedendo, quindi, che le prestazioni di aiuto infermieristico (OSS) e di assistenza tutelare professionale (che sono in buona parte dedicate al sostegno negli atti della vita quotidiana) siano per il 50% a carico del Servizio Sanitario, l'ipotesi di integrazione, vedendo coinvolta in modo significativo anche dal punto di vista finanziario la sanità, dovrebbe rendere più facile l'integrazione, anche se a distanza di 4 anni dall'approvazione la norma non è ancora applicata. Occorre dunque una integrazione vera tra i due servizi domiciliari che deve essere promossa e realizzata a livello regionale e locale.

Inoltre, per migliorare l'equità di accesso alle prestazioni bisognerebbe promuovere una valutazione del bisogno assistenziale omogenea nell'intero territorio nazionale, soprattutto alla luce di quanto si dirà nei capitoli successivi sui livelli essenziali di assistenza.

Un'altra modificazione dello scenario di riferimento è costituita dalla possibilità tecnologica di assistere al domicilio, attraverso la teleassistenza, anziani con elevati livelli di non autosufficienza. Questa possibilità viene fortemente rilanciata da uno specifico asse di finanziamento del PNRR per l'assistenza domiciliare sanitaria ma di cui beneficerà anche l'assistenza domiciliare socio-assistenziale per tutti i pazienti condivisi.

L'intervento prevede la creazione di una piattaforma nazionale per la telemedicina che permetterà lo sviluppo della tele-assistenza, del tele-consulto, del tele-monitoraggio e della tele-refertazione.

6.5. *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e gli obiettivi di servizio*

I dati sul SAD presentati in questo articolo delineano un panorama nazionale di un servizio in via di ridimensionamento e di straordinaria disomogeneità nel territorio nazionale. Le trasformazioni sociali in atto impongono un ripensamento complessivo delle finalità del SAD e della sua organizzazione tenuto conto che oggi, nella situazione attuale, non è più in grado di supportare incisivamente le famiglie nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

La situazione di costante e graduale riduzione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale richiede un intervento di grande forza che solo il riconoscimento come livello essenziale può dare. Come è noto, i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono diritti di cittadinanza che si traducono essenzialmente nel diritto di tutti i cittadini di accedere ad una determinata prestazione sociale/livello essenziale. Per la Corte Costituzionale sono *“norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di ... diritti [civili e sociali], senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”*.

Il riconoscimento di LEPS dell'assistenza domiciliare sociale è avvenuto con la Legge di Bilancio del 2022 ma, nel settore sociale è assolutamente necessario che all'individuazione dei Livelli essenziali si affianchi l'ulteriore individuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere in un tempo determinato e riferiti al singolo livello essenziale. Gli obiettivi di servizio sono di straordinaria importanza perché riempiono di contenuti i livelli essenziali, permettono una verifica circa l'attuazione del livello essenziale e permettono una crescita graduale dell'intero paese rispetto agli elementi quantitativi e qualitativi stabiliti per il livello essenziale.

6.6. *Conclusioni*

L'odierno modello di SAD, nella gran parte del Paese – e tranne rare eccezioni – si discosta poco da quello originario e si basa su prestazioni circoscritte per numero di ore erogate e accessi settimanali. A essere molto cambiati negli anni, invece, sono l'utenza e il contesto nel quale il servizio opera. I motivi della crisi in cui da tempo versa il SAD fondamentalmente derivano dalla reiterata incapacità di modificare il proprio intervento per accordarlo ai bisogni man mano emersi e alle fasi storiche

sopraggiunte. Per capirlo meglio occorre ripercorrerne un po' di storia.

Il SAD nasce a metà anni '70 per persone con lievi compromissioni dell'autonomia e bisogni "leggeri", come aiuto domestico e commissioni, e così si sviluppa fin verso l'inizio degli anni '90 (Tidoli, 2006). A partire da quel periodo il SAD si trova a fare i conti con l'esplosione degli anziani in condizioni di dipendenza: in breve i servizi locali devono misurarsi con un'ondata di persone che portano una domanda nuova e specifica. I potenziali utenti, sempre più numerosi e più vecchi, sono affetti da patologie multiple e croniche, da decadimenti cognitivi e spesso hanno necessità di assistenza continuativa. Tuttavia, la sua rigida strutturazione non permette al SAD di adeguarsi al rapido mutare della richiesta di aiuto. Di fronte alle molteplici esigenze quotidiane dei non autosufficienti – con casi molto differenti per tipo e stadio della disabilità, rete familiare, vissuto degli interessati e dei caregiver, ecc. – gli interventi previsti dall'assistenza domiciliare tradizionale mostrano i loro limiti; qualunque sia il bisogno, le risposte vengono ricondotte a tre o quattro prestazioni diurne standardizzate (erogate nel corso di un numero – variabile ma contenuto – di accessi settimanali, di 1 o al massimo due ore l'uno) mentre la gestione complessiva della situazione resta sulle spalle della famiglia (oppure precaria).

Dagli anni '90 in poi, questo scenario, induce le famiglie a cercare autonomamente nuove soluzioni per accudire i loro anziani: ecco arrivare le assistenti familiari ("badanti"), fenomeno che si rivelerà di grande impatto per l'intero welfare. Anche questa volta il SAD – già in crisi per i motivi spiegati sopra – non riesce a trovare il modo di riorganizzarsi per rapportarsi alla vertiginosa diffusione delle assistenti familiari, individuando modalità d'intervento complementari al loro operato. Dall'inizio del 20° secolo, poi, si aggiungono altri problemi: procedure burocratiche di ammissione complesse (Isee), alti costi di compartecipazione, rilevante inserimento di casi "sociali", quasi sempre per la mancanza di soluzioni assistenziali più appropriate, e/o di indigenti. Più o meno nello stesso periodo, inoltre, comincia a rendersi evidente un rapido aumento dei casi di demenze; questi anziani richiedono interventi da ideare ad "hoc", flessibili, capaci di abbracciare anche i bisogni del caregiver e svolti da operatori appositamente formati. Questo modo di intervenire, però, è poco o nulla compatibile con l'impostazione erogativa e standardizzata prevalente nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare: ancora una volta il SAD, nonostante i tentativi di cambiamento di alcuni territori, non si rivela in grado di rispondere ai gridi di aiuto di una parte crescente di popolazione anziana.

Ed eccoci arrivati ai giorni nostri. Oggi, più che a una logica di sostegno alla non autosufficienza, tipica dei servizi di Long-term care, il SAD è improntato a un'ottica socio-assistenziale: la priorità viene data all'accoglienza di situazioni la cui complessità non deriva solo dalla non autosufficienza dell'anziano ma anche dai problemi conseguenti a reti familiari carenti o inadeguate e/o alla scarsità di risorse economiche. Si instaura così un circolo vizioso in cui l'assistenza domiciliare dei Comuni, vista sempre più come "il servizio per gli anziani disagiati", perché poveri o perché soli, diventa man mano meno attrattiva per potenziali utenti diversi e per i loro caregiver. Ultimamente la crisi si è accentuata: malgrado le buone prassi sperimentate localmente, a livello generale la china discendente del SAD non sembra finire (Tidoli, 2016).

Insieme all'incremento quantitativo dell'ADI c'è anche la volontà di allargare lo spettro di azione degli interventi con la realizzazione delle centrali operative e l'uso della telemedicina e il dichiarato intento di fornire cure ed assistenza integrata a domicilio di anziani con una serie di bisogni che si presumono più complessi degli attuali. C'è insomma il tentativo di fare un salto di qualità con l'assistenza domiciliare per assistere il più possibile a casa, evitare l'utilizzo di setting assistenziali

inappropriati e migliorare la qualità della vita degli anziani bisognosi di assistenza e/o non autosufficienti.

Questo scatto in avanti dell'assistenza territoriale è possibile con un servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale in grado di affiancare l'ADI, per erogare in modo congiunto prestazioni sociali e sanitarie ad un numero crescente di anziani.

Oggi, il SAD non è in grado di svolgere questa funzione. Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale è un servizio la cui attività si sta riducendo e che nella maggioranza dei casi non è in condizione, dal punto di vista organizzativo, di integrare adeguatamente le proprie prestazioni con quelle dell'ADI.

Il riconoscimento del SAD come Livello essenziale porta con sé la necessità di un adeguato finanziamento pubblico che può essere inserito all'interno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) per sostenere il raggiungimento degli obiettivi. Esso deve essere modulato in modo da garantire il raggiungimento di un livello minimo da parte delle Regioni più lontane dall'obiettivo e da indurre invece le altre Regioni ad utilizzare il finanziamento statale per incrementare l'assistenza rispetto a quella erogata attualmente.

Il percorso deve essere graduale per tener conto della velocità di reazione degli enti pubblici e delle necessità crescenti, attraverso l'uso degli obiettivi di servizio che si svilupperanno in modo graduale in relazione alla domanda di assistenza.

Per promuovere la realizzazione degli obiettivi occorre infine favorire la gestione associata del servizio SAD a livello degli Ambiti sociali territoriali, in modo che uguali condizioni di accesso siano garantite in tutti i Comuni, compresi i più piccoli. È necessario, infine, un efficace sistema di monitoraggio centrale che accompagni con rigore il processo di riforma e di sviluppo dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale.

7. LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)¹⁹

7.1. L'assistenza domiciliare sociale come LEPS

I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (L. 234/2021, art. 1 c. 159).

I Livelli essenziali sono previsti dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, il quale, nel quadro delle competenze, attribuisce allo Stato l'esercizio della potestà legislativa esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021) ha individuato l'assistenza domiciliare sociale come un Livello essenziale (Leps) che deve garantire: i) l'assistenza domiciliare sociale; ii) l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; iii) soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra

¹⁹ Tratto da Pesaresi F. (2024), LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD), in www.welforum.it, 29 aprile.

generazioni; iv) adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche (per esempio, telesoccorso e teleassistenza); iv) rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane (Pesaresi, 2024).

In base alla Legge di bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il Servizio dovrà anche assicurare l'integrazione con l'ADI che oggi non viene garantita dalla maggioranza dei Comuni. Il servizio rimane uno, ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari. L'implementazione del nuovo modello organizzativo del SAD è stata appena avviata dalle Regioni italiane, per cui deve ancora coinvolgere la grande maggioranza dei Comuni italiani. Peraltro, il disegno dell'assistenza domiciliare come Leps è stato realizzato in totale autonomia rispetto a quello della riforma così agli investimenti PNRR nelle cure domiciliari.

Vediamo nel dettaglio i contenuti del LEPS "Assistenza domiciliare sociale per gli anziani non autosufficienti".

7.2. Leps: assistenza domiciliare sociale (anche integrata) per gli anziani non autosufficienti

Denominazione del LEPS

Assistenza domiciliare sociale.

Descrizione del LEPS

Ricostruire i contenuti del livello essenziale dell'assistenza domiciliare sociale non è facile perché la prestazione viene presentata come singola mentre invece i servizi in essa contenuti sono diversi e di diversa natura. Non ci sono spiegazioni adeguate nella Legge di bilancio 2022 e nel Piano per la non autosufficienza 2022-2024 per cui l'unica soluzione è **interpretare** in modo letterale quanto contenuto nelle norme citate.

Secondo la normativa approvata il Livello essenziale dell'assistenza domiciliare sociale compresa l'assistenza domiciliare sociale integrata con i servizi sanitari è un servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. Il LEPS deve garantire:

1. **l'assistenza domiciliare sociale:** Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e

l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc. Possono essere previsti altri interventi (citati per esempio nel LEPS delle Dimissioni protette) come i pasti a domicilio. Nel caso specifico si tratta del servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

2. **l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. La formulazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 non è abbastanza esplicita ma il punto dovrebbe far riferimento alla possibilità/necessità di integrare l'assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare migliora la qualità della vita, l'integrazione fra strutture sanitarie e territorio e tra i professionisti socio-sanitari e sociali coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.
3. **soluzioni abitative**, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
4. **adattamenti dell'abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza". Il telesoccorso è costituito da un'installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
5. **Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale** e tra persone anziane.

