

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

In una finestra storica caratterizzata da una nuova austerità della spesa sanitaria e a importanti opportunità di investimento consentite dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il rinnovamento dei sistemi sanitari è più che mai al centro del dibattito politico e scientifico.

Con OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS si conferma punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano. Allo stesso tempo, vuole offrire una piattaforma di interazione tra mondo accademico e operatori del SSN.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2023

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo in ottica comparativa nazionale e internazionale. Vengono inoltre approfonditi il ruolo del privato accreditato nel SSN, i consumi privati di salute, il sistema di offerta di servizi sociosanitari;
- analizza le principali sfide che attendono il SSN: il divario tra bisogni e risposte di salute e le direzioni di fondo per la trasformazione dei servizi; la sostenibilità ai diversi livelli istituzionali; i nuovi modelli di organizzazione del territorio derivanti dal DM 77/22; le riforme regionali dell'emergenza urgenza e i modelli di servizio centrati sul paziente e sostenuti dalle tecnologie digitali;
- discute le soluzioni adottate dalle aziende per fronteggiare lo shortage di personale medico; il tema del governo dei costi nelle strutture territoriali; il ruolo della funzione di audit; i cambiamenti nel procurement e nella regolazione del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-4763-7



9 788823 847637

€ 75,00

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2023

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2023

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



5 Il ruolo dell'assistenza domiciliare nell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un'analisi comparata

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo¹

5.1 Introduzione e metodo di lavoro

Il 2023 appare come un anno in cui il sistema socio-sanitario di assistenza agli anziani affronta delle sfide di rimodulazione e di potenziale ridisegno delle regole che lo governano. Questo riguarda sia un servizio specifico, l'assistenza domiciliare, che oggi spesso è presentato nella visione «*Ageing in place*» (Pani-Arreman *et al.*, 2021) come la soluzione su cui investire nel prossimo futuro, sia gli aspetti di governance, finanziamento e funzionamento dei servizi. Il primo tema, quello dell'assistenza domiciliare, è stato posto in particolare dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza² che ha fissato un obiettivo nazionale in termini di erogazione di servizi di assistenza domiciliare per gli anziani. I dati illustrati più sotto in Tabella 5.6 mostrano come attualmente solo tre regioni soddisfano gli standard richiesti, avviando per tutte le altre un periodo di intenso lavoro e investimento sul potenziamento dei servizi domiciliari. Il secondo tema è invece derivato dalla emanazione del disegno di legge contenente la proposta di Riforma del sistema di assistenza per gli anziani (Legge Delega 33/2023) che entro fine anno porterà alla promozione di nuove regole per il funzionamento del sistema. Questo potenzialmente porterà ad un ridisegno complessivo del sistema non autosufficienza, andando oltre il tema dell'assistenza domiciliare e coinvolgendo tutte le tipologie di servizi. In questo capitolo presentiamo alcuni dati di base per sostenere la discussione su queste tematiche. Ipotizzare, infatti, un intervento massivo su una tipologia di servizio o riguardante il ridisegno del sistema, implica necessariamente partire dall'esi-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 5.1 è da attribuirsi a Elisabetta Notarnicola, § 5.2 a Eleonora Perobelli, il § 5.3 a Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo, il § 5.4 a Giovanni Fosti, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola.

² Subinvestimento: M6C1 I1.2.1 – Assistenza domiciliare

stente almeno per due ordini di motivi. Il primo è che nessun cambiamento in questo ambito potrà partire da una base nulla, dato che il sistema (seppur frammentato e parziale come illustrano i dati) è radicato su una regolamentazione regionale e competenze erogative stratificatesi negli ultimi 20 anni circa, che ha plasmato in vario modo i servizi, il loro funzionamento e la relazione tra questi e le famiglie. Il secondo motivo, strettamente correlato al primo, è che nessun cambiamento potrà essere implementato in tempi rapidissimi e necessiterà di un tempo di transizione in cui i servizi e le politiche attuali dovranno evolvere e modificarsi. I dati presentati in questo Capitolo intendono supportare la discussione, rendendo evidenti alcune specificità del sistema attuale che necessariamente influenzeranno qualsiasi decisione ed evoluzione futura:

1. I dati mostrano come il sistema socio-sanitario pubblico per gli anziani non autosufficienti sia oggi incredibilmente parziale ed eterogeneo nella sua capacità di presa in carico. La prima parte del Capitolo illustra i dati riferiti all'offerta, alla domanda di servizi e al bisogno potenziale, mostrando le lacune del sistema. Sia il potenziamento dell'assistenza domiciliare, che il ripensamento del sistema prendono le mosse da questi numeri e pongono quindi il tema di quali siano agli obiettivi futuri da raggiungere nell'ipotesi di voler potenziare il sistema.
2. I dati mostrano come l'assistenza domiciliare sia una componente del sistema, certamente la più rilevante in termini di numerosità delle persone raggiunte, ma non in termini di intensità assistenziale garantita. Qualsiasi ripensamento dell'assistenza domiciliare dovrebbe quindi essere inquadrato in un ripensamento complessivo dei servizi per le persone anziane e non può prescindere dalla messa in relazione con quanto accade negli altri servizi esistenti (pubblici e a pagamento privato).
3. L'evoluzione dei sistemi di presa in carico degli anziani è un tema oggi oggetto di discussione a livello europeo. Altri Paesi, confrontabili con il nostro, hanno già intrapreso riforme importanti o presentano sistemi di servizi più articolati del nostro. Per questo sarebbe opportuno e utile che il sistema italiano si confrontasse con quanto accade in altri contesti.

Alla luce di queste considerazioni, il Capitolo passa in rassegna dati ed evidenze che discutono dello stato dell'assistenza agli anziani in Italia e degli sviluppi dell'assistenza domiciliare. Per questo nel paragrafo 5.2 si presentano i dati più aggiornati (riferiti al 2020 e al 2021) rispetto all'offerta e domanda di servizi e al bisogno potenziale, in modo da valutare la capacità di risposta del sistema pubblico. Nel paragrafo 5.3 si presenta lo stato dell'arte dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in alcuni Paesi europei (Belgio, Francia, Germania e Svizzera con un affondo sul Canton Ticino). Nel paragrafo 5.4 si traggono alcune conclusioni per la revisione del sistema di assistenza agli anziani in Italia, con un focus sull'assistenza domiciliare.

5.2 Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia

La presente sezione aggiorna la consueta mappatura dei dati di fabbisogno, capacità di offerta e utenza in carico della rete socio-sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti. Per approfondimenti circa l'impostazione e il metodo di analisi, si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016. In questa sede, è opportuno rammentare che il sistema socio-sanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Ne deriva il rischio di includere lo stesso utente più volte qualora beneficiario di più interventi. Per limitare questo inconveniente sono quindi considerati unicamente i servizi reali (anche detti *in kind*), mentre sono esclusi i trasferimenti monetari. Inoltre, sono state escluse dalla stima le misure tipicamente locali riconducibili al «sostegno alla domiciliarità» (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), considerando esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata, che hanno invece diffusione a livello nazionale.

