



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

PRIME MISURE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Avviare un Piano di Legislatura

Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024

13 settembre 2023

PROPONENTI

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

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

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

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

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

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

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

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

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

RAPPRESENTANTI DI SOGGETTI CHE FORNISCONO INTERVENTI

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

Indice

EXECUTIVE SUMMARY	4
--------------------------------	---

LA PROPOSTA

1. Introduzione. Cominciare ad agire	5
2. Il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)	6
3. Una domiciliarità a misura di anziano	7
4. Più qualità nelle strutture residenziali	8
5. Maggior sostegno ai costi della cura	9
6. Un finanziamento graduale e sostenibile	10

I PAPER TECNICI	11
------------------------------	----

Domiciliarità

<i>Paper tecnico n. 1: Stima del fabbisogno finanziario per assistenza domiciliare continuativa qualificata</i>	12
<i>Paper tecnico n. 2: La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR</i>	19
<i>Paper tecnico n. 3: La definizione di obiettivi di servizio nella domiciliarità sociale</i>	30

Residenzialità

<i>Paper tecnico n. 4: L'innalzamento della qualità nelle strutture: criteri e dati</i>	38
<i>Paper tecnico n. 5: Indicatori sulla residenzialità: evidenze empiriche dall'Osservatorio settoriale sulle RSA della LIUC Business School</i>	45

Prestazione Universale

<i>Paper tecnico n. 6: La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza: come applicarla</i>	51
<i>Paper tecnico n. 7: La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza: una stima per la spesa</i> ...	57

EXECUTIVE SUMMARY

RISPONDERE AI BISOGNI DI OGGI, COSTRUIRE IL WELFARE DI DOMANI

Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza propone l'avvio nel 2024 di un Piano di Legislatura per attuare progressivamente la riforma dell'assistenza agli anziani.

*La proposta guarda all'oggi e al domani. Comincia a **fornire migliori risposte ad anziani e famiglie (oggi)** dato che è necessario agire senza indugi per iniziare a dare sollievo alle loro pressanti necessità. Allo stesso tempo, serve a **costruire il futuro (domani)**. Individua, infatti, i primi passi del percorso pluriennale necessario per tradurre la riforma in pratica.*

*Nel 2024 nasce così il **Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)**: l'insieme organico di misure previsto dalla riforma per un welfare finalmente all'altezza delle esigenze di anziani e familiari.*

INTERVENTI DIVERSI PER CONDIZIONI DIVERSE

*La realtà della non autosufficienza è estremamente varia e richiede, dunque, un insieme di risposte differenziate e complementari. S'intende, pertanto, **agire già dal 2024 in ciascuno dei principali ambiti del settore**: assistenza domiciliare, servizi residenziali e trasferimenti monetari.*

*Si attiva l'**assistenza domiciliare specificamente progettata per la non autosufficienza**, sinora assente. La caratterizzano la durata (periodo di assistenza) adeguata ai bisogni dell'anziano, la molteplicità degli interventi sanitari e sociali previsti e il coordinamento tra Asl e Comuni.*

*Nei **servizi residenziali viene elevata la qualità** dell'assistenza fornita agli anziani che vivono nelle strutture. Ciò implica l'accrescere del tempo quotidiano che i professionisti della cura dedicano ad ogni anziano.*

*Nei **trasferimenti monetari**, la prestazione universale sostituisce l'indennità di accompagnamento. Gli **importi sono superiori** ad oggi per chi versa in **condizioni più gravi** e per coloro i quali scelgono di impiegare la prestazione **per ricevere servizi di qualità**.*

UNA RIFORMA FINANZIARIAMENTE SOSTENIBILE

*La riforma richiede tra i 5 e 7 miliardi di Euro annui aggiuntivi, cifra significativa ma raggiungibile a condizione che diventi una priorità politica. Per renderla sostenibile, la crescita della spesa ha luogo gradualmente nell'arco della legislatura. La proposta avvia questo percorso: prevede **un incremento di 1306 milioni di Euro nel 2024**, che aumentano poi sino a **3287 milioni nel 2026**.*

1. Introduzione. Cominciare ad agire

La Legge 33 del 23 marzo 2023 delega il Governo ad adottare - entro il gennaio 2024 - i Decreti Legislativi riguardanti la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, sulla base dei principi e dei criteri direttivi indicati. **Il Patto sta elaborando alcune proposte per i Decreti**, attraverso sette gruppi di lavoro, uno per ognuno dei principali argomenti della riforma. Ciascun gruppo concluderà il proprio rapporto finale in autunno e ha recentemente ultimato un rapporto intermedio.

L'importanza di un lavoro approfondito sui Decreti, tuttavia, non può oscurare la necessità di iniziare a costruire nuove risposte nei territori, partendo dagli aspetti della riforma immediatamente applicabili. Il Patto propone, dunque, grazie alla prossima Legge di Bilancio, di **avviare nel 2024 un Piano di Legislatura per attuare progressivamente la riforma**. Il presente documento presenta i tratti essenziali della proposta, accompagnata dai paper tecnici di riferimento che ne approfondiscono le varie parti.

La proposta guarda all'oggi e al domani. Comincia a **fornire migliori risposte ad anziani e famiglie (oggi)** dato che è necessario agire senza indugi per iniziare a dare sollievo alle loro pressanti necessità. Allo stesso tempo, serve a **costruire il futuro (domani)**. Individua, infatti, i primi passi del percorso pluriennale necessario per tradurre la riforma in pratica.

Il testo è costruito come segue. Innanzitutto, la proposta viene collocata saldamente nell'ambito del nuovo Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (par. 2). Si presentano poi i tre interventi che la compongono, uno per ognuno dei principali ambiti del settore: “una domiciliarità a misura di anziano”, “più qualità nelle strutture residenziali” e “maggior sostegno ai costi della cura” (par. 3,4,5). Infine, si passa all'ipotesi di finanziamento della proposta per il triennio 2024-2026: “un finanziamento graduale e sostenibile” (par. 6). Terminata la proposta, i successivi sette paper tecnici entrano nel dettaglio dei suoi singoli aspetti.

2. Il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)

La riforma introduce il **Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)**, quale **modalità di programmazione e governo unitari di tutte le misure a titolarità pubblica** – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all’assistenza degli anziani non autosufficienti. È uno sforzo - difficile ma cruciale - di governare il settore in modo unitario, così da ricomporre la frammentazione in direzione di un assetto organico. D’altra parte, proprio perché radicare l’approccio di sistema non sarà impresa semplice, è necessario farne da subito la stella polare del cambiamento. Tre sono le scelte di fondo da compiere a tal fine.

Una filiera di risposte complementari, non una singola misura

Adottare una logica di sistema significa non privilegiarne uno rispetto ad altri bensì cominciare ad **agire contemporaneamente su ciascuno dei principali ambiti del settore**, cioè assistenza domiciliare, servizi residenziali e trasferimenti monetari. La prospettiva è quella di una filiera organica di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza.

Un “pacchetto SNAA”, non una somma di diversi interventi

La riforma introduce il CIPA (Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri della Salute e del Welfare, insieme ai responsabili degli altri dicasteri coinvolti nella materia. Per la prima volta esiste – a livello nazionale – un organismo unico responsabile della programmazione integrata delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti. L’insieme delle misure proposte dovrebbe essere definito e programmato unitariamente dal CIPA, **non come singoli interventi bensì come parti complementari di un “pacchetto SNAA” di avviamento della riforma.**

Poche, e fondamentali, indicazioni statali

L’approccio di sistema deve radicarsi anche tra i livelli di governo coinvolti (Stato, Regioni e Comuni). A tal fine, l’intervento statale deve avere precise caratteristiche: definire poche indicazioni, quelle ritenute fondamentali, monitorarne con attenzione l’attuazione, e valorizzare il ruolo degli enti locali. Non bisognerebbe, inoltre, chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali che già realizzino (in tutto o in parte) le indicazioni previste.

3. Una domiciliarità a misura di anziano¹

L'intervento

Attivazione dell'assistenza domiciliare specificamente progettata per la non autosufficienza, prevista dalla riforma e sinora assente in Italia

- **La nuova domiciliarità in partenza.** Riflette le peculiarità della non autosufficienza, che: i) si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la riforma prevede interventi di durata (periodo di assistenza) e intensità (numero di visite) adeguate ai bisogni; ii) coinvolge molteplici dimensioni dell'esistenza: per coprirle al meglio è necessario un mix di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, sociosanitarie) e socioassistenziali (per la vita quotidiana), attivabili in base alle diverse situazioni; iii) richiede uno sguardo globale sulla vita dell'anziano: la riforma intende costruirlo a partire da un'azione integrata tra Comuni e Asl.
- **Un processo di cambiamento unitario.** Asl e Comuni riorientano progressivamente i propri servizi domiciliari verso il modello della riforma. A guidarli sono esclusivamente le indicazioni dei Decreti Legislativi della Legge 33/2023, con un'unica regia nazionale. Solo così è possibile dar vita a un sistema unitario e semplificare l'operato dei soggetti coinvolti.
- **La valorizzazione degli investimenti PNRR.** L'utenza della nuova domiciliarità corrisponde al 30% dei beneficiari della domiciliarità PNRR nel 2024 e al 36% nel 2025. Il PNRR contiene ampi investimenti sanitari, fino al 2025, per l'ulteriore rafforzamento del modello tradizionale di domiciliarità. Prevedere che una parte dei loro destinatari riceva la nuova domiciliarità significa evitare di consolidare eccessivamente tale modello, ostacolando la riforma.
- **Una strategia ad hoc per il sociale.** La scarsa offerta di domiciliarità sociale dei Comuni e le sue criticità richiedono un'azione mirata. Oltre ad incrementare i fondi statali dedicati, s'introducono per le singole Regioni obiettivi che traducano operativamente le finalità del suo sviluppo e dell'integrazione con quella sanitaria, nell'ambito del nuovo modello; l'utilizzo delle risorse nazionali è legato al loro raggiungimento, verificato annualmente (obiettivi di servizio).

Risorse

I fondi aggiuntivi sono 577 milioni nel secondo semestre del 2024 (427 per sanità e 150 per sociale) 1456 nel 2025 (1096 per sanità e 360 per sociale) e 1516 milioni dal 2026 (1096 per sanità e 420 per sociale). È auspicabile che le risorse sanitarie necessarie, nel 2024 e nel 2025, siano recuperate dall'ampio insieme di fondi sanitari che il PNRR destina al rafforzamento della domiciliarità tradizionale, così da assicurare un migliore utilizzo dei finanziamenti pubblici.

¹ I paper tecnici di riferimento sono il n° 1, il n° 2 e il n° 3.