In base alla Legge di bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il servizio rimane uno ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

Occorre segnalare che a questo Livello essenziale si affianca anche quello delle "Dimissioni protette", anch'esso approvato con la Legge di Bilancio 2022. Il Livello essenziale relativo alle Dimissioni protette è costituito da prestazioni sociali domiciliari al pari dell'"Assistenza domiciliare sociale" con la sola particolarità che sono applicate alle persone dimesse dall'ospedale. Si tratta di una sovrapposizione che non trova molte giustificazioni e che dovrà essere riportata ad unità prevedendo all'interno del Livello essenziale dell'assistenza domiciliare sociale anche le competenze attualmente affidate al LEPS delle "Dimissioni protette".

Obiettivi

L'Assistenza domiciliare sociale garantisce a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione un supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria ivi compresi il ricorso a nuove forme di coabitazione solidale, adattamenti dell'abitazione e il rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.

Destinatari

I destinatari del Servizio assistenza domiciliare sociale sono le:

- Persone anziane non autosufficienti;
- Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
- Persone con disabilità grave e gravissima.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza individua quali destinatari a regime del servizio gli anziani non autosufficienti o con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione ma aggiunge, in questa prima fase transitoria, anche i disabili gravi o gravissimi.

Spiega infatti il PNNA (nel cap. 3) che i LEPS, così come declinati nella Legge 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la legge n. 227/2021 ("Legge delega in materia di disabilità") che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici. Pertanto, nella fase di transizione di cui al Piano 2022-2024, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali obiettivi di servizio.

Modalità di accesso per i destinatari

L'erogazione degli interventi domiciliari avviene solo ed esclusivamente in seguito ad una valutazione dei servizi pubblici e in relazione alla previsione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI), generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo (LEPS relativo al Percorso assistenziale integrato²⁰), valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione.

Modalità operative

Sulla base del Piano assistenziale individualizzato (PAI), che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in

²⁰ <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>
<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

forma singola o integrata, all'utente le prestazioni necessarie fra quelle indicate nel paragrafo relativo alla descrizione del LEPS.

Tabella 7.1 – Contenuti, destinatari e standard dell'assistenza domiciliare sociale (L. 234/2021, art. c. 162 lett. a; PNNA)

Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato
- Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. - Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psicosocio-educativo. - Anche integrazione di interventi di natura sociosanitaria.	- Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale. - Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale. - Persone con disabilità gravissima e grave (obiettivo di servizio).	- Accesso unitario. - Prima valutazione. - Valutazione Multidimensionale. - Piano Assistenziale Individualizzato. - Monitoraggio.	2022 Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- Soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR. - Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane. - Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.			2023 Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.
- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio. - Servizi di telesoccorso e teleassistenza.			2024 Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dal distretto sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

Fonte: PNNA, 2022.

Per l'area della non autosufficienza le risorse del Fondo Non Autosufficienza (FNA) saranno progressivamente destinate al finanziamento di servizi erogati in forma diretta. Infatti, nel corso della prima annualità è prevista la possibilità di realizzare le attività di valore preparatorio, il LEPS di

processo, come definito dal comma 163 dell'art.1 della legge 234/21, valutazione dei bisogni, funzionalità delle UVM, definizione del PAI, monitoraggio degli esiti di salute (Cfr. Tab. 7.1).

Per l'area della disabilità come per la non autosufficienza permane la possibilità di erogare servizi in forma diretta o indiretta, purché questi ultimi siano erogati attraverso titoli di acquisto da utilizzare in prospettiva, mediante gli strumenti dell'accreditamento istituzionale e comunque nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi regionali, assicurano l'erogazione dell'assistenza domiciliare sociale e degli altri servizi socio assistenziali di cui alle aree individuate al comma 162 e al comma 164 della legge n. 234/2021 (legge di bilancio anno 2022).

I LEPS sono realizzati dagli ATS, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi.

Vale la pena di sottolineare che non sono stati individuati i singoli Comuni per l'attuazione dei LEPS relativi alla non autosufficienza ma gli Ambiti Territoriali Sociali.

Professionalità coinvolte

Sulle figure professionali coinvolte nell'erogazione delle prestazioni relative all'assistenza domiciliare sociale non ci sono indicazioni.

Spetta alle Regioni, laddove lo ritengano opportuno, dare indicazioni sulla materia.

Costi per i destinatari

In genere viene richiesta una quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti con esclusione dalla compartecipazione degli utenti che hanno un ISEE inferiore ad una quota predeterminata.

L'assistenza domiciliare sociale legata invece alle dimissioni protette da un ospedale o da una struttura residenziale è invece gratuita per l'utente, ma per un tempo definito.

Finanziamento

I LEPS relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, incrementato con ulteriori risorse. Il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, persistendo

comunque gli interventi a valere sul fondo per le non autosufficienze alle persone con disabilità gravissima. Tali maggiorazioni hanno portato il Fondo per le non autosufficienze a 865,3 milioni per il 2023, a 915,3 milioni per il 2024 e a 965,3 milioni per il 2025.

Si evidenzia che la graduale introduzione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti è inquadrata nell'ambito degli stanziamenti vigenti, incluse le integrazioni previste dalle leggi di bilancio.

8. LEPS – le dimissioni protette²¹

Introduzione

La legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari ed uno di questi è costituito dai “Servizi sociali per le dimissioni protette”. I LEPS, come noto, garantiscono l'eguaglianza di accesso alle prestazioni sociali da parte dei cittadini e devono essere garantiti in tutti i Comuni, anche in forma associata.

La “dimissione protetta” è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti, visto il suo riconoscimento come LEPS.

Vengono distinte due tipologie di servizio:

1. la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi “tornare a casa”;
2. la seconda rivolta all'utenza che non dispone di un'abitazione.

8.1. Il LEPS delle dimissioni protette per chi torna al domicilio

Denominazione del LEPS

1. Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.

Descrizione sintetica del LEPS

La “dimissione protetta” è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'ASL di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e “seguito” da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente

²¹ Tratto da Pesaresi F., “Le dimissioni protette” pubblicato nel sito “welforum.it” il 10 gennaio 2024: <https://www.welforum.it/le-dimissioni-protette/>

dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili. Va ricordato che il D.P.C.M. 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 14.2.2001 – “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”.

Obiettivi

Gli obiettivi delle Dimissioni protette sono:

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenza tutelare;
- favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera e contribuendo inoltre a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

Destinatari

Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra-sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato (Ministero Lavoro, 2022).

Modalità di accesso

L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale). Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio.

Presso ciascun presidio ospedaliero è costituita una unità di valutazione – variamente denominata a livello regionale – composta da personale sociosanitario finalizzato alla valutazione dell'eleggibilità delle dimissioni protette.

Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali, anche attraverso il Piano individuale di assistenza integrata o piano di intervento sociosanitario personalizzato, le situazioni di fragilità a tale unità di valutazione al fine di garantire, anche, il raccordo con il medico di medicina generale, il Distretto sanitario ed il servizio sociale, in armonia con la vigente regolamentazione a livello regionale.

Funzioni svolte

Il LEPS delle Dimissioni protette richiede la necessaria integrazione con il Livello essenziale dell'assistenza sanitaria (LEA) delle Cure domiciliari.

Il D.P.C.M. 12/1/2017 contenente i nuovi LEA sanitari, all'art. 22, declina le funzioni e i livelli delle cure domiciliari. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) sociosanitario integrato. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle province autonome, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi (comma 4 art. 22 D.P.C.M. 12/1/2017). Inoltre, le cure domiciliari sono integrate sempre da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (comma 5 art. 22 D.P.C.M. 12/1/2017).

Pertanto, il LEPS delle Dimissioni protette, tenendo conto della necessaria integrazione del servizio con quello delle Cure domiciliari, deve garantire al paziente in dimissione protetta, con oneri a carico del Comune/Ambito sociale attraverso l'intervento del servizio sociale territoriale:

- le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona dopo il 30° giorno di assistenza a cura del Servizio Sanitario (con oneri al 50% a carico degli Ambiti sociali/Comuni);
- le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.

Modalità operative

In base alla valutazione multidimensionale il fabbisogno di assistenza può essere ricompreso in una prestazione che va da un servizio non inferiore alle 6 ore giornaliere ad un servizio in continuità h 24, ove le condizioni alloggiative lo consentono.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.
- Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico.
- Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

Professionalità coinvolte

Per la dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico-assistenziali (progetto assistenziale individualizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del Progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, del Territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e dei Servizi sociali comunali/di ambito.

Sono, inoltre, coinvolti, le figure professionali di Operatore socio-assistenziale (OSA) e di Operatore socio-sanitario (OSS). Va evidenziata l'importanza fondamentale del Servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale e ponendosi come riferimento per le famiglie e le strutture ospedaliere e private accreditate e l'Azienda sanitaria.

Costi per i destinatari

Il Servizio è gratuito.

8.2. Il LEPS delle dimissioni protette per chi non dispone di un'abitazione

Denominazione del LEPS

2. Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione

Descrizione sintetica

Le dimissioni protette, di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora, costituiscono un insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale. L'impossibilità di garantire setting di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica. Al fine di assicurare la continuità assistenziale post-ospedaliera sono state sviluppate diverse esperienze, spesso confluite in protocolli di collaborazione tra Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, Servizi sociali ed Enti del Terzo settore.

Obiettivi

Gli obiettivi delle Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione sono:

- Migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà urbana estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e della continuità delle cure;
- ridurre non solo il periodo di ricovero ospedaliero, ma anche i ricoveri impropri, nonché la riacutizzazione delle patologie e il conseguente ricorso a nuovi accessi alla rete ospedaliera.
- favorire l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema sociosanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza.

Gli obiettivi specifici, in quanto applicabili, ricalcano quelli definiti nella scheda per il target generale.

Destinatari

I destinatari del LEPS sono persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute (Ministero Lavoro, 2022).

Modalità di accesso

L'accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale). Ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l'accesso al servizio.

Modalità operative

Sul territorio nazionale, pertanto, dovrebbe essere garantito un livello essenziale delle prestazioni sociali che preveda l'attivazione di uno o più strumenti, già presenti sui territori, in maniera anche integrata, di seguito elencati:

- presidio interno alla struttura ospedaliera (a carico dei servizi sanitari);
- riserva di posti in alcune strutture di accoglienza che preveda la permanenza fino al termine del periodo di convalescenza;
- intervento socio-sanitario presso il luogo di temporanea accoglienza (casa di ospitalità, struttura di accoglienza, comunità, alloggi di autonomia in convivenza).

All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, a carico dell'Ente locale:

- presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno;
- vitto, alloggio e lavanderia;
- oneri relativi alle utenze ed alla pulizia dei locali;
- sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
- gestione della convivenza;
- monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;

Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:

- visite mediche programmate e/o specialistiche (DSM, SERT, ecc.);
- visite infermieristiche;
- gestione e fornitura di farmaci.

Costi per i destinatari

Il Servizio è gratuito (Ministero Lavoro, 2021).

Finanziamenti

Al finanziamento del LEPS, concorrono 66 milioni a valere sul PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, integrate dalle risorse proprie e da risorse del Fondo nazionale politiche sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Fondo nazionale sanitario.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 prevede infatti che il FNPS 2021-2023 stanzi 10 milioni per ognuno degli anni del triennio per finanziare le dimissioni protette (Piano nazionale Sociale, 2021).

Il finanziamento del PNRR relativo al rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità (1.1.3) ha come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. I progetti devono essere volti ad assicurare:

- a. la garanzia di dimissioni protette da percorsi socio-assistenziali a domicilio, tramite
 1. l'attivazione dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale secondo i livelli di servizio definiti dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 per le "Dimissioni protette" in relazione alle prestazioni di assistenza domiciliare, telesoccorso, consegna dei pasti a domicilio, ad integrazione delle cure domiciliari garantite dall'art. 22 comma 4 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, in base agli esiti della valutazione multidimensionale; o alle prestazioni di assistenza tutelare professionale temporanea a domicilio, ad integrazione di quanto già assicurato a carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 22 comma 5 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
 2. azioni di formazione specifica rivolte ai professionisti nell'ambito dei servizi a domicilio, ed in particolare destinati agli anziani per migliorare la qualità dei servizi sociali erogati;
- b. il rafforzamento dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale, tramite: l'attivazione di prestazioni domiciliari ulteriori rispetto all'offerta base di servizi. Nell'ambito di tali progettualità:
 1. dovrà essere previsto un adeguato servizio sociale professionale, anche in termini di organico, al fine di garantire la partecipazione alle équipe multidisciplinari o unità di valutazione multidimensionale presso il presidio ospedaliero;
 2. potranno essere attivati percorsi specifici di collaborazione con le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie locali (in assenza di accordi già all'uopo stipulati) per la definizione, la sperimentazione e l'adozione di protocolli condivisi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta, anche con il

coinvolgimento e la partecipazione di enti privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni ed Enti del Terzo Settore.