Infine, al momento in cui si scrive (luglio 2023) ISTAT non ha pubblicato l'aggiornamento della rilevazione sui Presidi Socio-Assistenziali per l'anno 2021. La scelta degli autori è di proporre un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto OASI. In particolare, verranno utilizzati:

- ▶ i dati dell'Annuario Statistico del SSN riferiti al 2021 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- ▶ i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da ISTAT riferiti al 2020 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale.

Il disallineamento temporale tra le due fonti sopracitate porta, come già avvenuto per il Rapporto OASI 2022, a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e sociale) per evitare di comparare dati 2021 con quelli eccezionali del 2020. Infine, si ritiene che la rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali rimanga la fonte più attendibile per quantificare l'effettiva offerta residenziale socio-sanitaria e sociale, grazie alla possibilità di differenziare i posti per livello di assistenza sanitaria erogata. Al contempo, è altrettanto rilevante offrire al dibattito rilevazioni aggiornate, pur rimarcando la criticità dell'assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione.

5.2.1 Stima del bisogno potenziale

In questa sede, per «anziani non autosufficienti» si intendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell'indagine europea Ehis. Ad oggi questa risulta la fonte più accurata per cogliere le limitazioni cognitive, oltre che funzionali, tra la popolazione over65. Si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per maggiori dettagli sull'indagine.

La popolazione non autosufficiente viene dunque stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4%) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da ISTAT³.

Per il 2021, la stima degli anziani non autosufficienti è dunque pari a 3.959.395 individui, in crescita rispetto alla precedente rilevazione in virtù dell'aumento della popolazione anziana. Infatti, non disponendo di un aggiornamento della prevalenza della non autosufficienza, la stima aumenta in virtù del costante invecchiamento della popolazione. Ciò nondimeno, non si esclude che questa stima sia al ribasso, vista l'evoluzione continua del profilo epidemiologico della popolazione.

5.2.2 La capacità produttiva del sistema di offerta

Come anticipato, in assenza di un aggiornamento della rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali, si è optato per l'utilizzo di fonti differenti per aggiornare la consueta fotografia della rete di offerta, pur nella consapevolezza che i dati ISTAT forniscono una indicazione più realistica dell'effettiva dotazione di posti letto in RSA a livello nazionale (*cf.* Capitolo 6 OASI 2016).

La Tabella 5.1 permette di analizzare la capacità del sistema di offerta pubblico socio-sanitario per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019, 2020 e 2021. I dati segnalano un aumento del 4% dei posti letto residenziali: in assenza di chiarimenti espliciti circa la natura di questa variazione, una delle ipotesi possibili è che la crescita sia riconducibile all'attivazione di posti letto dedicati alla gestione di pazienti con Covid-19 che, in alcune regioni, sono stati collocati straordinariamente nei presidi socio-sanitari. Allo stesso modo, la riduzione del 16% dei posti nei centri diurni può essere ricondotta alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto nel 2020 e in parte del 2021 che in molte regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. L'11% di calo nelle ore di assistenza domiciliare integrata erogate

³ L'indagine ISTAT è stata condotta tra soggetti che vivono al domicilio, quindi non coglie direttamente le specificità dei bisogni di chi vive in strutture residenziali. Al contempo, si ritiene di allinearsi alla scelta dell'Istituto di applicare la prevalenza di 28,4% a tutta la popolazione over65 per maggiore chiarezza espositiva e di allineamento con il dibattito nazionale.

Tabella 5.1 **Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019, 2020, 2021**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	4%
Semiresidenziale**	17.507	16.781	14.782	-16%
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	14.060.282	-11%

* posti letto ** posti centri diurni *** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

sono un segnale chiaro dell'impatto della pandemia sull'assistenza in casa, dovuta alle restrizioni imposte nelle fasi più acute della diffusione del virus e per il blocco dei servizi ritenuti non fondamentali, e rimasta compromessa anche nei mesi successivi. Inoltre, parte della diminuzione è ascrivibile al forte calo nel numero di ore medie erogate per ogni caso anziano descritto nelle ultime edizioni dell'Annuario Statistico del SSN, passato dalle 18 del 2019 alle 16 del 2021. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territorio (cfr. infra), rimane attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani, pur da contestualizzare in un biennio (2020-2021) in cui la capacità di garantire gli accessi si è scontrata con gli sconvolgimenti della pandemia.

Per quanto concerne la rete di servizi sociali, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per i posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT nella rilevazione dedicata. Nel 2020 questi sono stati 11.171, in calo del 33% rispetto alla rilevazione relativa al 2018. Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi limita la capacità di analizzare puntualmente le ragioni di questo andamento. Tra le ipotesi più plausibili, un calo dovuto alle chiusure delle strutture sociali durante il 2020.

5.2.3 Gli utenti in carico ai servizi

La Tabella 5.2 illustra la distribuzione degli utenti in carico per tipologia di servizio socio-sanitario tra il 2019 e 2021, che risulta fortemente condizionata dall'impatto della pandemia (si rimanda ai Rapporti OASI dal 2020 al 2022 per maggiori approfondimenti su questo tema). L'Annuario del SSN non fornisce spiegazioni puntuali sulle variazioni osservate. Per quanto concerne l'importante diminuzione di utenti in carico alla rete residenziale e semiresidenziale possono essere avanzate almeno due interpretazioni. Da un lato, una causa è riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minor domanda di inserimenti nei servizi. Dall'altro lato, le preferenze delle famiglie potrebbero essere cambiate, predili-

gendo la permanenza al domicilio con caregiver informale in luogo all'accesso ai servizi, anche grazie alle opportunità offerte dal telelavoro. I centri diurni hanno visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi la metà delle persone tra il 2019 e il 2021. Segue poi la residenzialità, dove il calo degli utenti 2021 è stato in larga parte dovuto a un calo dei nuovi ingressi. Infine, si segnala come il numero di utenti over65 complessivamente in carico a ADI sia aumentato del 2%, in controtendenza rispetto agli altri servizi. L'analisi congiunta dei dati di offerta e di utenza in carico ad ADI permette di osservare come in ogni caso l'aumento della platea di soggetti in carico sia raggiunta mediamente con un numero inferiore di ore per caso.