4. Più qualità nelle strutture residenziali²

L'intervento

Aumento della qualità dell'assistenza per gli anziani che vivono in strutture residenziali, attraverso l'incremento dell'intensità assistenziale (il tempo dedicato ad ogni persona)

- **Il principale fattore di qualità.** L'intensità assistenziale si misura dal tempo che, ogni giorno, gli operatori dedicano al singolo individuo ed è in relazione alla dotazione di personale. Quest'ultimo rappresenta il fattore principale per la qualità della vita degli anziani nelle strutture. Essi, d'altra parte, risultano in condizioni sempre più critiche (per problemi di movimento, demenza, fattori clinici o altro) e hanno un bisogno sempre maggiore di cura. Ma l'intensità assistenziale è, in gran parte del Paese, inadeguata. Non a caso, il primo obiettivo della Legge Delega per la residenzialità consiste nell'assicurare livelli di intensità assistenziale adeguati.
- **Una maggiore intensità assistenziale.** Viene introdotto un contributo statale permanente di 11,25 Euro per giornata di degenza per tutte le strutture operanti nella rete a titolarità pubblica. Queste risorse sono trasferite dallo Stato alle Regioni affinché incrementino l'intensità assistenziale nelle loro residenze.
- **La declinazione locale.** I fondi ricevuti possono essere utilizzati da ogni Regione per incrementare i minuti di qualunque professionalità coinvolta (infermieri, OSS, fisioterapisti, medici e altre) nella residenzialità, sulla base della propria specifica situazione. Così si costruisce un obiettivo nazionale (+ intensità assistenziale) con una declinazione locale (quale intensità assistenziale).
- **Impegni reciproci.** Le Regioni si impegnano a: i) mantenere almeno invariata la propria spesa per la residenzialità; ii) approvare atti formali che traducano le risorse ricevute in incrementi dell'intensità assistenziale. Pertanto, lo Stato compie un primo passo a favore della residenzialità e le Regioni assumono gli impegni necessari affinché abbia un effettivo impatto positivo per gli anziani.
- **Una sequenza di passi coerenti.** Nel 2024, ci si concentra sull'intensità assistenziale. Successivamente il percorso si amplia, estendendosi anche agli altri obiettivi della riforma, ad esempio quelli riguardanti gli standard strutturali (posti letto per camera, spazi comuni e così via).

Risorse

La spesa aggiuntiva è di 408 milioni annui di Euro nel 2024, con avvio il 1° luglio, e di 809 milioni a decorrere dal 2025. Tali risorse provengono dalla sanità.

² I paper tecnici di riferimento sono il n° 4 e il n° 5.

5. Maggior sostegno ai costi della cura

L'intervento

Importo dei trasferimenti monetari superiore rispetto ad oggi per chi versa in condizioni più gravi e per chi li utilizza per ricevere servizi di qualità

- **La prestazione universale.** La riforma trasforma l'indennità di accompagnamento nella prestazione universale per la non autosufficienza. La prestazione: i) viene ricevuta in base esclusivamente al bisogno di assistenza, come l'indennità (gli aspetti successivi, invece, sono novità); ii) prevede un importo graduato in base al fabbisogno assistenziale dell'anziano affinché chi sta peggio riceva di più; l'ammontare minimo è quello dell'indennità (527 Euro mensili); iii) può essere impiegata come contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi, oppure per ricevere servizi di qualità (assistenti familiari regolari, cooperative accreditate di servizi domiciliari, strutture residenziali accreditate e altro); quest'ultima alternativa prevede una maggiorazione dell'importo. Nel 2024 si comincia ad attuare la prestazione.
- **Più sostegno a chi ha un alto fabbisogno assistenziale.** L'ammontare della prestazione viene graduato, come detto, secondo la gravità delle condizioni dell'anziano. L'utenza viene suddivisa in quattro categorie, dal fabbisogno assistenziale minimo sino a quello più elevato. Nel caso dell'opzione più vantaggiosa (ricorso a servizi), l'importo ammonta rispettivamente a 750, 850, 1200 e 1500 euro mensili.
- **Più sostegno a chi utilizza servizi di qualità.** È prevista una maggiorazione di almeno il 40% del beneficio mensile per coloro i quali decidono di impiegare la prestazione al fine di ricevere servizi di qualità, e non come contributo economico senza vincoli d'uso.
- **Più sostegno alla spesa per le rette.** Sovente le rette per le strutture residenziali a carico degli anziani e dei loro familiari sono troppo elevate. Per poterle affrontare, nel passaggio dall'indennità alla prestazione universale, gli anziani in strutture ottengono un robusto incremento degli importi ricevuti (la gran parte percepisce almeno 1200 euro mensili).
- **L'avvio di un cantiere.** Nel 2024, la prestazione è rivolta ai nuovi richiedenti. Negli anni successivi si estende progressivamente la platea degli utenti, sempre partendo da chi presenta la domanda per la prima volta.

Risorse

Si prevede una spesa annua aggiuntiva di 321 milioni nel secondo semestre del 2024 e di 962 a decorrere dal 2025 (finanziata dal Ministero del Welfare).

6. Un finanziamento graduale e sostenibile

Le analisi disponibili stimano **il fabbisogno di risorse aggiuntive per la non autosufficienza tra i 5 e i 7 miliardi di Euro annui**. È un incremento significativo ma fattibile, simile a quello realizzato introducendo l'assegno unico per i figli: si tratta di cifre affrontabili quando una riforma diventa una priorità politica. L'aumento dovrebbe essere suddiviso su più anni, appunto attraverso un Piano di legislatura con una crescita graduale della spesa, così da renderlo più facilmente sostenibile. Si arriverebbe **progressivamente all'investimento necessario entro la fine della legislatura (2027)**, aumentando le risorse destinate al settore in ogni annualità rispetto alla precedente.

La tabella sintetizza la complessiva ipotesi sui finanziamenti (le cifre sono tratte dalle stime presentate nei paper tecnici, ai quali si rimanda). Gli stanziamenti iniziali risultano più bassi perché **il Piano parte nel secondo semestre del 2024**. Questa scelta è dovuta a due esigenze: i) disporre del tempo adeguato a preparare opportunamente il Piano, senza dubbio complesso; ii) allineare il Piano con i Decreti Legislativi della Legge 33/2023, da emanare entro il gennaio 2024.

Nel 2024, si prevedono 1306 milioni annui, che diventano 3227 nel 2025 e 3287 dal 2026. Gli stanziamenti per l'intero triennio vengono previsti nell'imminente Legge di Bilancio.

Proposta Patto Legge di Bilancio 2024 – Incremento di risorse (milioni di euro)

	2024	2025	dal 2026
<i>Domiciliarità</i>	577	1456	1516
<i>Prestazione Universale</i>	321	962	962
<i>Residenzialità</i>	408	809	809
TOTALE	1306	3227	3287

Prevedere oggi questo primo, significativo, finanziamento significa **rendere più agevoli i successivi, necessari, ulteriori incrementi di risorse**. Inoltre, un importante stanziamento triennale con una precisa progettualità trasmette **il messaggio che la riforma rappresenta una priorità di legislatura** agli attori del welfare locale e che, quindi, vale la pena di spendersi per attuarla al meglio (l'importanza di simili messaggi è spesso sottovalutata).

Coerentemente con la **logica dello SNAA**, si coniugano l'investimento su **tutta la filiera** e la priorità assegnata alla **domiciliarità**. Sempre seguendo lo SNAA, vengono **utilizzate congiuntamente risorse della sanità e del sociale**. Dei 1306 milioni previsti per il 2024, 835 provengono dalla sanità (per la residenzialità e la quota maggioritaria della spesa per la domiciliarità) e 471 dal sociale (per la prestazione universale e la quota minoritaria della spesa per la domiciliarità). Nel 2024 e 2025, le risorse della sanità per la domiciliarità sono **recuperabili dagli investimenti PNRR**.

I PAPER TECNICI

Le proposte qui presentate si basano sui seguenti paper tecnici.

Domiciliarità

1. *Stima del fabbisogno finanziario per assistenza domiciliare continuativa qualificata*
di Laura Pelliccia
2. *La riqualificazione delle cure domiciliari attraverso il PNRR*
di Laura Pelliccia
3. *La definizione di obiettivi di servizio nella domiciliarità sociale*
di Franco Pesaresi

Residenzialità

4. *L'innalzamento della qualità nelle strutture: criteri e dati*
di Virginio Marchesi, Daniele Massa e Antonio Sebastiano
5. *Indicatori sulla residenzialità: evidenze empiriche dall'Osservatorio settoriale sulle RSA della LIUC Business School*
di Antonio Sebastiano

Prestazione Universale

6. *La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza: come applicarla*
di Costanzo Ranci
7. *La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza: una stima per la spesa*
di Costanzo Ranci, Marcello Morciano, Francesca Audino, Carlo Mazzaferro e Marco Arlotti



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

STIMA DEL FABBISOGNO FINANZIARIO PER ASSISTENZA DOMICILIARE CONTINUATIVA QUALIFICATA

Laura Pelliccia, Network Non Autosufficienza

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper tecnico n.1**

13 settembre 2023

1. Premessa

La Legge 33/2023 prevede la costruzione di risposte domiciliari adeguate (per intensità e durata) alle esigenze degli anziani non autosufficienti e la necessità di assicurare cure palliative domiciliari alle persone anziane.

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

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

Per finanziare l’Adi prevista dalla Legge 33/2023, sarebbe pertanto necessario individuare altre linee di finanziamento espressamente finalizzate agli obiettivi per la domiciliarità della 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.

2. Pacchetti appropriati di assistenza domiciliare

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

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

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

Nella tabella 1 allegata è riepilogato per entrambi i percorsi il mix professionale e la relativa la frequenza degli accessi ipotizzati. Si è inoltre proceduto ad una stima dei relativi costi tenuto conto delle remunerazioni orarie delle figure coinvolte (si ipotizza che ogni accesso abbia una durata di un’ora)³.

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

Al fine di considerare il “costo pieno” per il SSR di tutti i fattori produttivi che direttamente o indirettamente concorrono all’erogazione dell’assistenza (personale, materiale di consumo, oneri per raggiungere il domicilio del paziente, oneri amministrativi), la principale voce di costo (ossia quella del personale assistenziale impiegato direttamente dal SSN o tramite convenzioni con soggetti esterni accreditati) è stata maggiorata del 20% dei costi del personale⁴.

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

Si è inoltre proceduto a confrontare tali costi con il livello standard previsto nell’attuale metodologia PNRR per ogni utente addizionale (1977,94)⁵. È stato calcolato un coefficiente rappresentativo dell’impegno economico degli utenti rispetto all’utente medio previsto dal PNRR; tramite il predetto coefficiente è possibile convertire il numero di assistiti attraverso Adi LTC/Demenze in numero di assistiti equivalenti.

³ 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

⁴ 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”.

⁵ L’individuazione del costo medio ponderato per nuovo assistito preso in carico tramite il PNRR (per la valorizzazione del costo unitario standard) si fonda su assunti metodologici diversi da quelli da noi impiegati in questa sede. Ad esempio, la metodologia PNRR non tiene conto dei costi delle diverse figure professionali, assumendo che nei livelli più intensivi gli accessi di tutte le tipologie di operatori diversi dal MMG abbiano un costo di 75 euro. Inoltre, a differenza della nostra ipotesi, la metodologia PNRR stima una durata della presa in carico annuale degli utenti aggiuntivi in cure palliative. Pur nella consapevolezza di tali differenze metodologiche (che meriterebbero opportuni confronti e approfondimenti), il valore del costo unitario standard PNRR costituisce un valore convenzionale a cui è utile rapportare i costi dei pacchetti da noi stimati per dare una misura dell’impegno relativo richiesto rispetto a un valore standard (quanto maggiore sono i costi dei pacchetti rispetto al costo standard convenzionale, tanto maggiore è lo sforzo assistenziale profuso per l’erogazione).

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'equipe⁶;
- continuità assistenziale;
- adeguata intensità degli interventi durante il periodo di presa in carico (secondo il livello di CIA indicati nell'art. 23 del Dpcm 12/1/2017);
- integrazione con i servizi sociali.

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

Nella tabella 1 allegata è riepilogato per entrambi i percorsi, il mix professionale e la relativa la frequenza degli accessi. Si è inoltre proceduto ad una stima dei relativi costi, tenuto conto delle remunerazioni orarie delle figure coinvolte (si ipotizza che ogni accesso abbia una durata di un'ora)⁷. 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 personale⁸.