Con il progetto finanziato dal PNRR, appena descritto, sono stati finanziati 200 progetti in tutta Italia che riceveranno 330.000 ognuno. L'obiettivo è di seguire, in tre anni, la dimissione protetta di 25.000 persone.

9. Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)²²

9.1. *Le criticità del SAD*

Il servizio di assistenza domiciliare (SAD) dei Comuni, in Italia, è da lungo tempo in crisi. Questa situazione può essere sintetizzata in cinque punti.

Primo, la scarsità dell'offerta. I Comuni italiani, nel 2020²³, hanno assistito con il SAD una percentuale di anziani pari solo all'1,4%. Si tratta evidentemente di un valore ben lontano da quanto necessario.

Secondo, la costante riduzione nel tempo. Si registra una graduale contrazione del servizio, sceso da 2,1% anziani assistiti a domicilio del 2004 all'1,4% del 2020. Questo trend di diminuzione si riflette nella riduzione della spesa dedicata in valore assoluto, pari a 357 milioni di euro nel 2004 e a 328 milioni di euro nel 2020.

Terzo, l'estrema eterogeneità territoriale. Tra le diverse Regioni, e anche all'interno di una stessa Regione, s'incontrano ampie differenze nelle percentuali di anziani seguiti così come nei modelli organizzativi utilizzati.

Quarto, la ridotta integrazione con la sanità. Nel 2020, solo 63.917 anziani, pari allo 0,5% degli anziani, ha ricevuto il SAD integrato con l'assistenza domiciliare sanitaria (ADI), una percentuale sostanzialmente invariata da 15 anni.

Quinto, la difficoltà ad aggiornare il modello. In gran parte del Paese, il SAD non ha saputo evolvere, mantenendo sostanzialmente la configurazione definita tra la fine degli anni '80 e l'inizio del decennio successivo, che prevede l'erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilitazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata (in media 78 ore annue), di supporto in specifici momenti critici della giornata o di funzioni domestiche. La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell'organizzazione familiare ne hanno ridotto l'appetibilità²⁴.

9.2. *L'avvio di una nuova fase*

A fronte del quadro assai critico riassunto sopra, alcuni recenti atti innovativi hanno costruito le condizioni per un'inversione di rotta. La Legge di Bilancio 2022²⁵ e il successivo Piano nazionale per

²² Tratto da Pesaresi F., *Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, Welforum.it, 13 maggio 2024: <https://www.welforum.it/servono-gli-obiettivi-di-servizio-nellassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

²³ Istat, 2023, *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020*, Roma, Istat.

²⁴ Per maggiori approfondimenti si vedano Pesaresi, F., Gori, C., 2021, *Sad anziani: diventi livello essenziale*, 28 settembre, Paper tecnico – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, disponibile in www.pattoonautosufficienza.it; Tidoli, R., 2017, *La domiciliarità*, in NNA (a cura di) "L'assistenza agli anziani non autosufficienti – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte", 2017, Rimini, Maggioli, pp. 77-100.

²⁵ Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

la non autosufficienza 2022-2024²⁶, infatti, hanno inserito l'assistenza domiciliare sociale e quella integrata con i servizi sanitari tra i Livelli essenziali delle prestazioni (Leps). Questa sostanziale novità si colloca all'interno di una più ampia progettualità tesa ad attribuire un nuovo ruolo agli interventi sociali nel territorio rivolto agli anziani non autosufficienti. Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) precisa, inoltre, che i Leps relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze. La già menzionata Legge di Bilancio 2022 ne ha incrementato le risorse dedicate per un ammontare pari a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025. In quest'ultimo anno, di conseguenza, il Fondo nazionale raggiungerà la cifra di 963 milioni.

Un ulteriore aspetto di rilievo, da evidenziare in prospettiva della riforma, riguarda la tipologia degli interventi previsti. Mentre sino ad oggi le risorse del Fondo sono state utilizzate perlopiù per il trasferimento di contributi economici, se ne prevede un progressivo riorientamento verso i servizi alla persona²⁷.

9.3. *Definire gli obiettivi di servizio*

Il passo successivo ed auspicabile del percorso avviato con la Legge di bilancio 2022 e dal PNNA 2022-2024 è quello di affiancare ai livelli essenziali la definizione dei relativi obiettivi di servizio, in relazione alle criticità attuali del settore e alle condizioni dei diversi territori, creando così i presupposti normativi per uno sviluppo realistico e graduale della domiciliarità sociale in tutta la Nazione.

La caratteristica principale dell'obiettivo di servizio è proprio quella di potersi modulare nel tempo e nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento. Compete al Governo la definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni. Spetta sempre al Governo la definizione di un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio verso i livelli essenziali delle prestazioni.

Nell'esperienza sanitaria, l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) ha spesso portato ad una elencazione generica delle prestazioni a cui aver diritto; un'impostazione che in un settore ancora fragile e da sviluppare come quello sociale non può funzionare. In questo ambito è cruciale che alla definizione dei livelli essenziali si affianchi l'ulteriore puntuale individuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere in un tempo determinato. Questi ultimi sono di straordinaria importanza perché riempiono di contenuti i livelli essenziali, permettono una verifica circa la loro attuazione e consentono una crescita graduale dell'intero Paese rispetto agli elementi quantitativi e qualitativi stabiliti per il livello essenziale.

Venendo ai contenuti degli obiettivi di servizio, il problema principale oggi è costituito dalla bassissima percentuale di anziani assistiti: bisognerebbe pertanto fissare un livello standard che tutti i Comuni o gli ambiti sociali devono raggiungere. Occorre innanzitutto raggiungere un livello base uguale per tutti per poi crescere gradualmente in una seconda fase.

Qui si ipotizza in una prima fase, da realizzarsi nel 2025, in cui tutti i territori dovrebbero raggiungere

²⁶ Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

²⁷ Pesaresi, F., 2023, *Leps 8: l'assistenza domiciliare sociale*, in <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/04/leps-8-lassistenza-domiciliare-sociale.html>

almeno l'obiettivo di assistere il livello medio attuale che è pari all'1,4% di anziani ogni 100. Si tratta di un obiettivo apparentemente modesto ma occorre rammentare che metà del Paese oggi è al di sotto di questo standard. D'altra parte, l'obiettivo di servizio dovrebbe annualmente crescere fino al raggiungimento del livello quantitativo stabilito a livello nazionale. Per questo obiettivo di servizio (ed altri eventuali), il requisito dovrebbe essere sempre assolvibile dal singolo Comune o dall'Ambito territoriale sociale (ATS) o altro strumento di gestione associata quando questo è delegato alla gestione del SAD.

Maggiormente complesso è intervenire nel promuovere un più appropriato intervento a favore degli anziani non autosufficienti che è la cura della persona. Tale intervento costituisce una delle criticità del sistema perché non sempre è collocato quale priorità del servizio. Come primo passo, un obiettivo di servizio potrebbe prevedere che le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti.

I problemi attuali del SAD non sono solo quantitativi, ma anche qualitativi. Per esempio, troppo modesta è l'integrazione del SAD con i servizi domiciliari sanitari (ADI): si tratta, d'altra parte, di uno degli obiettivi qualificanti della riforma approvata con la L. 33/2023 e non ancora attuata. Si potrebbe stabilire un obiettivo di servizio che preveda la presenza di un accordo formale del Comune/ATS con l'ASL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari. Questo elemento non determina di per sé un aumento dell'integrazione ma crea le condizioni perché questo possa avvenire. Si tratta del primo indispensabile passo, tenuto conto che la maggioranza dei Comuni (61%) oggi non eroga questa prestazione integrata.

Nella tabella 9.1 vengono sintetizzati gli obiettivi di servizio proposti per l'assistenza domiciliare sociale.

Le criticità del SAD e le necessità degli anziani ed in particolare di quelli non autosufficienti non sono solo quelle toccate in queste proposte. Ce ne sono anche altre. Ma per essere credibili e realisti occorre prefigurare una metodologia ed un programma graduale, effettivamente realizzabile che tenga conto della fase attuativa.

La presenza di finanziamenti statali in grado di incentivare l'attuazione degli obiettivi di servizio rappresenta uno snodo decisivo per il successo dell'intera operazione. Pertanto, è opportuno accompagnare il percorso degli obiettivi di servizio con dei finanziamenti statali, come illustrato di seguito.

Tabella 9.1 – Proposta degli obiettivi di servizio per il Sad

OBIETTIVI DI SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE		
	Descrizione	Attuazione
1. Anziani assistiti	Garantire l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche ad integrazione di quella sanitaria ad almeno 1,4 anziani ogni 100.	Il requisito è assolvibile dal singolo Comune o dall'Ambito territoriale sociale.
2. Assistenza domiciliare integrata	Presenza di accordo formale del Comune/ATS con la ASL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.	Il requisito è assolvibile dal singolo Comune o dall'Ambito territoriale sociale.
3. Qualità dell'assistenza	Le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti	Il requisito è assolvibile dal singolo Comune o dall'Ambito territoriale sociale.
4. Coinvolgimento dei Comuni nell'integrazione sociosanitaria	L'assistenza domiciliare socio-assistenziale in integrazione con i servizi sanitari deve essere garantita in tutti i Comuni.	Il requisito è assolvibile dal singolo Comune o dall'Ambito territoriale sociale.

9.4. Stime di spesa e di impatto

Un livello minimo pari all'attuale media nazionale

L'ipotesi di base degli obiettivi di servizio, indicata nella tabella 9.2, punta a far raggiungere a tutte le Regioni almeno un livello minimo pari alla media nazionale di anziani attualmente assistiti dal SAD. Gli ultimi dati del 2020 fissano, come già indicato, nell'1,4% il valore degli anziani che sono assistiti dal SAD a livello nazionale. Rispetto a questa percentuale, sono 12 le Regioni che dovrebbero far crescere il numero di assistiti dato che il loro valore è inferiore. L'adeguamento alla percentuale minima dell'1,4% di queste 12 Regioni, ipotizzando che le altre Regioni mantengano le attuali percentuali di anziani assistiti, farebbe crescere il numero degli assistiti a domicilio di 43.334 unità, portando il totale degli anziani assistiti con il SAD a 241.068, con un aumento dello 0,3% rispetto al 1,4% da cui si parte. Con questi dati la percentuale degli assistiti salirebbe all'1,7%.

Un "costo standard" per il SAD

Il processo proposto ha possibilità di successo solo se accompagnato da un finanziamento *ad hoc* per

il livello essenziale del SAD. D'altra parte, non è oggi immaginabile che questo finanziamento possa essere differenziato per singolo caso e per singola Regione, occorre pensare ad un "costo standard" di riferimento per singolo caso che in questo momento si può identificare nel costo medio annuo nazionale che nel 2020 è stato di 1.660 euro. Prendendo come punto di riferimento questo ultimo dato, il costo per l'adeguamento delle Regioni in ritardo sarebbe di 71.934.000 euro. Il costo standard utilizzato e cioè la spesa media italiana per singolo caso tiene conto sia dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale sia di quella integrata con i servizi sanitari che hanno costi medi annui molto diversi (rispettivamente 2.025 e 896 euro). Il punto di debolezza, ma in questa fase insuperabile, è costituito dalla ampia diversità dei costi medi per singolo caso che si registra nelle diverse Regioni.