Tabella 5.2 **Utenti in carico alla rete socio-sanitaria per tipo di servizio erogato, 2019, 2020, 2021**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale	292.578	280.421	284.141	-3%
Semiresidenziale	28.453	21.706	16.225	-43%
Domiciliare (ADI)	858.896	844.823	879.030	+2%

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono (Tabella 5.3) i dati di utenza in carico ai *setting* residenziali, semiresidenziali e al SAD. Questi dati permettono di vedere chiaramente l'impatto della pandemia anche sulla rete sociale: gli ospiti dei servizi residenziali sociali sono diminuiti del 39% rispetto al 2018; gli utenti dei centri diurni del 42%. Entrambi i servizi hanno risentito delle misure restrittive per l'accesso di nuovi utenti durante le fasi più acute della pandemia. Sono invece cresciuti gli interventi domiciliari, in relazione alle misure straordinarie messe in campo dai comuni per raggiungere gli anziani durante i lockdown.

Tabella 5.3 **Utenti in carico alla rete sociale per tipo di servizio erogato, 2018 vs 2019 e 2020**

Tipo di servizio	2018	2019	2020	Δ 2018-2020
Residenziale	14.330	12.882	8.777	-39%
Semiresidenziale	291.026	294.005	169.883	-42%
Domiciliare (SAD)	128.285	129.830	133.817	+4,3%

Fonti: ISTAT (più anni). Spesa sociale dei Comuni. Anno 2018; Anno 2019; Anno 2020. ISTAT (2023). Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2020.

5.2.4 Stima della copertura del fabbisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari e servizi sociali. Tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro). Inoltre, la distinzione si lega alle diverse annualità cui sono riferiti i dati.

Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2021**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Il tasso di copertura del bisogno garantito dalla rete socio-sanitaria pubblica è complessivamente molto contenuto, e il servizio più capillare risulta essere ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semiresidenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il *setting* meno diffuso della rete; mentre la residenzialità copre il 7% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. Quest'ultimo dato sale quasi al 10% se l'utenza in carico viene messa in relazione con la fascia di popolazione più in target per il servizio, gli over75 non autosufficienti (Tabella 5.5)⁴. La Tabella 5.5 mostra la copertura del bisogno tramite RSA nelle diverse regioni italiane, che registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud presentano valori molto inferiori, compresi tra l'1 e il 5% (con l'eccezione delle Marche, che raggiungono il 19% degli over75 non autosufficienti). Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

⁴ La popolazione over75 non autosufficiente è stata calcolata applicando le prevalenze della non autosufficienza per area geografica e fascia di età (75-84 e 85+) fornite da ISTAT (2021a), per dettagli si veda Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC.

Tabella 5.5 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2021**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.642	20.791	27,1%
PA di Trento	6.290	23.250	27,1%
Marche	11.383	59.613	19,1%
Veneto	40.908	219.697	18,6%
Lombardia	79.070	440.295	18,0%
Toscana	26.145	148.551	17,6%
Friuli-Venezia Giulia	10.062	63.346	15,9%
Liguria	13.099	92.152	14,2%
Piemonte	28.355	219.890	12,9%
Emilia-Romagna	22.918	218.022	10,5%
Valle d'Aosta	596	5.735	10,4%
Umbria	3.424	35.723	9,6%
Calabria	5.975	102.756	5,8%
Lazio	10.202	192.551	5,3%
Abruzzo	2.959	80.552	3,7%
Puglia	7.034	219.831	3,2%
Molise	463	19.652	2,4%
Sicilia	5.488	257.172	2,1%
Sardegna	1.322	97.825	1,4%
Basilicata	423	33.018	1,3%
Campania	2.383	252.061	0,9%
Italia	284.141	2.972.326	9,6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 5.4) è oggi il servizio pubblico più capillare. La Tabella 5.6 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. I casi in carico sono messi in relazione sia con la popolazione over65 non autosufficiente, ritenuta il target più coerente per questa misura, sia con la popolazione over65 generale, in linea con i target PNRR. Questi ultimi, infatti, definiscono l'esigenza di assistere il 10% della popolazione con più di 65 anni al domicilio entro il 2026. Questa rappresentazione permette dunque di apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

Dalla Tabella seguente si evince una forbice di ben 67 punti percentuali tra la regione che raggiunge oltre due terzi della popolazione over65 non autosuffi-

Tabella 5.6 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2021**

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Molise	76.120	25,8%	19.639	13.965	71%	18%
Veneto	1.142.745	23,7%	270.831	140.049	52%	12%
Toscana	952.609	26,8%	255.299	115.951	45%	12%
Emilia-Romagna	1.073.202	33,0%	354.157	112.642	32%	10%
Friuli-Venezia Giulia	319.340	21,7%	69.297	20.827	30%	7%
P.A. di Trento	121.842	24,1%	29.364	7.759	26%	6%
Lombardia	2.286.466	24,4%	557.898	146.498	26%	6%
Basilicata	131.267	33,0%	43.318	8.671	20%	7%
Abruzzo	316.711	32,7%	103.564	17.679	17%	6%
Liguria	436.284	21,7%	94.674	14.970	16%	3%
Sicilia	1.079.447	34,6%	373.489	55.392	15%	5%
Marche	381.162	32,3%	123.115	17.360	14%	5%
Lazio	1.293.472	26,9%	347.944	48.902	14%	4%
Umbria	227.477	30,3%	68.926	9.398	14%	4%
Piemonte	1.112.287	22,9%	254.714	34.567	14%	3%
Campania	1.118.545	34,0%	380.305	51.606	14%	5%
Puglia	909.396	32,8%	298.282	38.749	13%	4%
Sardegna	401.716	35,2%	141.404	12.023	9%	3%
Calabria	425.625	35,6%	151.523	10.724	7%	3%
P.A. di Bolzano	105.549	24,1%	25.437	1.106	4%	1%
Valle d'Aosta	30.269	24,0%	7.265	192	3%	1%
Italia	13.941.531	28,4%	3.959.395	879.030	22%	6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

ciente stimata, il Molise, e la Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano, che ne intercettano circa il 3%.

Il Molise risulta come *outlier*, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunta oltre un quarto del target (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento); segue un cospicuo numero di regioni che coprono tra il 10 e il 20% del fabbisogno (Basilicata, Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del dieci per cento dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La variabilità delle fonti nel tempo e l'eccezionalità dell'annualità oggetto di indagine, ancora pesantemente influenzata dalla pandemia, fanno sì che sia complesso interpretare le differenze territoriali. Vogliamo però

rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN e extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di considerare il settore socio-sanitario.