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

⁶ Es. nell'Accordo Stato Regioni n. 87 del 10 luglio 2014.

⁷ 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.

⁸ 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”.

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

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

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

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

Si precisa che finora le manovre di finanza pubblica hanno individuato finanziamenti continuativi per l’attività degli Infermieri di Comunità e per il personale delle Case della Comunità⁹. Considerate le dotazioni organiche previste e finanziate dai suddetti provvedimenti per l’attività Adi nell’ambito delle Case di comunità dal DM 77¹⁰, 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.

⁹ Art. 1 c. 274 L. 234/2021.

¹⁰ Le dotazioni STD di personale previste per le CDC dal DM77, per un bacino di utenza di 40-50.000 persone sono: 4-6 IFoC per l’assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Tab. 1 – Ipotesi composizione pacchetti

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

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

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



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

LA RIQUALIFICAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI ATTRAVERSO IL PNRR

Laura Pelliccia, Network Non Autosufficienza

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper tecnico n.2**

13 Settembre 2023

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;
- 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 DM77: 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.

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 nota¹¹. 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 DM 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 PNRR¹² si evince che il modello di sviluppo delle cure domiciliari perseguito dal PNRR è quello delle Regioni selezionate come *benchmark*: Emilia-Romagna, Toscana e Veneto¹³. Si tratta delle Regioni che mostravano il più alto tasso di anziani assistiti nel 2019¹⁴. L'obiettivo del PNRR è dunque quello di estendere, entro il 2026, il modello di 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 (Fig. 1), ovvero presentano un'altissima incidenza del livello CIA base.

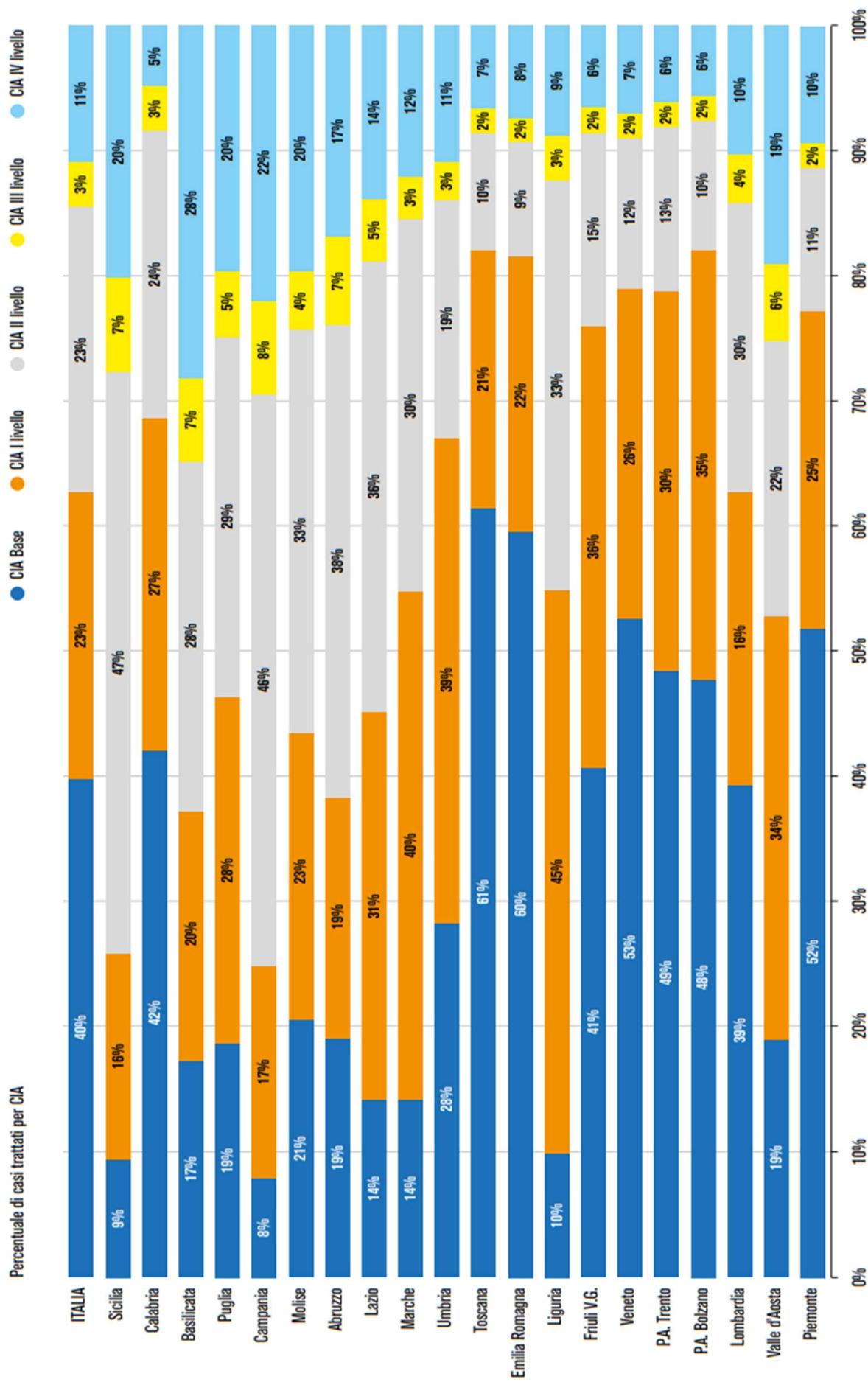
¹¹ La documentazione a corredo del PNRR non esplicita come sia stato quantificato questo target: non è esplicitato quali analisi sono state condotte per stimare un fabbisogno – indicativo dell'incidenza dell'utenza target, ovvero degli anziani non autosufficienti – pari al 10% della popolazione over 65.

¹² “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)”

¹³ 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"

¹⁴ 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 utilizzati i dati 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).

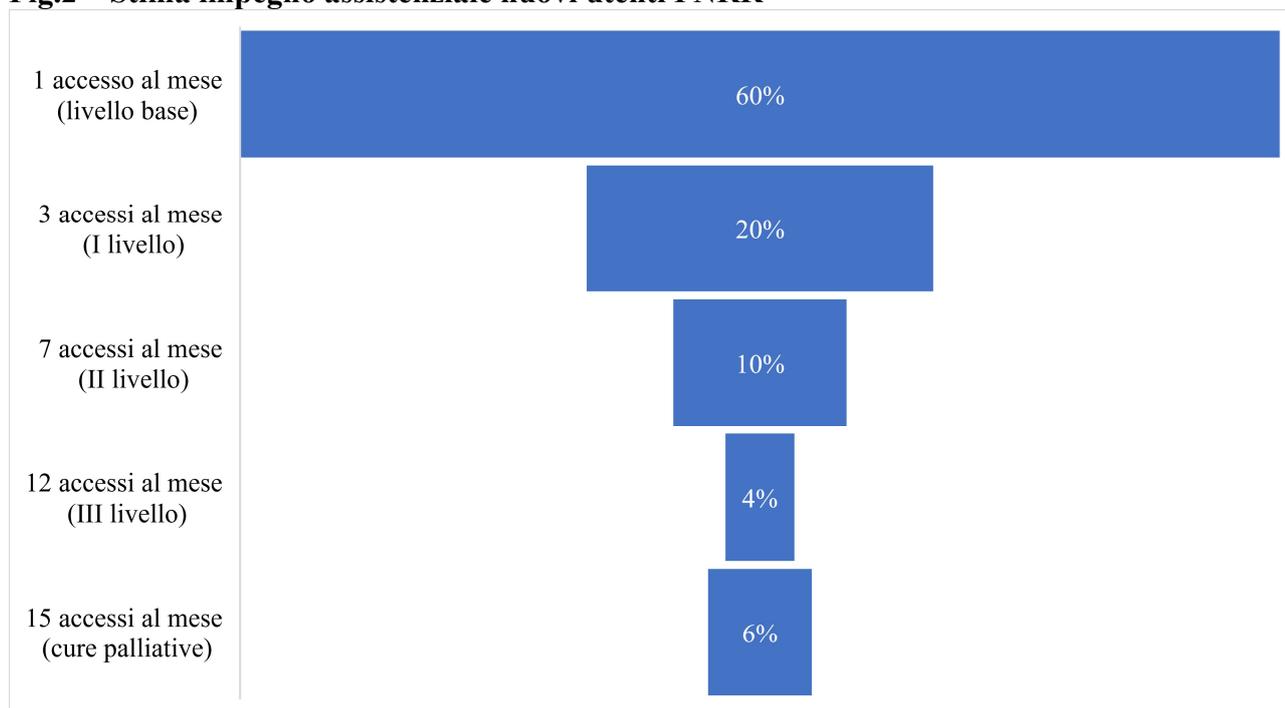
Fig. 1 – Distribuzione dell’Adi per livelli di intensità assistenziale, 2019



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* (Fig. 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 Dpcm 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.

Fig.2 – Stima impegno assistenziale nuovi utenti PNRR



Fonte: ns elaborazione su *“Implementation, monitoring, control and audit of the National Recovery and Resilience Plan, Technical annex¹⁵”*

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 Bilancio¹⁶.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

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 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 DM 23/1/2023

L’attuale sistema di monitoraggio del PNRR (DM 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 (DM77)? 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 DM 77 auspica un modello di sanità territoriale basato sulla stratificazione degli utenti su vari livelli; ogni livello necessita di risposte appropriate¹⁷; al crescere della complessità dei bisogni la nuova sanità territoriale deve rispondere con risposte multiprofessionale, integrate e complesse.

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 DPCM 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 care-giver) 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 previste 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 DM 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

¹⁷ Si veda tab. 2 – Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali.

riservati all'utenza che, a causa di limitazioni, non riesce ad accedere ad altri servizi della sanità territoriale es. Cds).

Se il PNRR dovesse servire a sviluppare esclusivamente questo tipo di risposte, il DM77 rimarrebbe incompiuto per la parte dei bisogni più complessi (livelli IV, V e VI della tab. 2 del DM 77); l'utenza più compromessa, che a causa delle proprie limitazioni funzionali non riesce ad accedere ai servizi sanitari, beneficerebbe in maniera limitata degli interventi domiciliari del PNRR.

Paradossalmente, si rischia che l'utenza maggiormente deputata alle cure domiciliari ai sensi del Dpcm 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 DPCM 12/1/2017 riconosce alle persone non autosufficienti assistite a domicilio: "limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita" (Art. 22 DPCM 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 DM 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).

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 domiciliari¹⁸: 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 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.

Questi aggiustamenti all'attuale metodologia PNRR potrebbero essere introdotti per il biennio 2024-2025, per fare in modo che il Recovery Plan diventi un pilastro per la graduale implementazione di quanto previsto dalla Riforma di cui alla L. 33 per la domiciliarità. 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 del 2024 dovrebbe ricevere assistenza "intensiva", multiprofessionale e continuativa.

¹⁸ Alla stregua della metodologia "punto DRG".

Si tratta di caratteristiche rilevabili dal SIAD¹⁹, 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 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.

¹⁹ 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).