Le Regioni sopra la media

A questo punto sorge però un altro quesito: è ipotizzabile che lo Stato nel perseguire l'obiettivo dell'attuazione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale finanzia solo le Regioni che offrono meno servizi della media nazionale, penalizzando i territori più attenti alle esigenze degli anziani? No, non è ipotizzabile. Non sarebbe né giusto né sopportabile dalle Regioni e dai Comuni che hanno già raggiunto l'obiettivo di servizio dell'1,4% di anziani assistiti a domicilio. Un'ipotesi ben più equa, ma evidentemente molto più costosa per lo Stato, potrebbe essere quella di finanziare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare necessarie per raggiungere il livello minimo dell'1,4% senza far differenze fra prestazioni già erogate o da incrementare per raggiungere il livello minimo. In questo caso il costo complessivo dell'operazione sarebbe di 328.238.000 euro utilizzando la spesa media nazionale per singolo caso. Da tale importo andrebbero detratte le entrate dei Comuni da compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, che ammontano intorno al 10-15% del totale della spesa. In questa ipotesi la spesa per lo Stato sarebbe quindi di circa 300 milioni di euro da ripartire in modo proporzionale fra tutte le Regioni in base al numero di anziani presenti. Per le Regioni sopra la media dovrebbe essere indicato il vincolo che le risorse dovranno comunque essere utilizzate per aumentare il livello delle prestazioni (incremento degli assistiti e/o dell'intensità dell'assistenza).

Con queste regole il numero di anziani assistiti con il SAD dovrebbe salire a 319.518 (utilizzando sempre il costo medio attuale per singolo caso) portando al 2,2% la percentuale di anziani assistiti, molto più alta (+57%) rispetto all'attuale. Negli anni successivi al 2025, in relazione alla modifica periodica degli obiettivi di servizio, anche i finanziamenti statali dovrebbero adeguarsi ai nuovi target.

L'assistenza integrata socio-sanitaria

Oggi, come già visto, i Comuni assistono a domicilio solo 63.917 anziani integrando le prestazioni domiciliari sociali con quelle sanitarie. L'attuazione dell'obiettivo di servizio che prevede che tutti i Comuni siano in grado di fornire assistenza domiciliare integrata a quella sanitaria, illustrata nel paragrafo precedente, dovrebbe portare ad un aumento molto significativo di utenti, dato che oggi solo il 39% dei Comuni fornisce assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria. Allargando questa possibilità a tutti i Comuni/Ambiti sociali, il numero di anziani da assistere in modo integrato può crescere in modo significativo dando a chiunque la possibilità di assistenza integrata, indipendentemente dal suo luogo di residenza.

L'ipotesi precedente, che prevede lo stanziamento di 300 milioni di euro per lo sviluppo del SAD, permetterebbe di assorbire queste nuove domande di assistenza integrata. Stanziamenti

significativamente inferiori non permetterebbero di raggiungere questo obiettivo. Detto in altro modo, senza lo stanziamento di finanziamenti adeguati non solo non si fa l'integrazione socio-sanitaria ma c'è addirittura il rischio che si facciano passi indietro.

Gli anni successivi al 2025

Negli anni successivi al 2025 si dovrebbe proseguire nell'ampliamento del SAD, utilizzando la stessa logica indicata per il 2025. L'obiettivo di servizio quantitativo minimo per il 2026 per tutte le Regioni dovrebbe crescere all'1,7% degli anziani e nel 2027 al 2,0% che quindi diventa il target che tutte le Regioni dovrebbero raggiungere mentre quelle che l'hanno già raggiunto devono obbligatoriamente utilizzare le risorse aggiuntive per aumentare il numero dei casi assistiti a domicilio in quantità o in intensità dell'assistenza. La spesa passerebbe dai 300 milioni del 2025 a 360 nel 2026 e 420 nel 2027. Questa impostazione, oltre al raggiungimento del livello minimo in tutte le Regioni, dovrebbe garantire, a livello nazionale, il SAD al 1,7% degli anziani sin dal 2025, percentuale che crescerà fino al 2,2-2,5% nel 2027 (Cfr. Tab. 9.2). Tale risultato sarà un po' più basso in quelle realtà che, una volta raggiunto comunque l'obiettivo di servizio, investiranno anche in un aumento dell'intensità del servizio domiciliare, aumentando cioè il numero di ore erogate per singolo caso.

Tabella 9.2 – Servizio di assistenza domiciliare sociale (Sad). Obiettivi di servizio 2025-2027

	2025	2026	2027
Anziani (stima)	14.489.000	14.675.000	14.881.000
Obiettivo di servizio	1,4	1,7	2,0
Anziani assistiti con l'obiettivo di servizio	121.784	Almeno 278.825	Almeno 395.468
Finanziamento dell'obiettivo di servizio	328.238.000	400.075.000	470.676.000
Finanziamento erogato detratto del 10% di compartecipazione (con arrotond.)	300.000.000	360.000.000	420.000.000
Anziani con il SAD nel 2020	197.734	197.734	197.734
Anziani assistiti complessivamente (2020 + ob. di servizio)	319.518	Almeno 476.559	Almeno 525.116
Stima copertura servizio	1,7%	Almeno 1,9%	2,2-2,5%

Le modalità di finanziamento

Le risorse aggiuntive per il finanziamento del livello essenziale relativo al SAD dovrebbero essere collocate all'interno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (Fnna) che già finanzia, in parte, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Lo stesso Fnna prevede già un aumento del suo finanziamento di 300 milioni nel 2025 (che così raggiunge la cifra di 963,3 milioni) ma questo incremento non ha una destinazione specifica. Pertanto, non esiste alcuna garanzia specifica che venga utilizzato per il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

Occorre quindi utilizzare il finanziamento aggiuntivo del Fnna per il potenziamento del SAD attraverso l'individuazione degli obiettivi di servizio. Questo finanziamento, unitamente a quello previsto per il potenziamento delle cure domiciliari previsto dal PNRR, costituiranno una linea di finanziamento da utilizzare in modo coordinato per la nuova domiciliarità integrata sociale e sanitaria prevista dalla riforma approvata con la L. 33/2023 e non ancora sviluppata.

Questo percorso, come tutti quelli legati ai Livelli essenziali e ai relativi obiettivi di servizio, ha bisogno di un efficace sistema di monitoraggio centrale che accompagni con rigore il processo di riforma e di sviluppo dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale e di quella integrata.

10. Le previsioni della L. 33/2023 e del D. Lgs. 29/2024²⁸

In materia di assistenza a casa, le aspettative nei confronti della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti erano estremamente elevate. Il motivo è tanto semplice quanto dirompente: in Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono – per loro stesso disegno istituzionale - logiche differenti.

Un passo in avanti: la Legge Delega 33/2023

Quella sull'assistenza a casa è una parte qualificante della Legge Delega. Viene infatti prevista l'introduzione nel nostro Paese di un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza e fondato sulla logica del *care* multidimensionale. La Legge Delega 33/2023, anche rispetto alle proposte del Patto, prefigura la riforma dell'assistenza domiciliare. In particolare:

- i) la non autosufficienza richiede uno sguardo globale sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali: la Delega intende costruirlo a partire dall'unitarietà delle risposte tra sociale e sanità, da raggiungere attraverso l'integrazione tra ADI e SAD;
- ii) questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la Legge ne prende atto prevedendo interventi di durata e intensità adeguate, determinate sulla base dei bisogni e delle capacità residue della persona anziana non autosufficiente;
- iii) l'ultimo criterio, la previsione della multiprofessionalità, nella Legge Delega manca ma il testo crea le condizioni per recuperarlo in un successivo Decreto Attuativo.

Nel dettaglio, la Legge delega prevedeva i seguenti obiettivi:

1. Unitarietà delle risposte, attraverso l'**integrazione dei servizi domiciliari erogati dalle ASL (ADI) e dai Comuni (SAD)**. Anche attraverso budget di cura e assistenza;
2. Offerta di interventi di **durata e intensità adeguate** alle condizioni dell'anziano;

²⁸ Tratto da Gori C., Pesaresi F., "I servizi domiciliari", in "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza" (a cura di), "Alla ricerca del futuro", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2024.

3. Aggiornamento e semplificazione requisiti per **autorizzazione** e accreditamento;
4. Sviluppo della **Telemedicina**.

Come potrebbe cambiare l'assistenza domiciliare per una persona anziana non autosufficiente con l'approvazione di Decreti legislativi davvero attuativi della Legge delega sulla non autosufficienza (L. 33/2023)? La tab. 10.1 evidenzia i cambiamenti che era lecito attendersi dopo l'approvazione della L. 33/2023.

Tabella 10.1 – Assistenza domiciliare: le differenze fra la situazione attuale e i contenuti della Legge delega

Servizio	Situazione attuale	Legge delega sulla non autosufficienza
Cure domiciliari/ ADI	Servizio con limitazioni nella durata e nell'intensità dell'assistenza per singolo caso (media annua 14 ore di assistenza). Previsto forte potenziamento con il PNRR.	Offerta di prestazioni di durata (finché necessario) e di intensità adeguate (nr. di ore di assistenza necessario). Previsto forte potenziamento con il PNRR.
		Uso degli strumenti di telemedicina.
	Approvato un sistema di autorizzazione e accreditamento ancora poco attuato.	Aggiornamento e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento, compresi i servizi di diagnostica domiciliare.
	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 12 ore su 24.
Servizio assistenza domiciliare anziani (SAD) comunale	I servizi domiciliari, in genere, non sono autorizzati ed accreditati	Approvazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento.
	In genere, il servizio non garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24.	Il servizio garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 12 ore su 24.
Integrazione Cure domiciliari e SAD	L'integrazione sociosanitaria delle prestazioni domiciliari riguarda una quota irrilevante (il 7% degli anziani in ADI).	L'assistenza domiciliare integrata diventa un elemento ordinario di erogazione del servizio.
	-	Sperimentazione del budget di cura e di assistenza
	L'individuazione del case manager è rarissima	Individuazione del case manager

	Attualmente sono carenti o inesistenti i servizi di: • sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana (ASL e Comuni); • azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e Comuni); • assistenza integrativa- protesica, telemedicina e teleassistenza (ASL).	Gli anziani devono ricevere il giusto mix unitario delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede: • interventi medico-infermieristico-riabilitativi (ASL); • sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana (ASL e Comuni); • azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e Comuni); • assegni di cura (Comuni); • assistenza integrativa-protesica, telemedicina e teleassistenza (ASL).
--	---	--

Ritorno alla casella di partenza: il Decreto Attuativo 29/2024

Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto attuativo n. 29/2024 è stata cancellata la prevista introduzione della domiciliarità rivolta alla non autosufficienza.

Come vengono attuati, nel dettaglio, gli obiettivi della domiciliarità contenuti nella L. 33/2023?

1. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi. C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei Comuni) (Cfr. Tab. 10.2).
2. Di durata ed intensità adeguate dell'assistenza domiciliare non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). In questo ultimo caso non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.
3. I requisiti per l'accreditamento del SAD sono rinviati alla competenza delle leggi regionali. Mentre per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari viene previsto un futuro decreto per l'individuazione e l'aggiornamento dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità delle organizzazioni pubbliche e private (Cfr. Tab. 10.2).
4. Per la Telemedicina è previsto un Decreto per l'individuazione delle prestazioni di telemedicina domiciliare da erogare agli anziani ma con priorità ai grandi anziani (+ di 80 anni) e quindi con intenti restrittivi.

In definitiva, L'attuazione della L. 33/2023 non c'è. Su quattro punti previsti, tre vengono rinviati a futuri decreti ed uno scompare. Dunque, la riforma non c'è e gli aspetti più significativi della riforma - durata ed intensità - non potranno neanche essere recuperati dai decreti ulteriori previsti perché la loro attuazione sembra esser stata illegittimamente cancellata. Durata e intensità adeguate, in particolare, rappresentavano un principio esplicitato nella Delega. Non siamo, dunque, in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni chiave della Legge 33/2023. La durata, infatti, è il discrimine decisivo, basta ricordare che l'ADI dura perlopiù 2-3 mesi mentre la condizione di non autosufficienza diversi anni. Non a caso, la dizione assistenza agli anziani non autosufficienti, a livello internazionale, si traduce in "long-term care", cioè assistenza di lungo termine. In sintesi, agire

sulla durata non è sufficiente ma non farlo preclude a priori la possibilità di qualunque azione riformatrice nella domiciliarità.

Perché questa inversione di rotta? Difficile dirlo. L'impressione è che i due ministeri coinvolti, Welfare e Salute, impegnati nella scrittura del Decreto, non se la siano sentita di mettere in discussione il complessivo disegno della domiciliarità in Italia e/o abbiano istintivamente tenuto le distanze dal possibile abbandono del percorso tradizionale. Ci si sente più al sicuro mantenendo l'esistente.