In conclusione, si riportano i tassi di copertura del bisogno tramite la rete sociale (Tabella 5.7) per il 2020. Coerentemente con l'anno di riferimento dei dati, gli utenti in carico sono rapportati alla stima della popolazione non auto-sufficiente per il 2020, pari a 3.935.982 individui⁵. La Tabella 5.7 illustra come i servizi residenziali di fatto raggiungano una quota prossima allo zero del bisogno, con maggiore presenza (per quanto limitata a 4,3% del bisogno) dei servizi semiresidenziali. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) garantisce una esigua copertura, pari al 3,4% del totale.

Tabella 5.7 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2020**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi sociali	Tasso di copertura servizi sociali
3.935.982	Residenziale	8.777	0,2%
	Semiresidenziale	169.883	4,3%
	Domiciliare (SAD)	133.817	3,4%

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR sulla partita domiciliare. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per l'intero settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

5.3 L'assistenza domiciliare per gli anziani in diversi Paesi Europei

Il dilemma del futuro del settore dell'assistenza agli anziani è spesso risolto invocando la necessità di maggiori investimenti (finanziari e di sviluppo) dei servizi forniti al domicilio, immaginati come in grado di estendere in modo efficace ed economico la platea dei beneficiari e di migliorare gli esiti dell'assistenza. In questo senso, a livello nazionale il tema è stato affrontato sia dal PNRR che nella Riforma Anziani (Legge Delega 33/2023). Sono stati definiti

⁵ Fonte: Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022, la modalità di calcolo è la medesima descritta precedentemente.

degli obiettivi e principi strategici volti sia a sostenere la diffusione dell'assistenza domiciliare (guardando principalmente ad ADI) ma anche a ripensarne le modalità di erogazione del servizio. Non si è ancora investito, però, su una riflessione che riguardi gli aspetti di fruizione e la filosofia del servizio, rimandando al futuro ogni considerazione rispetto ad una riprogettazione di come l'assistenza domiciliare venga oggi concepita e come questa si integri con altre forme di assistenza. Ci poniamo pertanto alcune domande: posto che alcune criticità sono riconosciute dal settore e dai policy maker, come ripensare l'assistenza domiciliare per gli anziani? Possiamo trarre alcuni insegnamenti da altri contesti che per caratteristiche o tradizione sono assimilabili a quello italiano? Quali obiettivi porsi rispetto al futuro del servizio? Si offre di seguito un approfondimento su quattro paesi europei, scelti con riferimento alle loro caratteristiche e ai modelli di assistenza domiciliare che appaiono di rilievo per il confronto con il nostro paese (secondo quanto descritto in un report pubblicato nel 2021 dalla Commissione Europea):

- ▶ Il Belgio è stato scelto per il modello di governance implementato, simile a quello italiano attualmente in vigore per il sistema socio-sanitario e per essere un sistema che ha un investimento sul settore Long Term Care superiore alla media europea;
- ▶ La Francia è stata scelta perché è uno dei pochi paesi europei che prevede una prestazione monetaria (l'APA, si veda i paragrafi dedicati) assimilabile all'Indennità di Accompagnamento italiano, pilastro del sistema di Long Term Care del nostro paese. Inoltre, il paradigma proposto, accentrato su standard nazionali, è allineato a quanto contenuto nel disegno di legge di Riforma Anziani.
- ▶ La Germania è stata scelta perché tra i modelli europei presenta un sistema incentivante verso l'assistenza domiciliare e ha investito nel tempo per creare le condizioni per una maggiore diffusione di questa, pur con un assetto di governance profondamente diverso da quello italiano.
- ▶ La Svizzera, ed in particolare l'approfondimento sul Canton Ticino, sono stati scelti per prossimità geografica e in considerazione del fatto che molti gestori e provider dei servizi operanti nel nord Italia sono attivi anche in Ticino, considerando i due mercati prossimi e in un continuum. È interessante quindi analizzare le scelte dei provider in questo contesto.

Sono stati costruiti quindi quattro casi studio, che nelle conclusioni verranno comparati con il caso italiano, realizzati attraverso un'analisi documentale basata su tre fonti: reportistica internazionale di matrice europea (documenti e report di diverse DG oltre che di Eurostat) o OECD; paper scientifici internazionali riferiti ai diversi paesi; materiale normativo, legislativo e informativo degli specifici paesi rinvenuti tramite website istituzionali.

I casi sono rappresentati tramite una griglia comparativa dei servizi, delle modalità di accesso e funzionamento, oltre che di inquadramento dei modelli di funzionamento e finanziamento generale. Gli elementi analizzati per ciascun caso sono stati dunque:

- ▶ Governance del servizio,
- ▶ Ammontare dell'investimento pubblico e modalità di finanziamento,
- ▶ Target potenziale specificato, potenziale bacino di utenza, target raggiunto anche in termini di numero di utenti in carico,
- ▶ Caratteristiche del servizio in termini di percorsi di accesso, intensità garantita, ruolo della tecnologia, professionisti coinvolti,
- ▶ Sistemi di monitoraggio e sistemi di controllo.

5.3.1 L'assistenza domiciliare in Belgio

Ispirato dal modello bismarckiano e basato sulla solidarietà tra cittadini, il sistema sanitario e sociosanitario belga si fonda su assicurazioni sociali obbligatorie (mutue) ed è articolato su due livelli: il governo federale e gli enti federati. Il governo federale stabilisce il quadro normativo dell'assistenza, ad esempio in riferimento alle assicurazioni sanitarie obbligatorie e le tariffe rimborsabili per i servizi e le prestazioni. In riferimento all'assistenza domiciliare, il governo federale finanzia, tramite le assicurazioni sanitarie obbligatorie, gli interventi puramente sanitari (infermieristici). I governi regionali (di Fiandre, Vallonia e Bruxelles) sono responsabili dell'organizzazione, implementazione e controllo dei servizi sanitari e sociosanitari. I governi regionali detengono infatti la competenza negli ambiti delle cure preventive, della salute mentale e dell'assistenza LTC. Nello specifico, i governi regionali sono responsabili dell'erogazione e coordinamento delle cure domiciliari e, assieme alle comunità linguistiche (fiamminga, francofona e germanofona), definiscono la normativa e il finanziamento per l'assistenza sociale domiciliare e per i contributi per la non autosufficienza. Infine, il livello comunale è responsabile del supporto sociale per le persone a basso reddito e, ove presenti, della gestione della quota di strutture sanitarie o sociosanitarie di loro proprietà (Gerkens & Merkur, 2020).

Secondo i dati Eurostat (2023), a fronte di una spesa sanitaria totale di 55,49 miliardi di euro nel 2021 (l'11% del PIL), la spesa per l'assistenza domiciliare LTC si attese a 5,00 miliardi (il 9% della spesa sanitaria). Questo valore è ripartito tra la spesa pubblica pari a 2,24 miliardi (il 44%), gli schemi assicurativi obbligatori pari a 2,32 miliardi (il 46%), le assicurazioni volontarie pari a 0,31 miliardi (il 6%) e la spesa *out-of-pocket* sostenuta dalle famiglie pari a 0,1 miliardi (il 3%).