Riferimenti

- Agenas (2021), *La casa come primo luogo di cura per il cittadino - centrali operative territoriali e assistenza domiciliare*, Monitor n. 45.
- 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 23 gennaio 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 13 marzo 2023, Approvazione della "Metodologia per l'adozione di Opzioni di Costo Semplificate, per la contabilizzazione e rendicontazione delle spese".
- Governo Italiano (2021), *Implementation, monitoring, control and audit of the National Recovery and Resilience Plan*, Technical annex.
- Mantoan, D. (2022), *Salute e Territorio nel PNRR: la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6*, presentazione 23 giugno 2022.
- 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.



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

LA DEFINIZIONE DI OBIETTIVI DI SERVIZIO NELLA DOMICILIARITÀ SOCIALE

Franco Pesaresi, Asp Ambito 9 - Jesi e Network Non Autosufficienza

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper tecnico n.3**

13 Settembre 2023

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 2020 (più recenti dati disponibili²⁰), 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 ampissime differenze nelle percentuali di anziani seguiti così come nei modelli organizzativi utilizzati.

Quarto, la ridotta integrazione con la sanità. Nel 2020, solo un terzo degli utenti, 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'appetibilità²¹.

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 2022 e il successivo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, 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. Nell'introduzione al Piano si afferma, non a caso, che "il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali e si configura come un importante

²⁰ Istat, 2023, *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020*, Roma, Istat.

²¹ 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.pattononautosufficienza.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.

vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso”. Il Piano 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 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. 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 persona²².

L’impianto delineato dalla Legge di Bilancio 2022 e dal successivo Piano Nazionale ha anticipato la riforma ed è coerente con il suo disegno. La proposta qui illustrata lo assume come punto di riferimento: il suo obiettivo consiste nel proseguire lungo la direzione già tracciata.

3. Definire gli obiettivi di servizio

La proposta per la Legge di Bilancio 2024 consiste nel compiere il passo successivo del percorso avviato: 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,

²² Pesaresi, F., 2023, *Leps 8: l’assistenza domiciliare sociale*, in www.francopesaresi.blogspot.com

nel 2024, che tutti i territori debbano raggiungere almeno l'obiettivo di assistere il livello medio attuale (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 e gli altri obiettivi di servizio, 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 incisivo intervento a favore degli anziani non autosufficienti in quella che è una delle criticità del sistema: la cura della persona non sempre è prioritaria. 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. Si potrebbe stabilire un obiettivo di servizio che preveda la presenza di un accordo formale del comune/ATS con la 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 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, si propone di integrare gli aumenti stabiliti nella Legge di Bilancio 2022 con ulteriori nuove risorse, come illustrato di seguito.

Tab. 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

4. Stime di spesa e di impatto

Un livello minimo pari all'attuale media nazionale

L'ipotesi di base, indicata nella tabella 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 gli 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.

L'ulteriore crescita delle 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 che hanno già raggiunto l'obiettivo di servizio dell'1,4% di anziani assistiti a domicilio. Un'ipotesi ben più equa, evidentemente 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, per queste così come per ogni Regione, 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, quasi doppia rispetto all'attuale. Negli anni successivi, 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

La tabella 1 indica i valori riferiti all'intera annualità del 2024. Tuttavia, in questo anno, è previsto l'avviamento del Piano nel secondo semestre, per due ragioni: i) assicurare il tempo necessario a prepararlo opportunamente; ii) garantire la massima coerenza tra il Piano e i Decreti Legislativi, da emanare entro il gennaio 2024. In termini di spesa, prevedere l'operatività per metà anno significa, semplicemente, che questa si dimezza: dunque, dai 300 milioni indicati in tabella si passa a 150.

Negli anni successivi, invece, si considerano le intere annualità e si dovrebbe proseguire nell'ampliamento del Sad, utilizzando la stessa logica indicata per il 2024. L'obiettivo di servizio quantitativo per il 2025 per tutte le Regioni dovrebbe crescere all'1,7% degli anziani e nel 2026 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 casi assistiti a domicilio in quantità o l'intensità dell'assistenza. La spesa passerebbe dai 300 milioni del 2024 a 360 nel 2025 e 420 nel 2026.

Questa impostazione, oltre al raggiungimento del livello minimo in tutte le Regioni, dovrebbe garantire, a livello nazionale, il Sad al 2,2% degli anziani sin dal 2024, percentuale che crescerà fino al 2,2-2,5% nel 2026. 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.

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 (Fna) che già finanzia, in parte, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Lo stesso Fna prevede già un aumento del suo finanziamento di 49 milioni nel 2024 e di 100 milioni dal 2025 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 confermare la proposta di finanziamento aggiuntivo finalizzato che dovrebbe poi essere erogato ai territori congiuntamente a quello addizionale previsto nella sanità, così da individuare una linea di finanziamento unica per la nuova domiciliarità integrata prevista dalla

riforma. È necessario, inoltre, un efficace sistema di monitoraggio centrale che accompagni con rigore il processo di riforma e di sviluppo dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Tab. 2 - Servizio di assistenza domiciliare sociale (Sad). Obiettivi di servizio 2022-2024

	2024	2025	2026
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	319.518	Almeno 476.559	Almeno 525.116
Stima copertura servizio	1,7%	Almeno 1,9%	Almeno 2,2%



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

L'INNALZAMENTO DELLA QUALITÀ NELLE STRUTTURE: CRITERI E DATI

Virginio Marchesi, UNEBA-Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale

Daniele Massa, Diaconia Valdese - CSD

Antonio Sebastiano, Osservatorio Settoriale sulle RSA- LIUC Business School

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper n.4**

13 Settembre 2023

In questo paper viene dettagliata la parte della proposta per la Legge di Bilancio riguardante la residenzialità, prima specificandone ulteriormente i tratti e poi presentando la stima dei costi.

1. La proposta

In attesa che il Governo, d'intesa con la Conferenza unificata, stabilisca i nuovi standard assistenziali per la residenzialità, così come indicato nella Legge 33/2023, si avvia il processo del loro graduale aggiornamento.

Il punto di partenza non può che essere l'intensità assistenziale, (abituamente misurata come i minuti quotidiani di assistenza e cura per anziano). Negli ultimi anni gli utenti delle strutture residenziali risultano in condizioni sempre più critiche per problemi di movimento, demenza, fattori clinici o altro e, dunque, hanno maggiore bisogno di cure. L'intensità assistenziale, però, non è andata al passo. Non a caso, la prima indicazione della legge 33 per la residenzialità consiste nella "previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale" (art 4, comma 2, lettera q).

Target

Tutti gli anziani in strutture sociosanitarie di lungo assistenza del Paese accreditate o convenzionate con il settore pubblico (Strutture di tipo R2, R2D e R3, utilizzando le categorie della Commissione Lea).

In cosa consiste

L'obiettivo è l'aumento della qualità dell'assistenza per gli anziani che vivono in strutture residenziali, attraverso l'incremento dell'intensità assistenziale. Ci si vuole arrivare grazie ad un contributo statale permanente di 11,25 Euro per giornata di degenza per tutte le strutture del Paese operanti nella rete a titolarità pubblica. Queste risorse sono trasferite dallo Stato alle Regioni affinché incrementino l'intensità assistenziale nelle strutture (misurata in minuti quotidiani di assistenza e cura per anziano). Si stima che un simile incremento produca un aumento medio di 25 minuti di assistenza per persona al giorno.

La scelta di un unico importo per tutte le Regioni è dettata da motivi di semplicità e di equità (significa permettere un incremento percentuale maggiore alle realtà che hanno i minutaggi più bassi).

Il nuovo contributo sarà stabilito con un accordo in Conferenza Stato Regioni, dove potranno essere specificati e/o eventualmente aggiustati i diversi aspetti della proposta (sempre tenendo fermo l'utilizzo delle risorse per alzare l'intensità assistenziale) e sarà anche possibile rivedere i criteri di riparto delle risorse.

La declinazione locale

Il contributo statale viene erogato alle Regioni, le quali devono assicurare l'effettiva realizzazione del previsto aumento dell'intensità assistenziale. I fondi ricevuti possono essere utilizzati da ogni Regione per incrementare i minuti di qualunque professionalità coinvolta (infermieri, OSS, fisioterapisti, medici e altre) nella residenzialità, sulla base della propria specifica situazione. Così si costruisce un obiettivo nazionale (+ intensità assistenziale) con una declinazione locale (quale intensità assistenziale).

Impegni reciproci

Il trasferimento statale viene definito, come anticipato, attraverso un accordo in Conferenza Stato-Regioni, nel quale queste ultime assumono i seguenti impegni:

- mantenere almeno invariata la spesa propria per le strutture residenziali;
- approvare atti formali che traducano le maggiori risorse in incrementi dell'intensità assistenziale;
- non elevare le rette per gli utenti.

In altre parole, lo Stato compie un primo passo per sostenere la residenzialità nei territori e le Regioni assumono gli impegni necessari affinché questo abbia un effettivo impatto positivo per gli anziani.

Oneri per gli utenti

Non vi sarà alcun onere aggiuntivo per gli utenti. Superata questa fase transitoria, la successiva definizione dei nuovi standard gestionali previsti dalla L 33/2023 specificherà anche la ripartizione degli oneri fra SSN e Comuni/utenti per ogni livello di intensità assistenziale, come previsto dai Lea. La definizione della nuova ripartizione andrà coordinata con i cambiamenti dovuti dall'introduzione della prestazione universale, che incrementerà le risorse a disposizione degli anziani residenti in strutture.

Risorse e tempi

Il contributo sarà erogato a partire dal secondo semestre del 2024, come tutte le misure inserite nella proposta²³. È un contributo permanente, cioè destinato a rimanere nel tempo, ed è legato ad una precisa progettualità: diventerà parte del più ampio percorso di riforma della residenzialità previsto dalla Legge 33/2023, con i relativi impegni per i soggetti coinvolti. La spesa necessaria ammonta a 408 milioni di Euro nel 2024 e 809 a partire dal 2025.

²³ Come illustrato in precedenza, questa scelta è dovuta a due esigenze: i) disporre del tempo adeguato a preparare opportunamente il Piano, senza dubbio complesso; ii) allineare il Piano con i Decreti Legislativi della Legge 33/2023, previsti entro il gennaio 2024.

2. Utenti, giornate e spesa

Per la stima delle giornate di assistenza residenziale alla base della simulazione si è fatto riferimento ai più recenti dati pubblicati dal Ministero della Salute sui posti letto presenti su base nazionale (Tab. 1).

Tab. 1 – Posti Letto nelle Strutture Sanitarie Rivolte agli Anziani Anno 2021

REGIONE	2021
PIEMONTE	32.030
VALLE D'AOSTA	328
LOMBARDIA	59.093
PROV. AUTON. BOLZANO	4.667
PROV. AUTON. TRENTO	4.765
VENETO	32.710
FRIULI VENEZIA GIULIA	8.496
LIGURIA	6.962
EMILIA ROMAGNA	16.584
TOSCANA	14.911
UMBRIA	2.172
MARCHE	6.388
LAZIO	7.799
ABRUZZO	1.700
MOLISE	292
CAMPANIA	1.805
PUGLIA	5.616
BASILICATA	155
CALABRIA	2.388
SICILIA	1.742
SARDEGNA	1.070
ITALIA	211.673

Fonte: dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute anno 2021

Per la ripartizione tra le giornate di assistenza si è fatto riferimento alla stima del fabbisogno di posti letto suddivisi per tipologia di prestazioni (R1, R2, R2D e R3) elaborata a cura della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Ministero della Salute, 2007).