Tabella 10.2 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per l'assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti

Articolo del D. Lgs.	Atto da approvare	Da approvare entro il
31 comma 7	Decreto per l'individuazione e l'aggiornamento di criteri condivisi e omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario.	17 luglio 2024
27 comma 7	Decreto per definire i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata a livello nazionale informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità (decreto attuativo L.227/2021). Con lo stesso decreto sono approvate le Linee di indirizzo nazionali per l' integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari .	19 marzo 2025
9 comma 2	Decreto per l'individuazione delle prestazioni di telemedicina domiciliare da erogare agli anziani con priorità ai grandi anziani.	17 giugno 2024

Fonte: nostra elaborazione sul D. Lgs. 29/2024

11.Proposte per la domiciliarità

11.1. Proposte per la riorganizzazione dei servizi domiciliari²⁹

I servizi domiciliari rappresentano l'asse portante della riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti definita nella legge 33/2023, e ne costituiscono l'elemento innovativo simbolico, punto cardine dello SNAA per la presenza di servizi di vera prossimità in ogni territorio del Paese, realizzati con la costruzione di un settore unitario per meccanismi di regolazione e governance, la

²⁹ Pesaresi F., *Potenziare e riorganizzare l'assistenza domiciliare*, Patto per la non autosufficienza, 20/7/2023

definizione di opportuni, specifici, modelli di intervento e caratteristiche delle risposte fornite dal sistema, l'ampliamento irrinunciabile dell'offerta con nuova e più ampia disponibilità di servizi.

Priorità al domicilio

Tutto il sistema di assistenza deve assumere come priorità la promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti in tutti i casi in cui sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri degli assistiti. Questo è il principio cardine della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. L'assistenza domiciliare è la modalità assistenziale di gran lunga preferita da anziani e famiglia; quando è adeguatamente realizzata e appropriata rispetto ai bisogni produce un impatto positivo sul loro benessere e, nella maggior parte dei casi, ha un costo inferiore agli altri setting assistenziali. Inoltre, assumere la domiciliarità come priorità serve anche ad orientare tutta l'organizzazione e le prestazioni che vengono individuate per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Risposte domiciliari integrate

Per garantire un'offerta integrata di assistenza domiciliare sanitaria, sociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, gli Ambiti territoriali sociali (ATS) e le Aziende sanitarie attraverso i distretti sanitari si accordano per garantire il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sanitaria e Sociale. L'organizzazione e l'erogazione agli utenti dell'assistenza integrata viene perseguita, fermi restando i rispettivi ambiti di competenza degli Ambiti territoriali sociali (ATS) e del Servizio sanitario, attraverso l'unificazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), entro i limiti e i termini definiti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale.

La governance dell'assistenza domiciliare sanitaria e sociale

Le Regioni, infatti, esercitano la funzione di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, sociosanitari e sanitari garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale.

L'Ambito Territoriale sociale e il distretto sanitario rappresentano le sedi principali della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi domiciliari integrati, attivi a livello locale.

La Strategia di intervento e di gestione integrata dell'assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale è sostenuta da un **accordo** di collaborazione interistituzionale che coinvolge l'ambito territoriale sociale, il distretto sanitario, attraverso l'azienda sanitaria competente.

Il Governo dovrebbe proporre un decreto con uno schema-tipo di accordo di collaborazione interistituzionale fra ATS e distretto sanitario/ASL la cui funzione è quella di fornire una base comune

che dovrebbe garantire l'uniformità sul territorio nazionale e che potrà essere adattato alle singole realtà territoriali. Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinare questo strumento con altri strumenti regionali.

L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale. Qualora sul territorio regionale vi siano già provvedimenti che disciplinano conformemente la materia oggetto dell'accordo di programma lo stesso potrà non essere stipulato.

L'accordo riguarda la realizzazione dell'assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale nell'ambito territoriale di competenza ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. L'accordo, in ciascun territorio, può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

L'Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia di assistenza domiciliare, necessarie per sviluppare l'assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale all'interno del territorio di competenza, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

L' Accordo di Programma intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente e i reciproci impegni, consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale dei servizi sociosanitari domiciliari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di cura e assistenza, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Per far funzionare correttamente il sistema, gli Enti firmatari dell'Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi domiciliari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è **l'Ufficio sociosanitario integrato di Ambito e di Distretto**, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività sociosanitarie integrate. L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, che si avvalgono delle ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. L'Ufficio sociosanitario integrato rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali.

Budget di cura e assistenza

Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di prestazioni domiciliari sanitarie e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della vita dell'assistito. Per cui l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario, rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore.

Inoltre, in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza, il modello di intervento dovrebbe essere il budget di cura e assistenza che deve prevedere la possibilità di disporre unitariamente di tutte le risorse, comprese quelle economiche. Il Budget di cura e assistenza è il paniere di risorse e opportunità per realizzare il progetto di vita delle persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili. Strumento che mira a ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili. La letteratura è concorde nel definire il budget di cura e assistenza come l'unità di misura delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione alla comunità delle persone fragili o non autosufficienti attraverso un progetto individuale alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità. Il budget di cura e assistenza è previsto in diverse normative statali (nella L. 33/2023, nella L. 77/2020, nel Piano nazionale per le non autosufficienze 2022-2024, nei progetti sperimentali in materia di vita indipendente previsti dalla legge 162 del 1998 e in quelli relativi alla legge 112 del 2016 sul Dopo di Noi) e da specifiche linee guida programmatiche approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 6/7/2022.

Prestazioni da assicurare

Occorre fondare la riorganizzazione della domiciliarità anche sul riconoscimento della realtà della non autosufficienza, seguendo di conseguenza il paradigma che le è proprio: quello del *care* multidimensionale. Ciò significa prevedere progetti personalizzati che partano da uno sguardo globale sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Superare così il paradigma di natura clinico-sanitaria (*cure*) – che si traduce nell'erogazione di determinate prestazioni per rispondere a specifiche patologie – oggi predominante nei servizi domiciliari delle ASL (ADI, i più diffusi). Analogamente, superare il paradigma socio-assistenziale – che considera la carenza di reti familiari e/o di risorse economiche quali criteri prioritari di accesso – oggi vigente nei servizi domiciliari dei Comuni (SAD, i meno diffusi). I successivi obiettivi discendono da questo cambio di modello perché intendono unificare le risposte (come comporta una visione complessiva) e ampliare la gamma d'interventi (come richiede la multidimensionalità).

L'assistenza domiciliare se vuol essere il luogo privilegiato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve soddisfare tutte le necessità assistenziali sociali e sanitarie. Gli anziani devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede:

- i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi (responsabilità delle ASL);
- ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola (ASL e ATS/Comuni);
- iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (ASL e ATS/Comuni);

- iv) assegni di cura (in genere ATS/Comuni);
- v) assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (ASL).

Particolare attenzione va anche posta nei servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nelle azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari, ecc.

Viene raccomandata l'attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 sui LEA che dispone che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, più legate al supporto delle attività fondamentali della vita quotidiana degli assistiti (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc.), sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.

Oltre alle cure domiciliari, anche l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) dei Comuni deve puntare con forza sull'integrazione con l'ADI e garantire in tutti i Comuni tutte le prestazioni socio-assistenziali domiciliari che contribuiscono in modo significativo a mantenere al domicilio gli anziani. La completezza delle prestazioni domiciliari sanitarie e sociali per gli anziani non autosufficienti rimane pertanto un obiettivo imprescindibile della riforma del sistema.

Durata e intensità

Le cure domiciliari devono tener conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza temporanea o permanente che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana. Particolare attenzione deve essere posta nella realizzazione di sistemi di supporto, consulenza ed informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze reali o percepite che, se trattate/risolte, potrebbero evitare ricoveri inappropriati. Nel nuovo modello assistenziale gli interventi domiciliari devono essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali di assistenza rapportate all'intensità dei bisogni assistenziali. Inoltre, in caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente. Deve esserci una presa in carico complessiva dell'assistito, rifuggendo da ogni logica prestazionale.

Per garantire la presa in carico continuativa degli assistiti, e non sospendere l'assistenza quando il bisogno è più intenso ed urgente, occorre che il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 anche con l'ausilio delle Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari. Allo stesso modo, per garantire la continuità e l'integrazione dell'assistenza occorre che il servizio domiciliare socio-assistenziale sia in grado di garantire l'erogazione del servizio 12 ore al giorno per 7 giorni settimanali.

Le dimissioni protette

L'assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale deve garantire la continuità assistenziale attraverso le "Dimissioni protette" degli utenti dagli ospedali e dalle strutture residenziali in tutti i casi in cui ciò sia necessario.

La "dimissione protetta" è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Anche nel caso delle Dimissioni protette, la cura e l'assistenza domiciliare, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 14.2.2001 – "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria" e dalle disposizioni contenute nel presente decreto.

Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili. Sono obiettivi delle dimissioni protette:

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio.

Alla realizzazione delle Dimissioni protette in tutto il territorio nazionale ha dato un contributo decisivo il riconoscimento come Livello essenziale di tale prestazione che è avvenuto con l'art. 22 del D.P.C.M. 12.1.2017 per le prestazioni domiciliari di tipo sanitario e con l'art. 1 comma 170 della L. 234/2021 per le prestazioni domiciliari di tipo sociale.

Le Dimissioni protette, anche per la parte dei servizi domiciliari sociali, sono totalmente gratuite per gli utenti.

La riorganizzazione del Servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD) e i LEPS

In base alla Legge di bilancio 2022 e al Piano per la non autosufficienza 2022-2024 si delinea un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si

arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale. Il servizio rimane uno ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse. Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

Secondo la normativa approvata il Livello essenziale dell'assistenza domiciliare sociale, oltre alle dimissioni protette in integrazione con le cure domiciliari, deve infatti garantire:

- **l'assistenza domiciliare sociale:** Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc. Possono essere previsti altri interventi (citati per esempio nel LEPS delle Dimissioni protette) come i Pasti a domicilio. Nel caso specifico si tratta del servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.
- **l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari,** ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. Si tratta della possibilità/necessità di integrare l'assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare migliora la qualità della vita, l'integrazione fra strutture sanitarie e territorio e tra i professionisti socio-sanitari e sociali coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.
- **soluzioni abitative,** anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni.
- **adattamenti dell'abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza". Il telesoccorso è costituito da un'installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
- **Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale** e tra persone anziane.

Per un effettivo sviluppo omogeneo e crescente del SAD è assolutamente necessario che il Governo definisca (periodicamente) gli obiettivi di servizio specifici così come indicato nel dettaglio nel precedente cap. 9.

Supportare i caregiver familiari e le assistenti familiari

Nell'organizzazione degli interventi domiciliari occorre puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni. Riconoscere anche i *caregiver* familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari ed interfacciarsi con le assistenti familiari, per promuovere la qualità del loro operato.

Occorre considerare i *caregiver* familiari come parte della rete assistenziale dedicata alle persone non autosufficienti. I servizi domiciliari coordinano e supportano tutte le risorse in campo, a partire dall'attività di educazione terapeutica da indirizzare ai familiari e alle assistenti familiari (badanti). Occorre erogare ai *caregiver* familiari un pacchetto di attività dedicate comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto; interventi di assistenza e di sollievo (di emergenza o programmati). A sostegno di questa azione, deve essere previsto uno sforzo formativo rivolto anche ai caregiver familiari.

Anche le assistenti familiari devono essere considerate come risorse da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare. Va, dunque, prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati. In buona parte e con gli opportuni adattamenti, quanto indicato per i *caregiver* familiari vale anche per le assistenti familiari; l'attenzione è da concentrare su azioni formative messe in campo prevalentemente *on the job* dagli operatori dei servizi domiciliari. L'operatore del SAD non deve isolarsi nella sua prestazione se vuol dargli valore e renderla massimamente produttiva. Laddove l'anziano intenda usufruire di tutte e due le prestazioni (SAD e badante) occorre cogliere l'occasione per integrare le due attività e qualificare il lavoro degli operatori coinvolti. L'operatore del SAD che in genere è più esperto e qualificato, per esempio, può fornire sostegno all'assistente familiare, può istruirlo, può confortarlo nelle scelte, in buona sostanza può fornire una prestazione di tutoraggio nei confronti di un operatore che passa gran parte del suo tempo con l'anziano non autosufficiente ma che spesso è straniero, conosce poco la società e i servizi pubblici esistenti e, molto spesso, non ha mai svolto in patria questa attività. Il fenomeno delle assistenti familiari, più di altri, induce quindi a ripensare l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per garantire servizi integrati che mettano in relazione aiuti diversi tra loro che insieme contribuiscano alla erogazione di interventi più qualificati e consistenti anche in termini di qualità del servizio e di numero di ore erogate per la cura della persona (Pasquinelli, 2003).