Le risorse LTC così definite sono impiegate sia nella forma di servizi diretti (*in-kind*) che di supporto finanziario (*cash transfer*). Partendo dai servizi

in-kind, deve essere fatta una distinzione tra i servizi puramente sanitari, che includono visite domiciliari, assistenza infermieristica e riabilitazione, e gli interventi di supporto socioassistenziale («*community service*»), che includono interventi di supporto alle attività domestiche, la preparazione di pasti e la cura della persona (Gerkens & Merkur, 2020). I primi sono erogati nel rispetto della normativa federale e all'interno degli schemi assicurativi obbligatori. I secondi, invece, ricadono nella competenza degli enti federati e sono finanziati grazie a budget definiti dalle regioni e dalle comunità linguistiche e dalla compartecipazione dell'utenza (secondo la fascia di reddito). Da questa frammentarietà nasce l'esigenza di istituire o potenziare strutture locali di coordinamento degli interventi: nelle Fiandre VAZG, in Vallonia AViQ e *Dienststelle für ein selbstbestimmtes Leben* per la comunità germanofona, e a Bruxelles IRIScare e BRUSANO. Tali enti, di natura giuridica pubblica nei primi tre casi e di natura giuridica privata negli ultimi due, rappresentano il punto di contatto per i cittadini per la gestione ed erogazione delle prestazioni LTC.

Passando ai servizi *cash transfer*, le politiche relative ai contributi per la non autosufficienza sono differenti nelle tre regioni, sebbene ne condividano l'impostazione e i principi. In tutte e tre le regioni sono presenti contributi per permettere una libera organizzazione della cura e dell'assistenza al beneficiario o ai suoi caregiver (Commissione Europea, 2021). Tali contributi sono erogati dagli enti locali di coordinamento sulla base della condizione di dipendenza della persona anziana e della situazione reddituale del suo nucleo familiare.

Il target di riferimento per i servizi di assistenza domiciliare LTC sono sia persone anziane con limitazioni funzionali che persone con disabilità. Per quanto riguarda le persone anziane, nel 2019 erano stimate 479.900 persone non autosufficienti (Commissione Europea, 2021). Nel 2020, 111.485 persone over65 (il 5,0% del totale della popolazione over65, OECD) sono state assistite da servizi LTC al domicilio. I dati Eurostat segnalano che il 75,5% di persone over65 con gravi difficoltà ha dichiarato di aver ricevuto assistenza domiciliare (Eurostat, 2019).

L'attivazione di questi servizi è possibile accedendo ai centri di coordinamento del servizio integrato di assistenza domiciliare (SISD), centri gestiti o convenzionati con gli enti locali preposti al coordinamento degli interventi LTC sopra riportati. I centri di coordinamento dell'assistenza domiciliare si occupano della valutazione multidisciplinare, propongono i piani di intervento e coordinano i professionisti attivati grazie alla figura del *case manager*.

Rispetto alla valutazione del bisogno, all'interno del piano eHealth nazionale, è stato sviluppato il sistema BelRAI sul modello internazionale interRAI. BelRAI è uno strumento nazionale condiviso che propone scale standard di valutazione dei bisogni assistenziali per diversi target di utenza e *setting* assistenziali (Gerkens & Merkur, 2020), tra cui l'ambito LTC. Le scale proposte per LTC raccolgono informazioni sulle prestazioni funzionali, sulle capacità

cognitive, sulla salute mentale e sul benessere relazione della persona anziana, oltre alle informazioni cliniche.

Valutato il bisogno assistenziale, l'assistenza è erogata in équipe con medici di medicina generale, infermieri, personale sociosanitario, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi, assistenti sociali e assistenti familiari. Secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2016 gli infermieri che fornivano assistenza domiciliare erano 6.254 (FTE). Anche in Belgio il tema del personale del settore LTC è di particolare interesse. È da notare che dallo scoppio della pandemia di Covid-19 sono stati previsti aumenti salariali degli operatori del settore (+6% per gli operatori di struttura e +4,5% per gli operatori che lavorano in *setting* domiciliare, OECD 2023).

In sintesi, in Belgio il supporto domiciliare LTC è erogato tramite servizi *in-kind* sanitari (finanziati dalle assicurazioni obbligatorie secondo la normativa federale), *in-kind* socioassistenziali (finanziati secondo le normative regionali) e *cash transfer* (di competenza degli enti federati). La frammentarietà degli interventi è ricomposta dalla presenza di strutture di coordinamento locale e, più recentemente, dalla sperimentazione di una scala di valutazione del bisogno assistenziale unica.

5.3.2 L'assistenza domiciliare in Francia

L'assistenza domiciliare proposta in Francia per le persone anziane non autosufficienti è denominata attualmente SAAD (*services d'aide et d'accompagnement à domicile* ovvero servizio di supporto e accompagnamento al domicilio) e regolata da normative e regolamentazioni nazionali promosse dal governo centrale⁶ e dalla cassa nazionale per l'autonomia (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, CNSA). Il modello francese prevede infatti che la modalità di finanziamento di questi interventi sia misto, in parte di matrice fiscale (finanziamento dal livello nazionale tramite fonti afferenti alla fiscalità generale) e in parte di matrice assicurativo-contributiva, avendo introdotto un prelievo obbligatorio sui redditi personali destinato alle politiche per la non autosufficienza. Altri livelli di governo coinvolti sono quello dei Dipartimenti (paragonabili ai nostri enti intermedi provincia/regione), responsabili dell'allocazione a livello locale dei fondi ricevuti dal livello nazionale, della contrattualizzazione degli enti gestori (per la maggior parte privati e enti del terzo settore) e dei processi di accesso e presa in carico dei cittadini tramite le Agenzie Sanitarie Territoriali (anche dette ARS). I Comuni hanno responsabilità rispetto all'integrazione dei servizi SAAD con servizi di ma-

⁶ Esiste un sito apposito che illustra tutte le misure e gli interventi per le persone anziane: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>

trice sociale e intervengono a finanziare i servizi per i cittadini con limitate capacità di reddito.