Tab. 2 – Stima della suddivisione % delle giornate di assistenza residenziale per intensità assistenziale

Prestazioni	%	Intensità assistenziale
R1	0,94%	Elevata Intensità
R2	20,94%	Alta Intensità
R2D	15,63%	
R3	62,50%	Media Intensità
Totale	100,00%	Totale

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute (2007)

I calcoli sono effettuati sui pl dell'anno 2021 restituiscono la seguente stima dei pl per tipologia.

Tab. 3 – Stima posti letto per tipologia

Tipologia	Distribuzione %	Posti Letto
R1 Elevata assistenza	0,94%	1.990
R2 e R2 D Alta assistenza	36,56%	77.388
R3 Media assistenza	62,50%	132.295
Totale	100,00%	211.673

Per la valorizzazione della manovra di bilancio 2024 vengono presi in considerazione solo le tipologie R2, R2D e R3, ipotizzando un indice medio di saturazione del 94%.

Tab. 4 – Stima giornate di assistenza residenziale attese (valore annuo)

Tipologia	Posti Letto	Indice di saturazione	Giornate attese nell'anno
R2 e R2 D Alta assistenza	77.388	-	-
R3 Media assistenza	132.295	-	-
Totale	209.683	94%	71.942.237

Le giornate attese di assistenza annue attese risultano pertanto 71.942.237.

Le giornate di assistenza attese nel secondo semestre 2024, (184 giorni), considerate per la valorizzazione economica della manovra risultano pertanto 36.266.772.

Le risorse per la manovra pertanto risultano pari ad un incremento di 25 minuti di assistenza per giornata di degenza. Il valore medio dell'aumento dell'assistenza per giornata di degenze, calcolato su un costo medio complessivo del personale di € 27, risulta di € 11,25.

L'offerta della residenzialità fortemente differenziata in termini di standard gestionali rende evidentemente complesso definire un costo medio complessivo, che è anche influenzato dai diversi contratti applicati nel settore. Il valore utilizzato è una media ponderata nel confronto fra operatori e gestori nel tavolo di lavoro sulla residenzialità del Patto, calcolato sul personale che concorre agli standard (Medico/Psicologo/Resp., Infermiere, OSS, Fisioterapista, Educatore/Ass.soc.). Il valore è stimato su 145 minuti die/ospiti, distribuito in minutaggi per ciascuna figura e valorizzato per ora effettivamente lavorata, incrementato del 4% ca. in relazione alla fase di contrattazione in atto nel settore.²⁴

²⁴ A titolo informativo, tenendo conto anche del fatto che, oggi, i parametri ed i valori orari per alcune figure stanno lievitando, si forniscono i dati utilizzati dal Tavolo di lavoro sulla residenzialità del Patto.

1. *Distribuzione personale che concorre a standard (ns calcoli su media nazionale) - 145 minuti die per ospite -*
 1. Medico/Psicologo/Reps san: 8,28% (12 minuti die ospite);
 2. Infermiere: 16,55% (24 minuti die ospite);
 3. OSS: 53,79% (78 minuti die ospite);
 4. Riabilitazione: 8,97% (13 minuti die per ospite);
 5. Educatore/ass soc: 12,41% (18 minuti die ospite);
2. *Costo orario stimato OGGI - considerato per "ora effettivamente lavorata" -: medio € 26,13*
 1. Medico € 60 orarie;
 2. Infermiere € 26,16;
 3. OSS € 21,42;
 4. Riabilitazione € 24,84;
 5. Educatore € 24,84;
3. *Incremento contrattuale medio 4% con un valore per ora lavorata pari ad € 27,17.*
Considerando incremento medio die di 25 min die per ospite si ha un valore di € 11,32, arrotondato a € 11,25.

Tab.5 Previsione manovra secondo semestre 2024, 2025 e 2026 (a gg di assistenza costanti)

2024 (secondo semestre)	2025 (anno)	2026 (anno)
€ 408.001.181	€ 809.350.170	€ 809.350.170



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

**INDICATORI SULLA RESIDENZIALITÀ: EVIDENZE
EMPIRICHE DALL'OSSERVATORIO SETTORIALE SULLE RSA
DELLA LIUC BUSINESS SCHOOL**

Antonio Sebastiano, Osservatorio Settoriale sulle RSA - LIUC Business School

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper tecnico n.5**

13 Settembre 2023

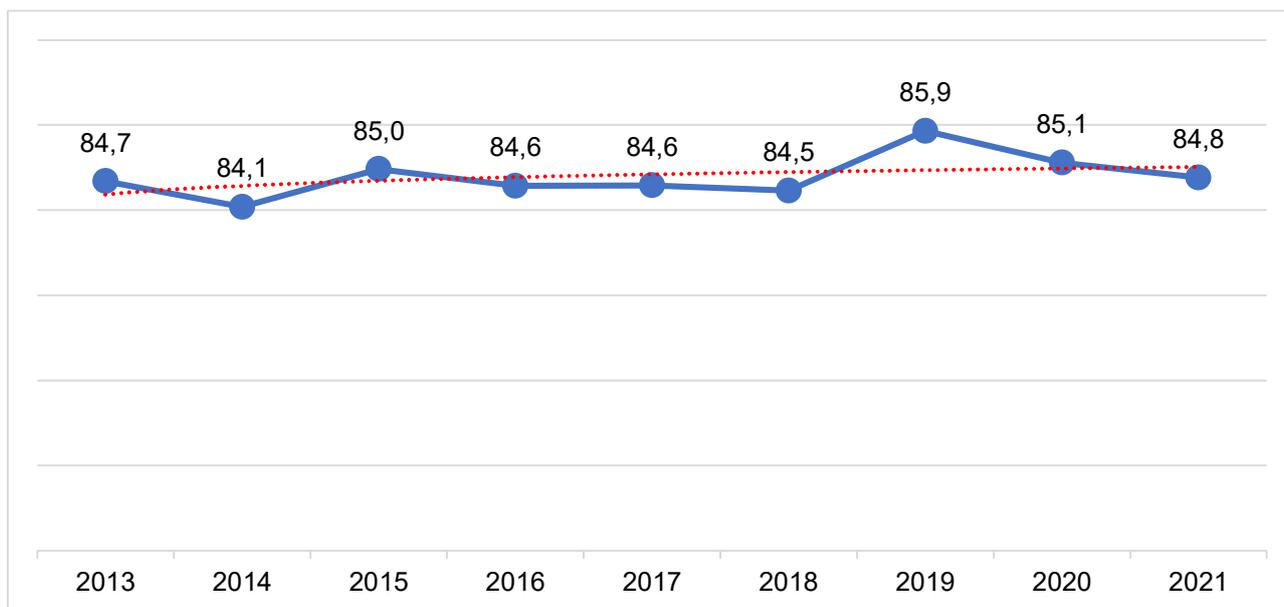
I grafici che seguono rappresentano un breve estratto dell'indagine sugli indicatori di performance organizzativo-assistenziali condotta con cadenza annuale dall'Osservatorio Settoriale sulle RSA della LIUC Business School. Complessivamente l'indagine prende in considerazione 89 distinti indicatori suddivisi in 5 famiglie tipologiche (indicatori di struttura, indicatori di processo, indicatori di esito, indicatori di rischio e indicatori di gradimento).

Ogni grafico restituisce l'andamento del valore medio del campione nell'orizzonte temporale di riferimento. Dopo una sperimentazione condotta nel 2° semestre del 2009, l'indagine è entrata a regime a partire dal 2010. I risultati più recenti disponibili riguardano il 2021.

In questa sede si è scelto di presentare una serie di risultati che testimoniano l'irreversibile processo di trasformazione della domanda di riferimento. Gli utenti prevalenti delle RSA sono ormai da molti anni grandi anziani non autosufficienti (over 85), contraddistinti da totale dipendenza, elevata comorbidità e frequente compromissione della cognitività, con indicatori prognostici compatibili con una ridotta speranza di vita. Analogamente, l'ingresso in struttura avviene di norma in età estremamente avanzata, ciò anche in ragione di problematiche di ordine economico che portano a ritardare quanto più possibile l'istituzionalizzazione, comportando periodi di ricovero più brevi e maggiore rotazione dei posti letto, con le annesse complessità organizzative ed economiche che ne conseguono anche per gli enti gestori. Sulla base dei dati disponibili, alcuni fenomeni si sono ulteriormente amplificati nel primo biennio pandemico (2020-2021), tra cui, ad esempio, il significativo incremento della mortalità nei primi 30 giorni del ricovero e la drastica riduzione del periodo medio di degenza dall'entrata in struttura al decesso.

Il campione ha una rappresentatività media nel periodo di rilevazione di circa 6.000 posti letto. Trattandosi di un'attività a cui possono aderire volontariamente tutte le RSA associate all'Osservatorio, il campione non è selezionato su basi statistiche ed è anche caratterizzato da una certa "mobilità", dato che di anno in anno possono aderire allo studio nuove strutture entrate nell'Osservatorio. Coerentemente alla natura territoriale della base associativa, il campione è rappresentato per circa il 90% da RSA lombarde, mentre il restante 10% è riconducibile ad RSA ubicate in altre Regioni. Preme tuttavia rilevare che, salvo rare eccezioni, gli indicatori esaminati non sono influenzati dalle diverse normative regionali e i risultati delle strutture non lombarde sono molto sovrapponibili a quelli delle RSA lombarde.

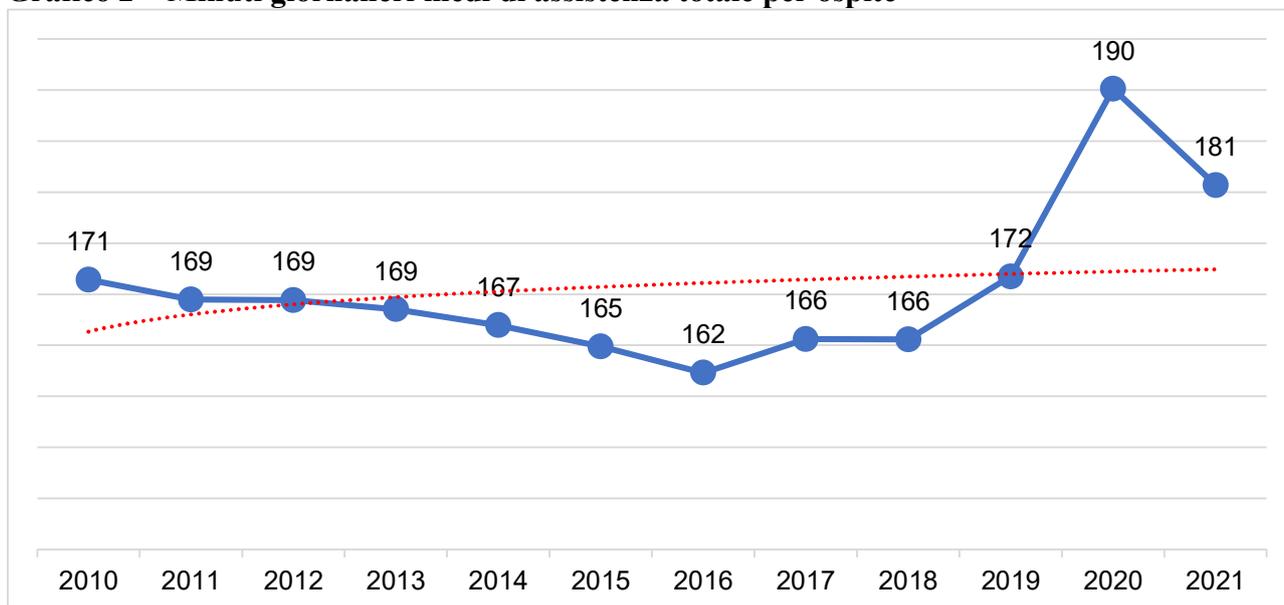
Grafico 1 – Età media all'ingresso



Numeratore: *Sommatoria dell'età anagrafica già compiuta di tutti gli ospiti entrati nell'anno*
Denominatore: *Numero totale ospiti entrati nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