Case manager

Quando sono più soggetti e/o più enti ad intervenire per una stessa persona, quando ci sono risorse di diversa provenienza, l'efficacia e la funzionalità dell'intervento sono determinati dalla presenza o meno di un coordinatore dell'intervento integrato. In presenza di prestazioni complesse ed integrate, occorre nominare il *case manager* (responsabile del caso) per ogni assistito con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la sua famiglia. Il *case manager* è molto importante per il funzionamento dell'integrazione, perché:

- a) segue le diverse fasi attuative del PAI;
- b) coordina le risorse;
- c) garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari;

d) è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia (è il punto di riferimento per la famiglia);

e) valuta l'efficacia degli interventi;

f) propone all'Unità valutativa l'eventuale modificazione del PAI.

È indispensabile che il *case manager* sia riconosciuto da tutti gli attori in gioco, per cui anche le procedure per la sua identificazione devono essere congiunte o condivise. Per questo, per ogni anziano assistito al domicilio, ad eccezione di quelli ammessi alle Cure Domiciliari Prestazionali, deve essere individuato il *case manager* responsabile del caso, punto di riferimento costante nel tempo per gli anziani, i loro caregiver e l'insieme dei soggetti coinvolti nell'erogazione degli interventi. Il case manager, per esempio, potrebbe essere, ma senza rigidità, un operatore del servizio sanitario se l'intervento domiciliare sarà prevalentemente di tipo sanitario o un operatore comunale in caso contrario.

Cure palliative a domicilio

Il diritto di accesso ai servizi di cure palliative (legge 15 marzo 2010, n. 38) a domicilio, oltre che nelle strutture residenziali e negli hospice, deve essere garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Le Cure Palliative costituiscono uno snodo dell'assistenza alla persona anziana che richiede una risposta a bisogni complessi.

Punto di partenza per la costruzione di un adeguato percorso assistenziale è infatti la definizione di cure palliative per le persone con malattie croniche ed evolutive, che non implica affatto la condizione di malato terminale oppure che in presenza di terminalità superi la restrizione alla sola terminalità oncologica.

La natura degli interventi palliativi deve sempre essere commisurata alle scelte operate dalla persona malata e dall'esercizio libero e consapevole della propria volontà.

È importante sottolineare che le cure palliative non sono ristrette né al puro trattamento sintomatico, né alla sola fase terminale della malattia: si tratta di un approccio multidisciplinare che inizia dal momento e dal modo in cui viene comunicata la diagnosi e prosegue per tutta la durata della malattia fino e anche successivamente al momento del lutto.

Il palliativista ha un ruolo specifico nel supportare i sintomi in ambito domiciliare afferendo ai processi di cura più evoluti e riconosciuti dalla letteratura internazionale.

Agisce di concerto con il MMG e lo specialista di riferimento della fase di malattia che il malato esprime. Affronta il tema delle scelte terapeutiche se non ancora esplicitate e supporta l'elaborazione delle stesse per delineare con il malato e la sua famiglia il percorso di fine vita.

Accreditamento

Come è noto, tutte le strutture e i servizi sanitari e socio-sanitari per operare e per garantire il rispetto dei requisiti di base e la qualità dei servizi devono essere autorizzati e, nel caso siano pubblici od operino per conto del pubblico, anche accreditati. Questi processi servono a verificare la presenza di determinati requisiti atti a garantire una determinata qualità delle prestazioni erogate.

I requisiti per l'autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari sono stati approvati nel 2021 dalla Conferenza Stato-Regioni con Atto n. 151/CSR del 4/8/2021 ed ora siamo nella fase dell'implementazione da parte delle Regioni. Occorre però dare atto che il D. Lgs. 29/2024, all'art.31 comma 7 ha previsto un ulteriore decreto per l'individuazione e l'aggiornamento di criteri condivisi e omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e **domiciliari** a carattere sanitario e sociosanitario. Per cui occorrerà attendere il nuovo decreto ed implementare i nuovi contenuti, si auspica in tempi brevi.

Occorre allargare questo processo di qualità anche all'assistenza domiciliare socio-assistenziale la cui competenza è però totalmente in capo alle Regioni. È però opportuno che questo percorso venga accompagnato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con documenti o atti di orientamento, magari da approvare in sede di Conferenza Unificata, in modo da garantire una maggiore omogeneità nazionale ed una maggiore tempestività attuativa.

Valorizzare le possibilità offerte dalla tecnologia.

L'ampliamento della gamma d'interventi si traduce anche nello sviluppo dei servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, telesalute, ecc.) e di telemonitoraggio, per fornire a distanza costantemente un ampio numero di prestazioni specialistiche e poter assicurare un'assistenza adeguata in ogni località del territorio. Lo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'assistenza domiciliare ha bisogno della creazione di una struttura tecnologica digitale che renda disponibili l'accesso ad una molteplicità di nuove prestazioni attraverso la telemedicina. Ogni servizio di cure domiciliari deve potersi avvalere dell'uso delle tecnologie digitali, dei servizi di telemedicina e degli altri strumenti di ICT per ottenere livelli sempre più elevati di qualità ed intensità dell'assistenza domiciliare e per raggiungere ogni parte del territorio. Decisivo ed indispensabile, da questo punto di vista è il collegamento con le Centrali operative territoriali. È però necessario che i decreti attuativi delle nuove procedure di telemedicina siano inclusivi nei confronti degli anziani e non prevedano limitazioni od esclusioni su base anagrafica o di prestazione.

Formazione

L'assistenza domiciliare si trasforma (pensiamo al fortissimo potenziamento delle cure domiciliari, alla forte implementazione della telemedicina domiciliare, previsti dal PNRR) e si allarga a situazioni di *long-term care* complesse (pensiamo alle diverse malattie neurodegenerative, ecc.). Servono

competenze specialistiche per gli operatori domiciliari (operatori sanitari e sociali) che devono essere continuamente aggiornate per far fronte efficacemente alle necessità degli assistiti.

11.2. Serve un aggiornamento del quadro normativo per le Cure domiciliari³⁰

Perché serve un aggiornamento del quadro normativo

In Italia manca un servizio di cure domiciliari pubbliche disegnato per gli anziani non autosufficienti: le cure domiciliari (ADI) alternano il modello prestazionale a quello della breve assistenza post-ospedaliera (due-tre mesi). Valga per spiegare il concetto il numero medio di ore di cure domiciliari pari a 16 che vengono erogate annualmente agli anziani (Ministero Salute, 2024³¹). Una presa in carico per tutto il periodo del bisogno assistenziale non c'è.

Con questa organizzazione, le cure domiciliari, sia ben chiaro, sono utili alla comunità ma mancando di una presa in carico degli anziani non autosufficienti per tutto il periodo del loro bisogno assistenziale lasciano scoperto tutto il settore delle cure di lungo periodo.

La L. 33/2023 vuole superare questa situazione ed introdurre un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza dell'anziano, che oggi non esiste. Tale modello è fondato su durata e intensità adeguate degli interventi, molteplicità delle professioni coinvolte e unitarietà delle risposte. Purtroppo, il successivo D. Lgs. 29/2024 non ha dato attuazione alla legge delega 33/2023 o ha rinviato a successivi decreti l'attuazione di quanto previsto. Per cui il problema rimane ancora aperto.

Alcuni sottovalutano la questione ritenendo che nulla impedisce al Servizio Sanitario di adeguarsi anche alle necessità degli anziani non autosufficienti. In realtà non è così. Il sistema organizzativo attuale delle cure domiciliari è impostato sulla post-acuzie non per scelta delle singole Regioni ma perché influenzato dal quadro normativo nazionale relativo all'assistenza domiciliare.

Le cure domiciliari che si aprono all'assistenza domiciliare della non autosufficienza richiedono pertanto un aggiustamento del quadro normativo da cui poi discendono anche le modificazioni organizzative.

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.

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.

³⁰ Tratto da Pesaresi F., Cure domiciliari per i non autosufficienti: serve un aggiornamento del quadro normativo, Welforum.it, 18 novembre 2024: <https://www.welforum.it/cure-domiciliari-per-i-non-autosufficienti/>

³¹ Ministero Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2022, Roma 2024: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4606&area=statisticheSSN&menu=annuario

Il documento della Commissione ministeriale LEA sulle cure domiciliari³²

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)³³, della complessità (Valore Gea³⁴) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale (PAI), della durata media (Gdc³⁵) 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 delle cure domiciliari 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 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.

³² Commissione 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.

³³ CIA Coefficiente di intensità assistenziale: numero delle giornate effettive di assistenza (GEA)/ numero Giornate di cura (GdC) indicate nel Piano assistenziale individualizzato (PAI).

³⁴ GEA = Giornata Effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

³⁵ GDC = Giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal Servizio.

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 del 10% degli anziani, ha spostato molto più avanti.

Il Decreto sui LEA

La norma principale di riferimento per le cure domiciliari rimane il Decreto sui LEA del 2017³⁶ che dedica gli articoli 22 e 23 alle cure domiciliari comprese quelle palliative.

Affinché un nuovo sistema organizzativo adeguato anche per la cura della non autosufficienza possa svilupparsi armonicamente e non sia ostacolato 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 a far acquisire abilità e/o promuovere nuove abitudini comportamentali. Questo tipo di aiuto è

³⁶ 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.

importante per far sì che il paziente e i suoi caregiver siano consapevoli e in grado di agire in una ampia serie di situazioni nonché a prevenire errori e situazioni di difficoltà. Per ognuna delle situazioni andrebbe elaborato uno specifico piano di educazione terapeutica.

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

Quel che occorre

Quel che occorre oggi è la volontà politica di dare attuazione alla legge delega n. 33/2023 allargando le cure domiciliari anche alle persone non autosufficienti che hanno bisogno di una presa in carico continua senza limitazioni di durata e di intensità delle cure domiciliari. Peraltro, nella fase attuale ci sono anche le risorse aggiuntive del PNRR che sono in grado di finanziare le nuove attività.

Gli strumenti per un intervento tempestivo di aggiornamento normativo non mancano dato che sono previsti dei decreti attuativi in attuazione del D. Lgs. 29/2024 e che lo stesso articolo 6 comma 2 della L. 33/2023 permette comunque al Governo di intervenire anche successivamente con nuovi decreti delegati per riordinare la materia (entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi previsti nel D. Lgs. 29/2024).

Adesso serve l'impegno di tutti per questo nuovo importante traguardo.

12. Stima del fabbisogno finanziario per l'assistenza domiciliare continuativa qualificata³⁷

12.1. 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, 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 lo sviluppo di un'ADI a misura di anziano non autosufficiente, sarebbe stato necessario rivedere i meccanismi di monitoraggio del PNRR, inserendovi specifici incentivi per lo sviluppo di un'ADI più qualificata.

Nella pratica, 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

³⁷ Tratto da Pelliccia L., Stima del fabbisogno finanziario per l'assistenza domiciliare continuativa qualificata, Patto non autosufficienza, 2023.

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 predetta 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.

12.2. 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 12.1 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)³⁸. Per individuare la quota di rilevanza sanitaria (quella a carico del SSR) sono state considerate le previsioni del D.P.C.M. 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 personale³⁹.

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. 12.1, 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)⁴⁰. È stato calcolato un coefficiente rappresentativo

³⁸ 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

³⁹ 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”.

⁴⁰ 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

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.

12.3. *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'equipe⁴¹;
- continuità assistenziale;
- adeguata intensità degli interventi durante il periodo di presa in carico (secondo il livello di CIA indicati nell'art. 23 del D.P.C.M. 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”.

Nella tabella 12.1 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)⁴². 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 personale⁴³.

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. 12.1, 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

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. Purnella 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).

⁴¹ Es. nell'Accordo Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014.

⁴² 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.

⁴³ 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”.

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.