Attualmente, il settore dell'assistenza domiciliare è oggetto di una importante riforma nazionale promossa a fine 2021 e parte della Legge di finanziamento del sistema sociale per il 2022⁷. Questa riforma punta ad una riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare, unificando le tre tipologie oggi esistenti (SAAD, servizi domiciliari per anziani non autosufficienti, SSIAD, servizi infermieristici a domicilio, e SPASAD, servizi polivalenti al domicilio) riconoscendo come i servizi attualmente «non rispondono ai bisogni delle persone anziane, sono frammentati, poco visibili, basati su meccanismi poco comprensibili per gli utilizzatori finali, connotati da scarsa coerenza e integrazione tra loro». La riforma prende avvio a seguito di una sperimentazione di un servizio unico ed integrato condotta in alcune regioni partita nel 2019 e conclusa a dicembre 2021 con indicatori molto positivi rispetto agli esiti per i cittadini⁸. La riforma si completa anche di una revisione del sistema di finanziamento che include:

- ▶ Passaggio da tariffa oraria a tariffa per pacchetto di servizio modulata secondo profili di bisogno degli utilizzatori;
- ▶ Definizione di una tariffa minima riconosciuta a livello nazionale (fissata in 22 euro ora);
- ▶ Definizione di un budget dedicato alle ARS locali per sostenere progetti di innovazione;
- ▶ Revisione dei contratti collettivi nazionali dei lavoratori del settore per adeguarli al costo della vita e alle nuove professionalità emergenti.

La riforma è in implementazione dal 30 giugno 2023, mentre si scrive è possibile quindi riassumerne i contenuti, ma non ancora le modalità applicative o, tanto meno, i risultati. Quello che ci aspetta, nei prossimi mesi, sono linee guida che riguardino l'uniformazione delle procedure di accesso per l'utente delle diverse forme di assistenza oggi esistenti in un unico processo di presa in carico, oltre che la modifica delle regole di accreditamento dei provider dei servizi, per allinearle alla nuova modalità assistenziale che supera la frammentazione tra servizi e propone una risposta univoca ed organizzata alle famiglie.

Guardando allo stato attuale delle cose, nel 2021 le risorse complessivamente allocate alla non autosufficienza degli anziani a livello nazionale tramite CNSA, altri fondi nazionali e risorse stanziare a livello locale, erano pari a 27,1 miliardi di euro (CNSA, 2023) dedicati a interventi a sostegno dell'autonomia.

⁷ LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

⁸ https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP_ETAPE_SPASAD%20INTGRES%20%282019%29.pdf

Di queste il 56% sono state spese per interventi a domicilio, il 44% per diverse forme di servizi e residenzialità. Oltre alle risorse dedicate agli interventi, nel 2022 sono stati investiti dal livello nazionale 240,5 milioni per la riqualificazione, ristrutturazione e innovazione dei servizi per anziani che ha visto l'approvazione di 180 progetti di miglioramento, oltre a 223,14 milioni di euro per l'innovazione dei servizi domiciliari (CNSA, 2023).

La modalità di allocazione della spesa per interventi domiciliari è connessa alle modalità di accesso ed erogazione dei servizi. I cittadini possono accedere ai servizi domiciliari finanziati dal sistema pubblico tramite una prestazione monetaria denominata APA (*allocation personnalisée d'autonomie*). La titolarità di questo assegno consente l'attivazione dei servizi domiciliari che può avvenire, a scelta del cittadino, tramite l'ingaggio di enti già contrattualizzati dai Dipartimenti (che vengono quindi automaticamente remunerati da questi ultimi tramite l'APA del cittadino), ingaggio di enti non contrattualizzati ma autorizzati (in questo caso il cittadino riceve dal Dipartimento APA e remunera l'ente gestore) o, in ultima istanza, tramite l'assunzione diretta di personale assistenziale. Oltre ad APA, possono essere utilizzate per finanziare l'assistenza domiciliare altre prestazioni monetarie, come ad esempio: ASPA (*allocation de solidarité aux personnes âgées*) e prestazioni sociali dei comuni. L'importo di APA dipende dal profilo del cittadino ed è modulato sia rispetto al profilo del bisogno (classificato secondo la scala AGGIR in quattro diversi livelli di intensità, si veda sotto), del suo reddito e del piano assistenziale definito. In ogni caso è previsto che l'importo garantito da APA non superi l'80% delle prestazioni ricevute in modo che tutti i cittadini affrontino una partecipazione minima pari al 20% del totale. A livello nazionale si stabilisce un valore massimo che APA non può superare per ognuno dei quattro profili, per il 2023 i valori mensili massimi (definiti plafond) sono: per il livello 1, 1.914,04 euro, per il livello 2, 1.547,93 euro, per il livello 3, 1.118,61 euro, per il livello 4, 746,54 euro (CNSA, 2023).

Le attività previste con SAAD e finanziabili tramite APA e altre prestazioni pubbliche sono attualmente quelle legate al supporto alla vita quotidiana (igiene personale, pulizia della casa, pasti, etc.), inclusi il trasporto della persona quando necessario, la consegna di pasti a domicilio e l'attivazione di servizi di telesoccorso e teleassistenza. È previsto il loro ampliamento in funzione della riforma 2023. Le prestazioni legate ad attività sanitarie (somministrazioni di farmaci, terapie, ecc.) sono invece attualmente gestite tramite altra prestazione (SSIAD) e in prospettiva integrate in SAAD.

Il target dell'intervento è quello delle persone over60 che presentano profili di non autonomia, classificati secondo la griglia AGGIR⁹ (Aguilova *et al.*,

⁹ AGGIR ovvero Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources. Si tratta di una scala che valuta il livello di autonomia strumentale con riferimento ad attività della vita quotidiana

2014). Guardando al totale dei beneficiari APA (che includono anche gli anziani che ricevono servizi diversi dall'assistenza domiciliare) nel 2021 questo è stato pari a 1,3 milioni di cittadini, pari al 7,2% della popolazione di 60 anni o più (18,1 milioni di persone complessivamente) (DREES, 2023, *Enquête Aide sociale*; INSEE, 2023, *Estimations de population*). Di questi 1,3 milioni la maggior parte ha ricevuto supporto al domicilio (790.000, il 60,7%, contro i 536.000 in struttura). Rispetto alle caratteristiche delle persone prese in carico la ripartizione tra i quattro livelli di gravità previste vede una prevalenza del livello GIR 4 (il meno grave) che riguarda il 58% delle persone a domicilio, seguito dal livello 3 (22%), 2 (18%) e 1(2%). La distribuzione è molto diversa (e ribaltata) per gli anziani percettori di APA per servizi domiciliari (14% GIR 1 e 43% GIR 2).

Il processo di accesso ai servizi domiciliari parte con la richiesta di APA che il singolo cittadino presenta al proprio Dipartimento. Il primo step vede l'apertura di una pratica amministrativa cui segue l'attivazione di una équipe multidisciplinare che si occupa delle valutazioni dei singoli. Queste vengono organizzate al domicilio della persona anziana con lo scopo di svolgere la valutazione del bisogno secondo la scala AGGIR adottata a livello nazionale, ma anche di svolgere una valutazione parallela riguardante l'organizzazione dell'abitazione (in modo da prevedere adattamenti o accorgimenti) e la gestione delle attività assistenziali da parte dei caregiver già presenti. Il contenuto e l'intensità delle prestazioni non è quindi predefinito ma viene definito in sede di valutazione, quando viene predisposto un piano di cura che definisce l'articolazione del servizio, l'entità della compartecipazione e il ruolo dei caregiver familiari. Tale piano viene poi sottoposto ad approvazione amministrativa del Dipartimento, che definisce l'importo conseguente di APA (valorizzando i servizi inseriti) e attiva il processo formale.