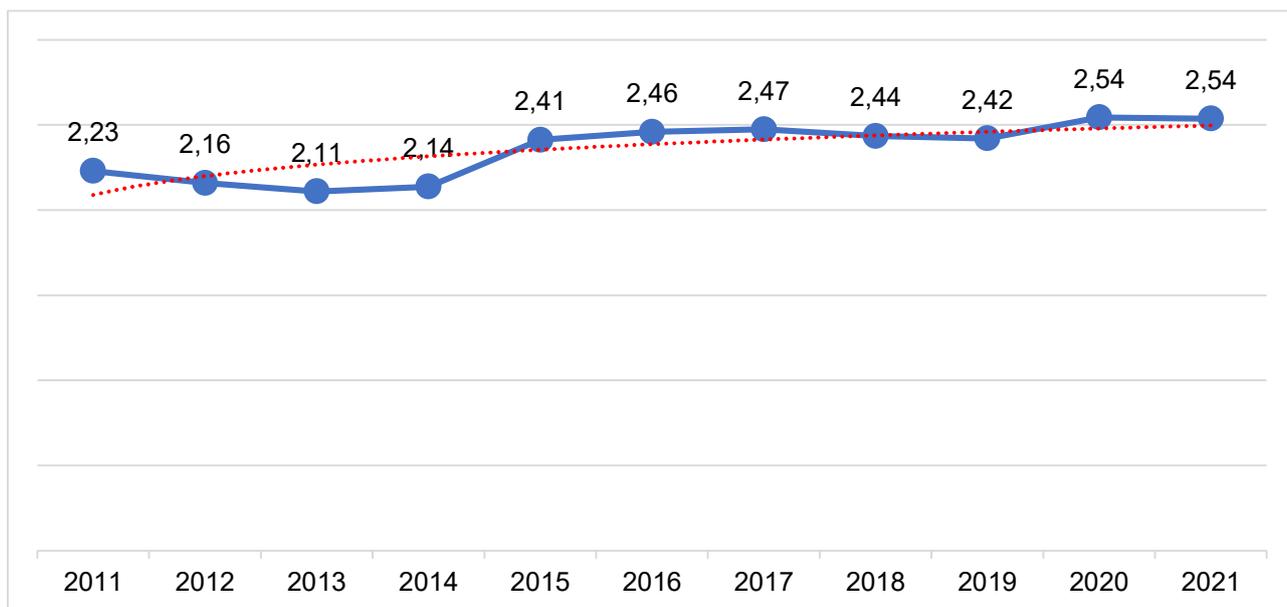
Grafico 2 – Minuti giornalieri medi di assistenza totale per ospite



Numeratore: *Numero minuti timbrati da tutto il personale che determina standard nell'anno*
Denominatore: *Numero di giornate reali di presenza degli ospiti nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

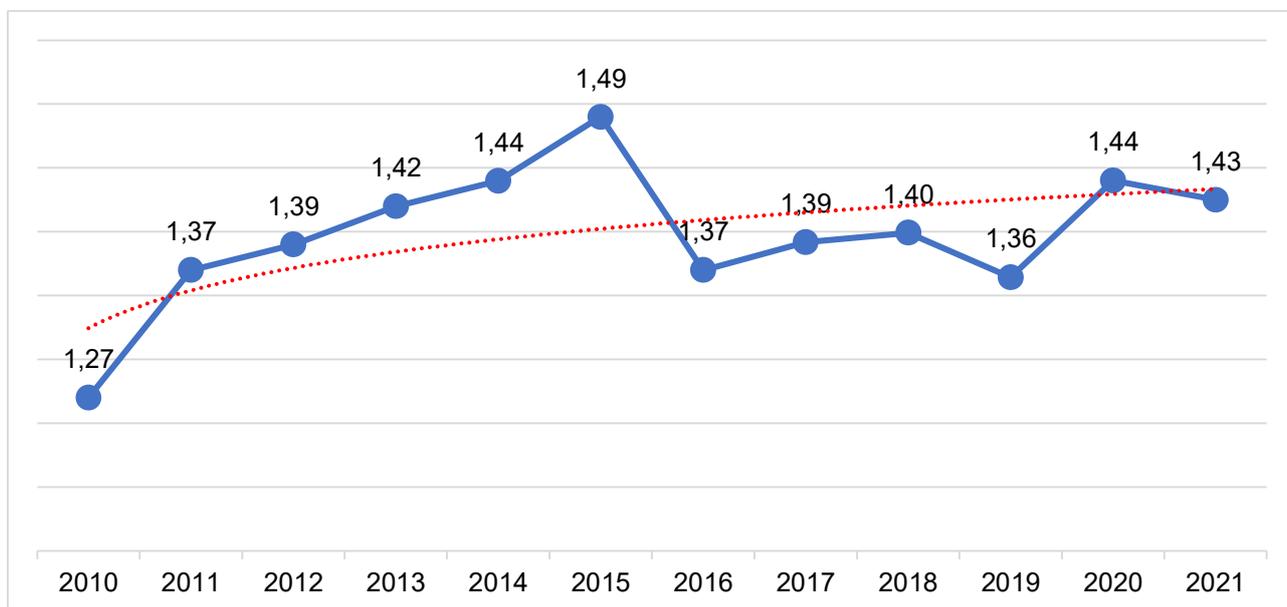
Grafico 3 – Spesa farmaceutica a giornata di assistenza



Numeratore: *Costo complessivo annuo per l'acquisto di farmaci e gas medicali*
Denominatore: *Numero di giornate reali di presenza degli ospiti nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

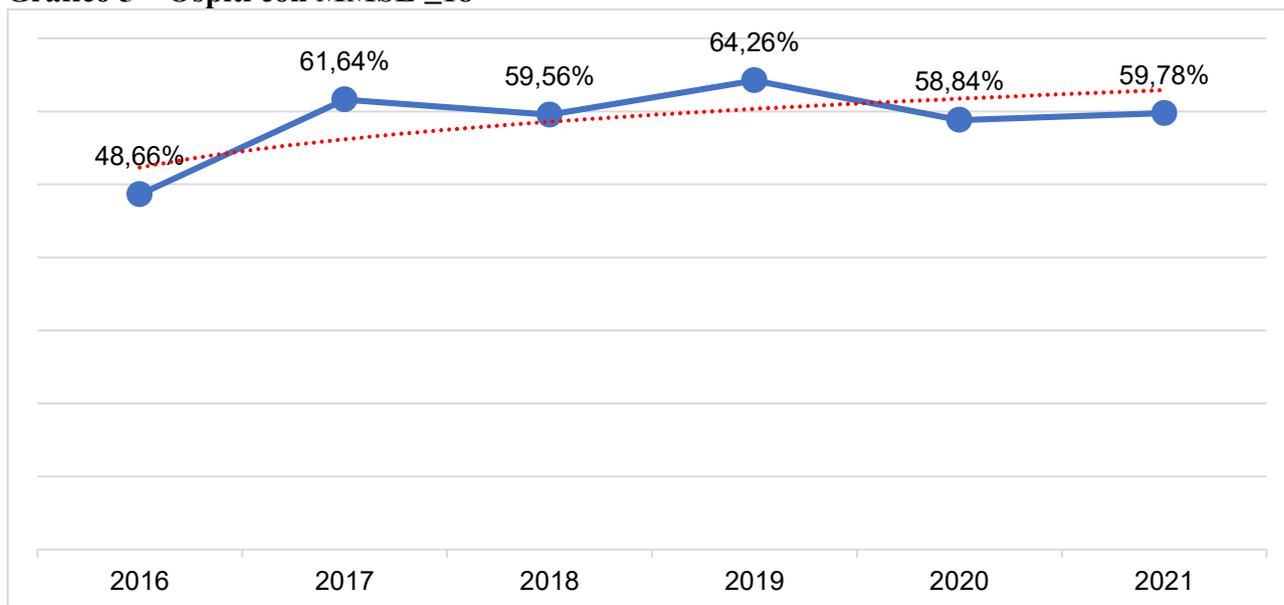
Grafico 4 – Indice di rotazione dei posti letto autorizzati



Numeratore: *Numero totale degli ospiti curati (presenti + dimessi + deceduti) nell'anno*
Denominatore: *Numero dei posti letto autorizzati*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 5 – Ospiti con MMSE ≤ 18

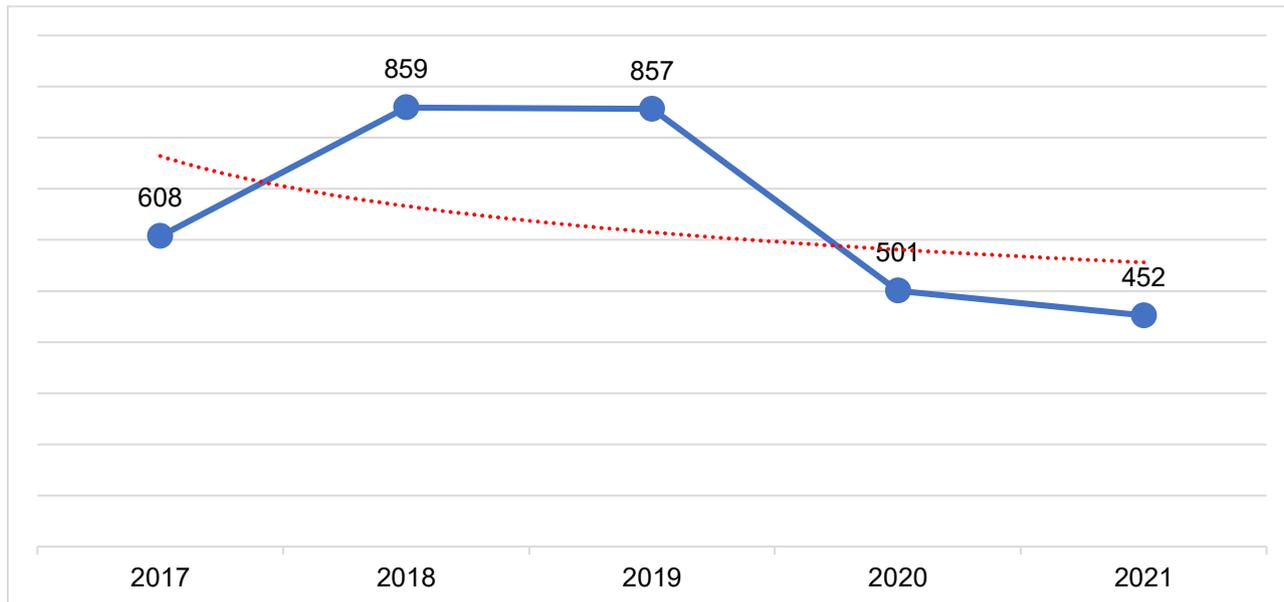


Numeratore: *Ospiti con MMSE ≤ 18*

Denominatore: *Numero totale degli ospiti curati (presenti + dimessi + deceduti) nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 6 – Degenza media degli ospiti deceduti nel corso dell'anno (in giorni)