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

Nella Tab. 12.2 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 12.2 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 1.061 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. Dunque, l'investimento complessivo sanitario ipotetico per un anno intero, per esempio il 2025, la spesa sanitaria

addizionale è pari a 1.096 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 Comunità⁴⁴. Considerate le dotazioni organiche previste e finanziate dai suddetti provvedimenti per l'attività ADI nell'ambito delle Case di comunità dal D.M. 77⁴⁵, 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.

⁴⁴ Art. 1 c. 274 L. 234/2021.

⁴⁵ Le dotazioni STD di personale previste per le CDC dal D.M. 77, per un bacino di utenza di 40-50.000 persone sono: 4-6IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Tabella 12.1 – 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	MMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €		54,18 €	325,08 €	12	3.900,96 €	1,97
	oss	8	22,00 €	176,00 €	88,00 €	88,00 €					
	infermiere	2	30,00 €	60,00 €	60,00 €						
	professionisti della riabilitazione	4	26,00 €	104,00 €	104,00 €						
	tot/mese	15		358,90 €	270,90 €	88,00 €					
ADI Demenze	MMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €		57,43 €	344,58 €	12	4.134,96 €	2,09
	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 €						
	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	MMG	1	18,90 €	18,90 €	18,90 €		94,78 €	568,68 €	3	1.706,04 €	0,86
	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 €						
	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	MMG	2	18,90 €	37,80 €	37,80 €		187,56 €	1.125,36 €	3	3.376,08 €	1,71
	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 €						
	Psicologo	1	65,00 €	65,00 €							
	professionisti della riabilitazione	2	26,00 €	52,00 €	52,00 €						
	tot/mese	25		1.002,80 €	937,80 €	- €					

Tabella 12.2 – 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 e per ADI qualificata	Spesa SSN per utenza addizionale 2024 con ADI qualificata	Assistiti equivalenti ai fini del monitoraggio = utenti addizionali* coeff. di 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 Specialistiche		2,0%	15.111	51.016.215 €	25.793 €	
	tot		30,0%	226.666	853.724.642 €	431.623 €	207.444.906 €
2025	ADI LTC integrata	808.827	23,0%	186.030	725.696.408 €	366.895 €	196.447.902 €
	ADI Demenze		8,0%	64.706	267.557.383 €	135.271 €	68.329.705 €
	Cure Palliative Domiciliari Base		2,5%	20.221	34.497.280 €	17.441 €	
	Cure Palliative Domiciliari Specialistiche		2,5%	20.221	68.266.616 €	34.514 €	
	tot		36,0%	291.178	1.096.017.688 €	554.121 €	264.777.607 €

13. Conclusioni: Una domiciliarità per la non autosufficienza⁴⁶

Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza ha proposto, sin dal 2021, l'introduzione di un modello di domiciliarità specificamente pensato per la non autosufficienza. Si tratta di superare le logiche clinico-ospedaliera e socio-assistenziale per puntare a quella del *care* multidimensionale, condivisa dalla comunità scientifica internazionale e maturata nell'ambito del settore - scientifico e di cura - specificamente dedicato agli anziani non autosufficienti, cioè la geriatria. Il *care* multidimensionale prevede risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. La non autosufficienza coinvolge l'intera esistenza della persona e, dunque, rende imprescindibile ricorrere all'approccio multidimensionale. L'approccio del *care* multidimensionale può essere tradotto in pratica qualora vengano rispettati i requisiti di: unitarietà della risposta, durata e intensità adeguate, appropriato mix di prestazioni e riconoscimento delle reti informali.

Unitarietà nella risposta

L'utilizzo dell'approccio del *care* multidimensionale rende indispensabile superare la separazione tra Comuni e ASL, al fine di costruire risposte unitarie e complete. Due sono le azioni da mettere in campo a tale scopo. Primo, costruire le condizioni istituzionali e organizzative che rendano possibile una risposta unitaria, fondata sulla logica del *care* multidimensionale. Secondo, dotare di risorse ogni soggetto coinvolto in modo da rendere disponibili a ciascuno un pacchetto adeguato d'interventi, da attivare in modo integrato con quello dell'altro. Ci si riferisce qui alla spesa molto modesta dei Comuni per il SAD e al suo ammontare contenuto rispetto a quella delle ASL per l'ADI.

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 servizio domiciliare unitario tra sociale e sanità. Introdurlo significa dar vita ad un'assistenza domiciliare che:

- i) viene prestata all'interno di un servizio strutturato nell'ambito dello SNAA;
- ii) unifica quanto svolto in precedenza dalle ASL (cure domiciliari) e dai Comuni (servizio SAD);
- 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.

Durate e intensità adeguate

Il secondo elemento chiave della nuova domiciliarità necessaria consiste nel prevedere che i servizi domiciliari abbiano durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano. Nel nuovo modello assistenziale, dunque, gli interventi domiciliari devono 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, come si è visto sopra, non è così.

Nel nostro Paese, la domiciliarità si concentra nell'ADI. Durante gli ultimi anni, lo sforzo è stato

⁴⁶ Tratto da Gori C., Pesaresi F., I servizi domiciliari, in (a cura di) Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza, "Alla ricerca del futuro", Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2024 e Tidoli R., I servizi domiciliari in Italia, Patto per la non autosufficienza, 2021.

focalizzato nell'incrementarne l'utenza senza prestare adeguata attenzione all'intensità (il numero degli accessi per ogni beneficiario) e alla durata della presa in carico. È necessario, invece, riservare pari interesse a ognuna delle tre dimensioni che riguardano la distribuzione degli interventi domiciliari tra la popolazione interessata: copertura, intensità e durata. La ragione è nota a tutti gli esperti: la non autosufficienza è una condizione di lungo periodo (da qui la necessità di lunga durata degli interventi) che richiede sostegno continuo (da qui la necessità dell'intensità degli interventi). Questo è un punto acquisito nel dibattito internazionale. All'estero è normale ritenere che risposte di minima intensità e di durata ridotta, come la gran parte di quelle oggi fornite dall'ADI, pur essendo utili interventi sanitari domiciliari non possano soddisfare le esigenze connesse alla non autosufficienza. In altre parole, non possono essere ritenute una componente dell'assistenza ai non autosufficienti. Non a caso, per indicare l'assistenza rivolta a questi anziani si utilizza – a livello internazionale – la dizione “long-term care”, assistenza di lungo periodo. Si consideri, inoltre la definizione di long-term care della commissione europea: *“una gamma d'interventi destinati a persone che, a causa di disabilità fisica e/o cognitiva per un lungo periodo di tempo, dipendono dall'aiuto di terzi nelle attività della vita quotidiana e/o hanno bisogno di un'assistenza infermieristica permanente”* (Commissione Europea, 2021, pag. 17). Trattandosi di problemi che riguardano “un lungo periodo di tempo”, richiedono un aiuto non estemporaneo bensì “permanente” che va ad inserirsi nella “vita quotidiana”, supportandola.

Appropriato mix di prestazioni

La nuova domiciliarità deve partire da uno sguardo globale sulla situazione di non autosufficienza dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Un simile sguardo porta a riconoscere la multidimensionalità di questa condizione, che riguarda una molteplicità di aspetti dell'esistenza degli anziani. Per affrontarla, questi ultimi devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro specifica situazione richiede e che può comprendere:

- i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi;
- ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola;
- iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti;
- iv) 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.

Ridurre l'eterogeneità territoriale

È altresì imprescindibile ridurre l'elevata eterogeneità territoriale nell'offerta di servizi domiciliari nel nostro Paese. Nel dibattito italiano sono ben noti sia la natura del problema, sia lo strumento da utilizzare per superarlo, cioè un percorso che conduca alla definizione di livelli essenziali delle prestazioni basati su indicatori misurabili e verificabili.

Bisogna, d'altra parte, individuare un punto di equilibrio tra la necessità di assicurare a tutti i cittadini italiani una maggior eguaglianza nella possibilità di ricevere risposte per la propria condizione di non autosufficienza e le specificità dei diversi sistemi di welfare locale. Tale obiettivo può essere declinato in due modi. Da un lato, le politiche nazionali di promozione dei servizi locali dovrebbero fare in modo di assicurare in tutto il Paese un livello base di offerta, promuovendone la crescita anche nei contesti dove è già oggi superiore. Ciò perché, anche nelle aree dove è maggiore la presenza dei servizi, la loro diffusione è quantitativamente inferiore in rapporto ai bisogni. Dall'altro, per andare nella direzione auspicata le indicazioni sul modello d'intervento – comuni a tutto il Paese – dovrebbero concentrarsi su pochi punti chiave, senza sovraccaricare i contesti locali e rispettando le loro specificità (Cfr. Tab. 13.1). Inoltre, non bisognerebbe assolutamente chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà che già realizzino quanto previsto.

Individuare un nuovo equilibrio tra stato e autonomie locali

La particolare sensibilità verso la dimensione attuativa tocca anche la collocazione degli obiettivi del

Tabella 13.1 – Una nuova domiciliarità per la Non Autosufficienza: punti chiave

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.
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.

OBIETTIVO = APPROPRIATO MIX DI PRESTAZIONI***La Non Autosufficienza:***

è una condizione multidimensionale, riguardante molteplici aspetti dell'esistenza dell'anziano.

Di conseguenza, i servizi domiciliari:

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.

OBIETTIVO = RICONOSCIMENTO DELLE RETI INFORMALI***La Non Autosufficienza:***

la principale fonte di cura sono i caregiver familiari e le assistenti familiari.

Di conseguenza, i servizi domiciliari:

devono relazionarsi con queste risorse informali e supportarle al meglio

Piano nell'articolata architettura istituzionale italiana. L'assistenza agli anziani non autosufficienti ha sicuramente bisogno di una presenza dello Stato (sinora assai ridotta) più forte, che ne promuova lo sviluppo e riduca le differenze territoriali. D'altra parte, bisogna tenere presente le ampie competenze di Regioni e Comuni e riconoscere l'eterogeneità dei sistemi locali di welfare. Il Piano, dunque, cerca *un nuovo equilibrio tra un maggior ruolo statale e la valorizzazione delle Autonomie Locali*.

Lo fa, innanzitutto, ispirandosi a un preciso metodo: poche indicazioni, molta attuazione. Non di rado – in numerose materie – lo Stato sovraccarica i territori con una molteplicità di richieste, senza compiere particolari sforzi per assicurare le condizioni che ne favoriscano la realizzazione. Il Piano Domiciliarità, invece, segue la strada opposta. *Punta su poche azioni, quelle veramente in grado di aggredire gli snodi cruciali del cambiamento. E si dedica fortemente alla predisposizione delle condizioni che ne facilitino l'attuazione a livello locale*.

Il riconoscimento del ruolo di Comuni e Regioni si concretizza sia nell'ideazione, sia nella messa in atto del Piano. *Nella fase di definizione, lo Stato presta una particolare attenzione alla loro voce, giungendo con questi soggetti a un accordo che stabilisca puntualmente gli impegni reciproci. Durante l'implementazione, nondimeno, si valorizzano le numerose esperienze locali positive esistenti, senza appesantirle con richieste inutili. Si segue una semplice regola: nelle realtà dove sono già presenti servizi domiciliari che possiedono alcune o tutte le caratteristiche qui proposte, le si mantiene, integrandole – quando e come necessario – fino a raggiungere la configurazione indicata.*

Questi, dunque, i criteri fondamentali per una nuova domiciliarità. Ricordando evidentemente che 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. Invece, i servizi domiciliari devono relazionarsi con tutte le risorse, pubbliche e private, e supportarle al meglio.

La tabella 13.2 sintetizza le tre diverse logiche della domiciliarità in campo. In quelle oggi principali l'assistenza agli anziani esprime solo parzialmente le proprie specificità e, quindi, le sue potenzialità. Prevalgono, invece, culture legate ad altri interventi, quella dell'ospedale e quella dell'assistenza

sociale, che sono storicamente dominanti nel nostro welfare. La logica del care multidimensionale, d'altra parte, è specificamente pensata per gli anziani non autosufficienti e si fonda sul riconoscimento delle peculiarità della loro condizione. In gran parte del Paese, però, sinora non è riuscita ad imporsi.