Il sistema francese propone quindi un modello che, avendo fissato dei parametri nazionali univoci e standardizzati, ha introdotto delle procedure e una filosofia del servizio unica per ogni territorio. Questo però lascia in ogni caso la flessibilità di definire pacchetti di cura e assistenza flessibili, progettati con e per il singolo cittadino, in una logica di pacchetti di presa in carico e non di singola prestazione, con significativi spazi di soggettività nel processo autorizzativo amministrativo. Il sistema riconosce i suoi limiti nella frammentazione delle diverse componenti dell'assistenza domiciliare e nella eterogeneità dei territori per presenza di gestori di pari livello qualitativo e disponibilità numerica. Se infatti a monte, si è lavorato per un sistema che garantisse pari accesso e possi-

considerando sia la funzionalità fisica che cognitiva della persona. Una valutazione con grado AGGIR 1 rappresenta una persona allettata con limitatissima autonomia, un grado AGGIR 6 rappresenta la piena autonomia. I gradi considerati per l'accesso alle prestazioni sono quelli dall'1 al 4.

bilità in tutti i contesti, la presenza e le caratteristiche dei provider determinano nei fatti le possibilità di accesso effettivo in ogni territorio.

5.3.3 L'assistenza domiciliare in Germania

Il settore LTC tedesco è fortemente decentralizzato. Si basa su un'assicurazione obbligatoria per la LTC, gestita da un sistema autonomo e distinto di mutue per la non autosufficienza, introdotta nel 1994, che si compone di una parte pubblica obbligatoria per la popolazione generale (*Statutory Health Insurance* – SHI) e una privata per le persone più facoltose, la cui sottoscrizione rende esenti dall'obbligo assicurativo per la LTC (*Substitutive Private Health Insurance* – PHI). L'assicurazione per la LTC è separata da quella sanitaria, pur ricalcandone lo schema logico e istituzionale. L'87% della popolazione è coperta obbligatoriamente via SHI, l'11% via PHI – cui possono o devono accedere persone oltre un certo livello di reddito, lavoratori autonomi e alcune categorie di dipendenti pubblici. Il rimanente 2% (es. militari) hanno programmi assicurativi ad hoc (Blümel *et al.*, 2020). La SHI è finanziata equamente tra datore di lavoro e lavoratore e dal 1° luglio 2023 sono entrate in vigore le nuove quote di contribuzione (Legge 155/2023), con un aumento di 0,6 punti percentuali rispetto al passato. Le nuove quote sono pari al 3,4% del reddito annuale lordo, che sale al 4% nel caso di persone senza figli. Al crescere del numero dei figli è prevista una riduzione del contributo. Nel caso della PHI, i premi sono graduati in relazione all'età al momento della sottoscrizione della polizza (e non al reddito), e il premio massimo è stabilito per legge. I servizi rimborsati da SHI e PHI sono sostanzialmente equiparati, ciò che cambia sono i massimali per il premio, la contribuzione massima e la co-assicurazione di familiari (Commissione Europea, 2017).

In termini di governance, il livello nazionale ha la competenza sulla definizione delle regole, proponendo e coordinando la legislazione sul settore; definendo beneficiari, livello dei contributi assicurativi, diritti e doveri di tutti gli attori inclusi nel sistema di LTC (Länder, mutue LTC, provider di servizi, utenti). La competenza è assegnata al Ministero della sanità (Bundesministerium für Gesundheit – BMG). I 16 länder devono garantire adeguate infrastrutture per l'erogazione di servizi di LTC. La maggior parte delle decisioni viene tuttavia concordata con le rappresentanze ufficiali dei professionisti e dei provider, definiti quali «*legitimized civil society organizations*» che si incontrano in Comitati Federali per concertare la legislazione nazionale. In questi comitati si procede con negoziazioni collettive tra mutue LTC e provider di servizi (o loro associazioni), che vengono monitorate dallo Stato. Questi accordi e contratti contengono principalmente informazioni circa i livelli di remunerazione, standard di qualità, tipologia e quantità di prestazioni da erogare. L'allocazione dei budget complessivi ai singoli provider è primariamente in capo alle associazioni dei provider stessi di servizi.

In questo quadro, la tipologia di interventi domiciliari possibili si divide in due casistiche, sempre legate al sistema assicurativo obbligatorio (SHI o PHI):

- ▶ Erogazione di un'indennità economica, senza attivazione di servizi. Tipicamente è scelta da chi può contare su forme di caregiving familiare. Nel 2019 risultava l'opzione più scelta da chi riceve LTC al domicilio (64% del totale, Destatis, 2023).
- ▶ Attivazione di servizi domiciliari professionali contrattualizzati con le mutue LTC. In questo caso il provider è pagato direttamente dall'assicurazione sociale con tariffe fisse legate al livello di assistenza assegnato all'utente (cfr. infra).

I criteri di accesso ai servizi di LTC, compresi quelli domiciliari, sono stati profondamente riformati tra il 2015 e il 2017 con i tre atti di Rafforzamento della Long-Term Care (Pflegerstärkungsgesetze I-III) che hanno portato a un aumento del bacino di beneficiari dovuto all'espansione da 3 a 5 livelli di assistenza, dando maggiore riconoscimento alla demenza e ai disturbi cognitivi (Blümel et al, 2020). Inoltre, sono state introdotte diverse misure per espandere l'ambito di intervento di LTC o aumentare la flessibilità tra diverse misure, quali benefit per i caregiver familiari (es. il diritto a ferie aggiuntive), misure per l'adeguamento della logistica domestica, l'espansione delle indennità economiche.

Oggi, l'accesso alle misure domiciliari (e, più complessivamente, di LTC) è mediato da una valutazione del bisogno multi-dimensionale che definisce il livello di autonomia degli individui, inteso come impedimenti o incapacità in sei ambiti, valutati dal Servizio Medico del SIH (*Medizinischer Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung – MDK*) o dal suo equivalente presente nel PIH, con i seguenti pesi: mobilità (10%); capacità cognitive e di comunicazione, comportamento e problemi psicologici (15%); livello di autosufficienza (40%); restrizioni di salute, stress correlato a terapie (20%); organizzazione della vita quotidiana e dei contatti sociali (15%). La valutazione attorno a queste 5 aree classifica i cittadini attorno altrettanti livelli di assistenza erogabili, che condizionano le tariffe riconosciute ai provider nel caso di erogazione di servizi professionali, oltre al livello dell'indennità economica. La valutazione si ripete ogni anno e la MDK ha il compito di garantire equità nel sistema e che le cure erogate siano appropriate rispetto ai bisogni dei cittadini (Lorenz-Dant, Fischer e Hämel, 2021).