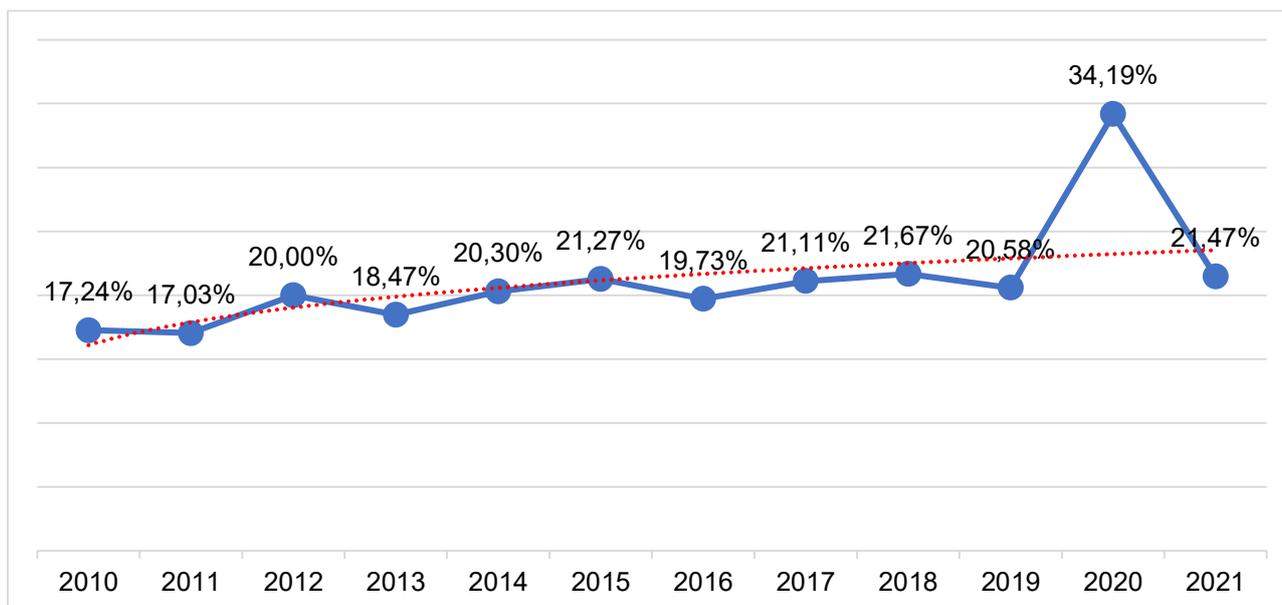


Numeratore: *Sommatoria del numero di giornate di degenza di ciascun ospite deceduto nel corso dell'anno*

Denominatore: *Numero totale degli ospiti deceduti nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 7 – Tasso di mortalità

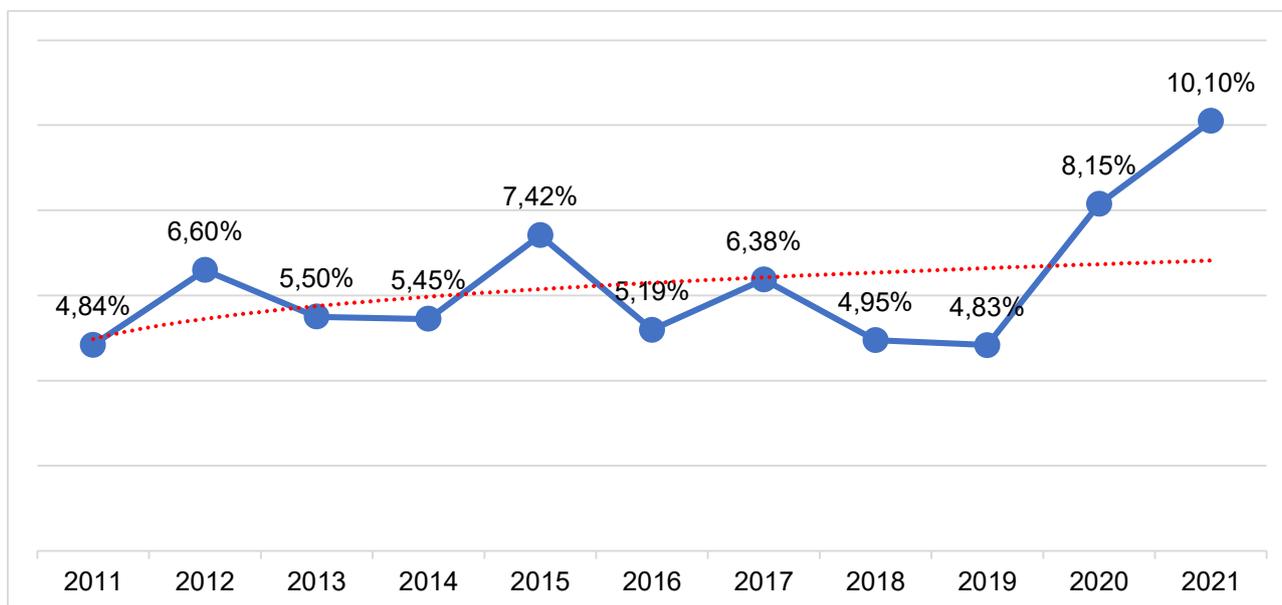


Numeratore: *Numero ospiti morti nell'anno*

Denominatore: *Numero totale degli ospiti curati (presenti + dimessi + deceduti) nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School

Grafico 8 – Tasso di mortalità nei primi 30 giorni di ricovero



Numeratore: *Numero dei decessi avvenuti entro 30 giorni dall'istituzionalizzazione*

Denominatore: *Numero totale ospiti entrati nell'anno*

Fonte: Osservatorio Settoriale sulle RSA, LIUC Business School



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

**LA PRESTAZIONE UNIVERSALE PER
LA NON AUTOSUFFICIENZA:
COME APPLICARLA**

Costanzo Ranci, Politecnico di Milano

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper n.6**

13 Settembre 2023

In questo paper vediamo come la nuova Prestazione Universale per la Non Autosufficienza si può declinare operativamente sulla base delle conoscenze esistenti e di quanto appreso dalle esperienze internazionali e nazionali.

1. La Prestazione Universale

Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento

- La Prestazione Universale (PU) costituisce un'opzione alternativa alla fruizione dell'Indennità di Accompagnamento (IdA), disponibile a tutte le persone non autosufficienti di 65 anni ed oltre che risultano eleggibili all' IdA; la scelta di tale opzione è libera e reversibile nel tempo.
- Per coloro che optano per l'IdA, si conferma il suo mantenimento nel tempo così com'è ora. Dunque, un trasferimento monetario senza alcun vincolo al suo utilizzo, che i destinatari possono impiegare come meglio credono, e in somma uguale per tutti i beneficiari (oggi 527 euro mensili).
- Coloro i quali ricevono l'IdA da prima del compimento dei 65 anni possono optare per la PU una volta raggiunta tale età.

Accesso alla Prestazione Universale

- La possibilità di ricevere la PU discende esclusivamente dal fabbisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente.

Il fabbisogno assistenziale viene misurato con il nuovo strumento valutativo – standardizzato e multidimensionale – impiegato per la Valutazione Multidimensionale Unificata (art. 4, lettera l, comma 1). Chi è ritenuto eleggibile, può scegliere tra la nuova misura o la vecchia IdA.

Modalità di utilizzo

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

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

Importo

- L'ammontare della PU non può essere inferiore a quello dell'IdA. Per i casi più gravi e/o in caso di scelta dell'opzione servizi la cifra è superiore.
- Sia nella versione di contributo economico sia in quella di servizi, la PU prevede una graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale, misurato attraverso la scheda di valutazione sopra richiamata. In pratica, ogni beneficiario viene inserito in una classificazione (suddivisione per categorie) che prevede un ammontare crescente del beneficio in base al bisogno assistenziale.

- L'opzione servizi comporta che l'intera somma della PU sia usata per accedere a servizi alla persona. Poiché la loro fruizione comporta costi aggiuntivi rispetto a quella di risposte informali, questa opzione dà diritto ad una maggiorazione dell'importo, funzionale a sostenere i costi della regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare (nel caso di servizi individuali) oppure a sostenere i costi delle prestazioni fornite da enti erogatori esterni (nel caso di servizi organizzati).

Commento

Il disegno istituzionale della PU riprende il dibattito sviluppatosi prima dell'approvazione della Legge 33/2023. Da un lato, si è convenuto di mantenere inalterato l'impianto universalistico dell'IdA (a differenza di alcuni progetti di riforma precedenti) e di impedire che la PU abbia un importo inferiore all'IdA, in modo da non creare situazioni di svantaggio potenziale tra i beneficiari delle diverse misure. Dall'altro, la PU riforma l'IdA riducendone le debolezze intrinseche introducendo una graduazione degli importi in base al bisogno ed una opzione servizi alternativa al mero trasferimento monetario. L'opzione servizi viene introdotta come "opzione" alternativa al trasferimento monetario e non come offerta di servizi complementare a questa.

La tabella riportata (tab.1) è tratta delle simulazioni di spesa presentate nell'ultima parte del paper 7. Il fabbisogno assistenziale è qui articolato su quattro livelli: basso, medio, elevato, molto elevato. L'importo minimo è quello dell'IdA, mentre le cifre della PU sono superiori: il loro valore dipende dal mix tra livello del fabbisogno assistenziale dell'anziano e scelta tra denaro e servizi.

Tab.1 Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento: importi mensili (euro)

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

2. I benefici della Prestazione Universale

Il sistema così disegnato – che dovrebbe includere anche modalità di rendicontazione e verifica facilmente implementabili (come, ad esempio, quella di esibire la ricevuta del pagamento contributi INPS nel caso dei servizi individuali o la fatturazione delle prestazioni fornite da servizi organizzati) – consentirà di ottenere i seguenti vantaggi per la popolazione anziana non autosufficiente:

- *tutela del diritto alla cura*: si garantisce l'accesso ad una misura nazionale per la Non Autosufficienza sulla base di un diritto universalistico e garantendo un minimo adeguato di sostegno assistenziale a tutti gli eleggibili, pari all'importo dell'IdA;
- *autonomia e scelta*: si sostiene fortemente l'autonomia delle persone offrendo massima flessibilità e potenziando le capacità di scelta dei cittadini che, all'interno della PU, potranno optare tra un trasferimento monetario oppure l'accesso a servizi alla persona;
- *equità*: si dà maggiore equità al sistema complessivo, offrendo un supporto più elevato alle persone con un bisogno assistenziale più grave;
- *appropriatezza della risposta*: si promuove, attraverso la maggiorazione dell'importo per l'opzione servizi, l'emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o l'accesso dei cittadini che ne hanno necessità ad una rete qualificata di servizi alla persona, migliorando l'appropriatezza complessiva della risposta al fabbisogno assistenziale.
- *sostegno alla spesa per le rette*. Sovente le rette per le strutture residenziali a carico degli anziani e dei loro familiari sono troppo elevate. Per poterle affrontare, nel passaggio dall'indennità alla PU, gli anziani in strutture ottengono un robusto incremento degli importi ricevuti.

3. La promozione del ricorso ai servizi

In che modo promuovere il ricorso all'opzione servizi, con i suoi benefici in termini di appropriatezza e qualità delle risposte? Due sono le leve da utilizzare a tal fine:

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

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

4. Ulteriori indicazioni

La Legge 33/2023 prevede che i beneficiari della PU possano optare tra trasferimenti o servizi. Nell'ipotesi del Patto l'opzione servizi è alternativa a quella per un trasferimento monetario

incondizionato e dà diritto ad un importo complessivo maggiore per coprire i costi di regolarizzazione o di erogazione dei servizi.