Tabella 13.2 – Diverse logiche della domiciliarità

Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatria

Fonte: Gori-Pesaresi, 2024

Bibliografia e norme di riferimento

Agenas (2021), *La casa come primo luogo di cura per il cittadino - centrali operative territoriali e assistenza domiciliare*, Monitor n. 45.

Alzheimer's Disease International (2019), *World Alzheimer report 2019: attitudes to dementia*. London, Alzheimer's Disease International (ADI).

Brenna E., *Legami familiari e cura degli anziani in Europa*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 3/2021.

Canevelli M., Di Pucchio A., Marzolini F. et al. (2021), *A national survey of Centers for Cognitive Disorders and Dementias in Italy*, Journal of Alzheimer's Disease, August 24.

CERGAS-Bocconi (2019), *Rapporto OASI 2019 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Milano, Egea.

Commissione 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

Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 151/CSR, "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178": <http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-04082021/atti/repertorio-atto-n-151csr/>

Conferenza Unificata, atto n. 136/CU del 3/8/2022: "Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delegato per le disabilità e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024".

Consiglio dei Ministri (2021), Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Consiglio dei Ministri (2021), documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Da Col, Pelliccia L., Pesaresi F., *Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 – capitolo Domiciliarità*, Patto per la non autosufficienza, 23/10/2023.

Decreto Ministero Salute 23/1/2023: ripartizione delle risorse relative all'investimento M6-C1-1.2.1. "Casa come primo luogo di cura (ADI)" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Decreto 13 marzo 2023, Approvazione della "Metodologia per l'adozione di Opzioni di Costo Semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese".

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 ottobre 2022: “*Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024*”.

Enrichens F., Borghini A., Furfaro S., Cosentino M. (2021), [La casa come primo luogo di cura per il cittadino - Centrali operative territoriali e assistenza domiciliare](#), Monitor 45, Agenas.

European Commission - Social Protection Committee (SPC), 2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Volume I, European Union, Luxembourg, 2021: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>

Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., B. Saltman R.B., Home Care across Europe, Who Europe, Copenhagen, 2012. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>

Governo Italiano (2021), *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, Roma, 30 aprile.

Governo Italiano (2021), *Implementation, monitoring, control and audit of the National Recovery and Resilience Plan*, Technical annex.

Gori C., Pesaresi F., *I servizi domiciliari*, in (a cura di) Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza, “Alla ricerca del futuro”, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2024.

Gori C. (2021), [La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio](#), I luoghi della cura, 27 aprile.

Gori C., Domiciliarità: più fondi non bastano senza una nuova progettualità, Taccuino sul mondo nuovoCinque / 15 maggio 2020 - I Luoghi della Cura Rivista Online (luoghicura.it)

Gori C., Voltiamo pagina sull'assistenza agli anziani in casa, Lavoce.info, 22 maggio 2020: <https://www.lavoce.info/archives/67135/voltiamo-pagina-sullassistenza-agli-anziani-in-casa/>

Gori C., Trabucchi M. (2021), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid*, in NNA (a cura di), [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto 2020-2021](#), Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Gori, C., Trabucchi, M., Domiciliarità: più fondi non bastano senza una nuova progettualità – Taccuino sul mondo nuovo Cinque/ 15 maggio 2020 – I luoghi della Cura no. 2-2020.

Intesa Stato-Regioni n. 264/CSR del 18/12/2024 sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di modifica del decreto del 23/1/2023 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente la ripartizione delle risorse PNRR relative all'investimento M6-C1-1.2.1. “Casa come primo luogo di cura – Assistenza domiciliare (ADI)”.

Istat (2023), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati – Anno 2022*, Roma, Istat.

Istat, gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019, 2021: https://www.istat.it/it/files//2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf

Istat – Ministero della Salute (2021), [*Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria – anno 2019*](#).

Istat, la spesa dei comuni per i servizi sociali - anno 2018, Roma 2021: https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni_rev.pdf

Istat (2021), [*La spesa dei comuni per i servizi sociali – anno 2018*](#), Statistiche report.

Istat, *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2004, 2007*, Sito web: www.istat.it

Legge 30/12/2021, n. 234, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*":<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2022/12/17/294/sg/pdf>

Mantoan, D. (2022), *Salute e Territorio nel PNRR: la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6*, presentazione 23 giugno 2022.

Menghini V., Tidoli R., (2019) La presa in carico dell'anziano non autosufficiente a domicilio. I luoghi della cura n. 1-2019, <https://www.luoghicura.it/>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Avviso pubblico 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu. 15 febbraio 2022: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/DD-5-del-15022022-Avviso-1-2022-PNRR.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2023, Roma, 2025:<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2023/>

Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022, Roma, 2024:<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/annuario-statistico-del-servizio-sanitario-nazionale-anno-2022/>

Ministero della Salute (2021), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2019*, Roma https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3073_allegato.pdf

Ministero della Salute (2024b), Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) - Anno 2021:

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6478

Ministero della Salute (2020), Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e Risultati dell'anno 2018: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2970_allegato.pdf

Muir, T., "Measuring social protection for long-term care", OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, (2017). <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>

Network Non Autosufficienza (2021), [*Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*](#), 6 marzo.

Noli M. (2020), I servizi domiciliari, in NNA (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7 Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli pp. 33 – 51. Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (luoghicura.it)

OMS (2021), [*Global Status report on the public health response to dementia*](#), World Health Organization.

Patto non autosufficienza, Avviare il cantiere della riforma della non autosufficienza, 2021.

Pasquinelli S., Pozzoli F., *Il sociale prima dei servizi*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 3/2021.

Pasquinelli S., Caregiver in Lombardia: a che punto siamo?, 2019, Lombardia sociale: <http://www.lombardiasociale.it/2019/10/29/caregiver-in-lombardia/>

Pasquinelli S., *Servizi domiciliari: quale futuro?*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 7/2003.

Pelliccia L., *Assistenza domiciliare: cos'è cambiato con il PNRR*, 21 gennaio 2025, LaVoce.info: <https://lavoce.info/archives/106859/assistenza-domiciliare-cose-cambiato-con-il-PNRR/>

Pelliccia L., *Stima del fabbisogno finanziario per assistenza domiciliare continuativa qualificata*, Patto non autosufficienza, Paper tecnico n.1, 2023.

Pelliccia L., *La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR*, Patto non autosufficienza, Paper tecnico n.2, 2023.

Pelliccia, L. 2021, Il punto sui finanziamenti del Welfare 2021, in Welforum.it, 20/4/2021, Il punto sul finanziamento del welfare 2021 | Articolo | welforum.it

Pelliccia L. (2020), [*Una fotografia del finanziamento dell'ADI tra passato e futuro*](#), I luoghi della cura, n. 5.

Pesaresi F., *Cure domiciliari per i non autosufficienti: serve un aggiornamento del quadro normativo*, Welforum.it, 18 novembre 2024: <https://www.welforum.it/cure-domiciliari-per-i-non-autosufficienti/>

Pesaresi F., *Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, Welforum.it, 13 maggio 2024: <https://www.welforum.it/servono-gli-obiettivi-di-servizio-nellassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

Pesaresi Franco, *Anziani. Raggiunto l'obiettivo del PNRR, ma la riforma non c'è*, Quotidiano Sanità 25/3/2024: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121124

Pesaresi Franco, *Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii*, I Luoghi della Cura, 23/2/2024: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/02/riforma-non-autosufficienza-tradimenti-e-rinvii/>

Pesaresi F., *“LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)”* pubblicato nel sito “welforum.it” il 29 aprile 2024: <https://www.welforum.it/leps-lassistenza-domiciliare-sociale-sad/>

Pesaresi F., *“Le dimissioni protette”* pubblicato nel sito “welforum.it” il 10 gennaio 2024: <https://www.welforum.it/le-dimissioni-protette/>

Pesaresi F., *Le risorse per il potenziamento delle cure domiciliari (PNRR)*, Franco Pesaresi welfare blogspot, 7/6/2023: <https://francopesaresi.blogspot.com/2023/06/le-risorse-per-il-potenziamento-delle.html>

Pesaresi F., *LEPS: il percorso assistenziale integrato – Parte I*, Welforum.it, 24/7/2023: <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>

Pesaresi F., *LEPS: il percorso assistenziale integrato – Parte II*, Welforum.it, 31/7/2023: <https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-ii/>

Pesaresi F., *Potenziare e riorganizzare l'assistenza domiciliare*, Patto per la non autosufficienza, 20/7/2023.

Pesaresi F., *Cosa prevede il PNRR*, Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza, settembre 2021.

Pesaresi F., *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021.

Pesaresi F., *Il settore sociale nel PNRR*, Welforum.it, 20/7/2021: <https://welforum.it/il-settore-sociale-nel-PNRR/>

Pesaresi F., *Le cure domiciliari e la telemedicina*, Welforum.it, 20/6/2021: <https://welforum.it/le-cure-domiciliari-e-la-telemedicina-del-PNRR/>

Pesaresi F., *“Il Sad per anziani in Italia”*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, n.18/2007.

Pesaresi F., Gori C., *Sad anziani: diventi livello essenziale*, NNA, 2021.

Pesaresi Franco, Lamura Giovanni, *Assistenza agli anziani: la riforma non serve più?*, Quotidiano sanità 2/12/2024: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126177

Possenti M., Arosio F., Govoni S. et al. (2021), *Servizi a livello nazionale, regionale e locale per la presa in carico della persona con demenza*, in Rivista SIMG 2021, volume 28, pagg.43-47.

Tidoli R., I servizi domiciliari in Italia, Patto per la non autosufficienza, 2021.

Tidoli R. (2017), *La domiciliarità*, in NNA (a cura di), [L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017-2019](#), Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Tidoli R. (2016), [Il SAD anziani. Un servizio da ripensare? – 1 parte](#), in Lombardia Sociale, 17 marzo.

Tidoli R. (2006), *La metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.

Ufficio parlamentare di bilancio (2022), *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, Focus n. 4, agosto.

Ufficio parlamentare di bilancio (2023), *L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, Focus n. 2, marzo.

Vetrano D., Vaccaro K. (a cura di) (2017), [La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi lo fa, come si fa](#), Italia Longeva.

Woods B., Arosio F., Diaz A. et al. (2019), *Timely diagnosis of dementia? Family carers' experiences in 5 European countries*, Int J Geriatr Psychiatry, Jan;34(1):114-121.

ALLEGATO 1 – Prima bozza di articolato normativo sulla riorganizzazione dell’assistenza domiciliare⁴⁷

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

⁴⁷ A cura di Paolo Da Col, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi, Cristiano Gori

LA PROPOSTA

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

Art. 1 - Finalità e principi generali

1. La promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti, ove sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri delle persone coinvolte, rappresenta la priorità del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).
2. I servizi domiciliari vengono erogati seguendo i seguenti principi:
 - a. assicurare unitarietà nella risposta, mettendo in atto interventi integrati tra sanità e sociale;
 - b. offrire un appropriato mix di prestazioni in base alle necessità dell'assistito (comprensivo di servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegni all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana, azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari);
 - c. fornire assistenza per il tempo necessario e con interventi di adeguata intensità sulla base dei bisogni dell'assistito.

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/ATS 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").

3. 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.
4. 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".
5. Il nuovo Servizio si fonda sui seguenti principi:
 - 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;
 - 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);
 - 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);

- possiede caratteristiche e standard di elevata qualità di servizio per elementi di struttura, processo, esito;
- 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.

6. 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. 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.
2. 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 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, 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. 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;
 - 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 D.M. 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 può essere 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. 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, 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.

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, 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, 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). 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 definite 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 sulla non autosufficienza;
 - 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 responsabile dell'ATS, 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 alle due Istituzioni, il buon funzionamento e la stabilità del Servizio, nonché i 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 familiare;

- 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/dismissione" 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, questa va possibilmente effettuata contestualmente, senza imporre all'utente di ritornare. 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 formato per il lavoro in team. 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 altro, 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.
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.
3. 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.
4. 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 presente 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.

5. Nel nuovo Servizio è garantita piena integrazione ed interoperabilità tra l'EPR, il FSE e la cartella sociale informatizzata.
6. Al PUA e alle équipes della valutazione multidimensionale è assicurata la possibilità di pieno accesso ai dati, informatizzati e non, che descrivono la situazione dell'assistito e della famiglia, previa opportuna autorizzazione e rilascio del consenso da parte degli interessati.
7. 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 P.A. 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 P.A., di concerto con gli Ordini Professionali 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).