Gli obiettivi dell'opzione servizi sono principalmente due:

- contribuire a regolarizzare e qualificare il lavoro di cura svolto da assistenti familiari su base individuale, sottraendo queste prestazioni al mercato irregolare e promuovendo la professionalità degli assistenti familiari;
- offrire una risposta adeguata alle persone con grave non autosufficienza che necessitano di un servizio di assistenza professionale, sia di tipo domiciliare che, nei casi più gravi, di tipo residenziale.

L'opzione servizi potrà prevedere la scelta beneficiario tra due modalità fondamentali di prestazione:

- accesso a prestazioni individuali tramite contratto regolare di lavoro (assistenti familiari);
- accesso a prestazioni organizzate, sia domiciliari che residenziali, fornite da organizzazioni professionali qualificate in possesso di accreditamento.

Per chi sceglierà di accedere all'opzione servizi, o già riceve questi servizi perché preso in carico da un servizio pubblico, i soggetti del welfare locale dovranno giocare un ruolo fondamentale di regia e accompagnamento, opportunamente sostenuti dal Ministero del Welfare e dalla Regioni.

5. Informazione, affiancamento, progettazione personalizzata

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

a. Chi riceve anche servizi del welfare locale

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

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

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

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

Per i beneficiari della Prestazione che la impiegano al fine di fruire di servizi alla persona, si prevede la possibilità di accedere, su richiesta, ad azioni di informazione, affiancamento e progettazione

personalizzata fornite da Asl e Comuni. Offrendo due possibilità: un servizio di informazione e orientamento e uno di presa in carico e progettazione personalizzata, più impegnativo. Così un anziano e/o la sua famiglia possono decidere se fruire di queste attività di sostegno e, in caso positivo, quale dei due moduli previsti sia più consono alle loro esigenze.

Per tutti i casi appartenenti alla tipologia c), il Ministero del Welfare dovrà garantire una quota forfettaria all'ATS per ciascun servizio avviato, a copertura dell'attività di sportello, della formulazione del PAI e delle attività di monitoraggio conseguenti.



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

**LA PRESTAZIONE UNIVERSALE PER
LA NON AUTOSUFFICIENZA:
UNA STIMA PER LA SPESA**

**Costanzo Ranci, Politecnico di Milano
Marcello Morciano, Francesca Audino, Carlo Mazzaferro, Università
Modena e Reggio Emilia
Marco Arlotti, Università Politecnica delle Marche**

**Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024
Paper n.7**

13 Settembre 2023

Come noto la Legge 33/2023 (art. 5) prevede l'introduzione della Prestazione Universale per la Non Autosufficienza. Uno strumento che sostituisce, per chi sceglie di avvalersene, l'Indennità di Accompagnamento. In queste brevi note vediamo come la nuova Prestazione Universale si può declinare operativamente sulla base delle conoscenze esistenti e di quanto appreso dalle esperienze internazionali e nazionali.

La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (d'ora in poi PU) conferma l'impostazione universalistica dell'Indennità di accompagnamento rispetto alla quale si propone, in base a quanto disposto dalla Legge 33/2023, come un'opzione che consente:

1. una graduazione dell'importo che rispetti un criterio di equità verticale tra persone con diverso bisogno di cura;
2. la possibilità per il cittadino di scegliere un'*opzione servizi* che consenta di accedere a servizi, a strutture residenziali o per regolarizzare il rapporto di lavoro con l'assistente familiare, grazie ad un importo maggiore.

Questa nota presenta una proposta di disegno complessivo della nuova misura e una stima della spesa necessaria per finanziarne l'implementazione.

1. Metodologia di calcolo e di stima

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

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

La stima dei livelli di Non Autosufficienza sulla cui base viene elaborata un'ipotesi di graduazione della misura si fonda sui più recenti dati disponibili dalla survey EHIS (European Health Interview Survey, ultima indagine: anno 2019) su un campione rappresentativo della popolazione italiana over 64 anni di età residente a domicilio. Questi dati vengono integrati dai dati di fonte Istat (2020) relativi ai degenti in strutture residenziali (Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari). I dati relativi ai risparmi desumibili dalla regolarizzazione delle assistenti familiari sono stati ottenuti sulla base di informazioni relative ai contratti in atto nel settore, elaborate dagli autori del presente studio.

Dal dato INPS del 2020 sulla spesa dei Comuni per strutture residenziali e per i contributi e le integrazioni alla retta delle strutture residenziali si stima, sulla base delle evidenze disponibili e di una serie di assunzioni, il potenziale risparmio degli Enti locali in tema di compartecipazioni se l'opzione servizi venisse usata dai residenti in case di cura.

Lo studio sviluppa un'ipotesi di disegno della misura e della relativa spesa pubblica necessaria alla sua implementazione che coinvolge l'intera platea degli attuali beneficiari dell'Indennità di accompagnamento. Il passaggio dalla misura attuale a quella nuova avverrà presumibilmente nell'arco di

alcuni anni. Lo studio sviluppa alcune ipotesi preliminari relative alla sostituzione progressiva della vecchia misura con quella nuova.

2. Fasce di gravità e importi monetari

La tabella 1 mostra gli importi relativi alle due opzioni (*cash* o *care*) spettanti ai beneficiari della Prestazione Universale, i quali vengono distinti in quattro fasce di gravità sulla base del loro bisogno di cura. La distinzione in fasce riprende analoghe distinzioni adottate in altri paesi europei come Francia e Germania. La graduazione degli importi risponde a:

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

Tab. 1 - Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità e importi relativi alle due opzioni (trasferimento monetario o servizi)

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

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

3. Stima della spesa

La tabella 1 mostra gli importi relativi alle due opzioni (*cash* o *care*) spettanti ai beneficiari della Prestazione Universale, i quali vengono distinti in quattro fasce di gravità sulla base del loro bisogno di cura. La distinzione in fasce riprende analoghe distinzioni adottate in altri paesi europei come Francia e Germania.

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

- calcolo del numero dei beneficiari over 64 anni per ciascuna fascia di gravità;
- stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglierà l'opzione servizi;
- stima del costo lordo complessivo della riforma;

- stima dei risparmi ottenibili tramite il maggiore gettito contributivo e fiscale derivante dalla regolarizzazione dei rapporti di lavoro delle assistenti familiari (effetto emersione)²⁵;
- stima dei risparmi ottenibili attraverso la riduzione parziale della spesa dei comuni necessaria ad integrare le rette delle RSA per residenti in grave condizione economica;
- stima della spesa in funzione dell'implementazione della nuova misura nel 2024 (secondo semestre) e nell'arco dei quattro anni successivi.

Stima della spesa complessiva

La tabella 2 presenta i risultati delle seguenti operazioni:

- Calcolo del numero dei beneficiari per ciascuna fascia di gravità: adottando la distinzione in fasce precedentemente presentata (v. tab. 1), si è calcolata la distribuzione dei beneficiari della nuova prestazione nelle diverse fasce. Per agevolare la stima, si assume che il numero dei beneficiari sia pari a quello dei beneficiari di IdA al 1° gennaio 2023, includendovi sia i beneficiari residenti a domicilio, sia quelli ricoverati in strutture residenziali;
- stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglieranno l'opzione servizi: la stima è stata fatta sulla base dell'esperienza internazionale disponibile e dei profili di convenienza dei beneficiari appartenenti alle diverse fasce. Il *take up* tende ad aumentare all'aumentare della gravità, in quanto aumenta sensibilmente la necessità di ricorrere a servizi socio-sanitari. Per le fasce di gravità 1 e 2 si è ipotizzato un *take up* pari rispettivamente al 20% e al 30%, conformemente a quanto avviene in Germania. Per le fasce di gravità 3 e 4 si ipotizza un *take up* pari al 40% e al 70%, considerando l'incidenza dei degenti in RSA e l'esigenza di cura continuativa espressa dai soggetti inclusi in queste fasce;
- stima della spesa complessiva: la stima è stata fatta sulla base delle più recenti evidenze empiriche disponibili. Gli aspetti di cui non si dispongono di dati robusti sono stati modellati sulla base di assunzioni (esempio il *take up*) derivanti dall'esperienza internazionale. Il numero di beneficiari assunto per la stima della spesa è quello presentato in tabella 1.

Tab. 2 - Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva

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

²⁵ In proposito va tenuto presente che, mentre le stime sui contributi previdenziali possono essere effettuate con facilità, quelle inerenti le entrate fiscali (Irpef) devono tenere conto del fatto che le famiglie non sono sostituito d'imposta (è stata quantificata un'evasione fiscale da Irpef nel settore pari ad 1 mld l'anno), a differenza delle imprese operanti nel settore con personale assunto (che sono sostituito d'imposta, con IVA al 5%).

Stima della spesa complessiva al netto dei risparmi previsti

L'opzione servizi introduce una condizionalità nell'utilizzo dell'importo disponibile al beneficiario: questa può essere spesa per un regolare contratto di lavoro con un'assistente familiare oppure per accedere a servizi professionali, sia di natura domiciliare residenziale.

Si stima che l'incentivo economico a regolarizzare il contratto di lavoro con l'assistente familiare consentirà l'emersione di circa 260.000 assistenti familiari, che si aggiungeranno alle circa 437.000 già assunte regolarmente (dati Inps 2021)²⁶. Il nuovo gettito contributivo generato dall'emersione è stimato (applicando il Contratto Collettivo Nazionale per un numero medio di 33 ore settimanali) in 512 milioni di euro (circa 478 milioni di ore lavorate). Il gettito IRPEF aggiuntivo ammonterebbe a circa 234 milioni di euro. Il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall'emersione è stimato quindi di 746 milioni di euro.

La spesa complessiva per la Prestazione Universale assorbirà anche parte della compartecipazione al costo delle prestazioni sociali per i ricoverati in residenze attualmente a carico delle amministrazioni pubbliche locali. Si è quindi stimato il risparmio di spesa pubblica locale ottenibile attraverso l'adozione dell'opzione servizi pari a circa 400 milioni di euro, sulla base dei dati forniti dall'Indagine censuaria sulla spesa sociale dei comuni dell'Istat (ultimo dato disponibile relativo all'anno 2020)²⁷. La tabella 3 riporta la stima della spesa complessiva per la Prestazione Universale, al lordo e al netto dei risparmi previsti, in relazione alla spesa attuale per l'IdA.

Tab. 3 - Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti

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

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

Stima della spesa nel periodo di messa a regime della misura

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

²⁶ Si veda il Terzo Rapporto annuale sul Lavoro Domestico, Osservatorio Nazionale Domina (2021).

²⁷ A tale componente si potrebbe aggiungere anche quella (qui non considerata) inerente il risparmio ottenibile sul fronte dei costi di degenza ospedaliera, derivante dalla potenziale riduzione sia degli accessi impropri al Pronto Soccorso sia delle contestazioni rispetto alle dimissioni protette.

mantenga l'attuale IdA. In questo scenario, i beneficiari della PU sono quindi stimati essere pari 10.8% per il secondo semestre del primo anno, il 32.4% nel secondo, il 54% al terzo, 75.6% al quarto, 97.2% al quinto prima di entrare a regime (quasi pieno) a partire dal sesto anno.

Nel complesso l'incremento di spesa prevedibile, al netto dei risparmi fiscali, contributivi e di spesa che la nuova prestazione consente, è quello indicato nelle righe H e I della tabella 4.

Tab. 4 - Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura

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

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