La platea di persone che hanno potenzialmente bisogno di servizi di LTC stimata dall'Istituto di Statistica Tedesco (Destatis) per il 2019 (anno più recente disponibile) è pari a 4,1 milioni di persone, che comprende soggetti di tutte le età. Una pubblicazione recente (Fischer, 2022) afferma che l'80% delle prestazioni LTC sono erogate a persone con più di 65 anni.

Nel 2019 l'80,2% dei soggetti con bisogni di LTC era in carico a servizi, di cui:

- ▶ il 64% (2.116.451) ricevono unicamente l'indennità monetaria e sono curati da caregiver informali;
- ▶ il 30% (982.604) ricevono servizi professionali al domicilio.

La quota rimanente rientra in casistiche residuali, ossia persone che ricevono solo contributi statali (5%) e persone che frequentano i centri diurni (1%).

Poiché il pacchetto assistenziale è flessibile e segue il livello di assistenza assegnato al cittadino e il contratto di cura tra provider del servizio e mutua LTC, non è stato possibile ricostruire il livello medio dell'intensità assistenziale erogata e la tipologia di personale coinvolto. Per quanto riguarda l'indennità monetaria per sostenere la permanenza al domicilio con caregiver informale, il contributo cresce all'aumentare dei livelli di assistenza (Blümel *et al.*, 2020), oscillando per il 2020 tra i 316 e i 901 euro al mese. Inoltre, i caregiver di persone «*in need of care*» possono richiedere un assegno di massimo €125/mese, indipendentemente dal livello di gravità assistenziale attribuito al loro congiunto.

La gestione del personale nei servizi LTC tedeschi merita un approfondimento, poiché presenta problematiche molto simili all'attuale contesto italiano, con proposte di soluzioni che vedono protagonista il governo centrale, intervenuto a più riprese sul tema in anni recenti. Ad esempio, nel 2018 è stata lanciata un'azione inter-ministeriale con i provider di servizi che ha avuto come esito la promulgazione di una «Azione collettiva per i lavoratori di cura (*Konzertierte Aktion Pflege*)» che ha portato nel 2019 a promuovere diverse azioni legate a: formazione, gestione del personale, benessere sul luogo di lavoro e promozione della salute, approcci di cura innovativi e digitalizzazione, reclutamento di personale infermieristico dall'estero e remunerazione. Nel 2019 è stata inoltre emanata una legge per il miglioramento dei salari nella cura (*Pflegelöhneverbesserungsgesetz*) che ha portato a due risultati. In particolare, l'introduzione di salari minimi per lavoratori professionalizzati, mentre il salario minimo per l'assistenza infermieristica è stato aumentato e uniformato tra tutti i lander. Sempre nel 2019 sono stati chiusi accordi con i governi di Filippine, Messico e Kosovo per il reclutamento di professionisti da impiegare in servizi di LTC ed è stata creata l'Agenzia tedesca per i professionisti sanitari e della LTC (*Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*) per supportare i servizi di LTC nel reclutamento del personale. Nonostante questi sforzi, gli studi mappati ai fini di questo Capitolo ribadiscono che il problema di fondo sono i salari più bassi rispetto alla media sanitaria e la minore attrattività del settore, unita a una presenza diffusa di caregiver informali, come avviene in Italia (si veda a riguardo il 5° Rapporto OLTC).

Le risorse totali dedicate all'assistenza domiciliare per il 2020 (anno più recente disponibile) sono state pari a €44.344.000.000 (Eurostat, 2023), di cui il

79% provenienti dalle assicurazioni obbligatorie precedentemente citate. La quota rimanente attiene a fonti utilizzate per la copertura dei costi dei servizi non coperti dall'assicurazione, e si distribuisce tra un 4% di finanziamento pubblico riferito ai contributi comunali messi in campo per i soggetti più vulnerabili economicamente (Commissione Europea, 2021); un 5% di polizze volontarie, sottoscritte per coprire il delta tra costo del servizio e quanto riconosciuto dall'SHI (Blümel *et al.*, 2020) e un 13% di spesa out-of-pocket, ossia l'esborso diretto delle famiglie nella compartecipazione al servizio. Non è stato possibile ricostruire il dato circa la quota media di copertura dei costi di home care attraverso le mutue di LTC.

In sintesi, il settore domiciliare di LTC tedesco si fonda su un modello mutualistico, che prevede l'accesso agli interventi tramite valutazione di un Servizio Medico associato alla mutua di appartenenza. La valutazione si basa su 5 assi con diversi pesi; l'esito della ponderazione assegna a ogni persona un livello di assistenza da 1 a 5. Il livello di assistenza può tradursi in due tipologie di misure liberamente scelte dal paziente: erogazione di un'indennità monetaria, crescente al crescere del livello oppure attivazione di servizi professionalizzati. L'assicurazione copre solo parte del costo dei servizi professionalizzati, la quota rimanente può essere coperta via: assicurazione volontaria, solo per chi è sottoscrittore di SHI; compartecipazione out-of-pocket; intervento pubblico comunale per i soggetti che non sono in grado di sostenere i costi della compartecipazione. I servizi erogati sono regolati da contratti tra mutue LTC e provider di servizi, che definiscono le tariffe e i livelli di qualità del servizio da erogare. L'80% delle persone con bisogni di LTC risulta in carico a interventi domiciliari, con una prevalenza di soggetti che sceglie l'erogazione di un'indennità monetaria per farsi assistere da caregiver informali.

5.3.4 L'assistenza domiciliare in Svizzera e Canton Ticino

Il caso dell'assistenza domiciliare in Svizzera presenta alcune criticità dal punto di vista descrittivo. La Svizzera, infatti, si configura come una Repubblica Federale: è una federazione composta da 26 stati chiamati cantoni. Questi ultimi hanno pertanto una notevole autonomia, compresa quella in ambito di sistema sanitario e socio-sanitario e di organizzazione e finanziamento dei servizi per anziani. Tuttavia, per dimensioni e caratteristiche, sarebbe limitante comparare il caso di un singolo cantone con i casi di altri paesi europei oggetto del seguente studio. Per questo motivo, si è scelto laddove possibile di rappresentare alcune dimensioni (ad esempio, relative alle risorse impiegate) a livello di Stato Federale, mentre per illustrare meglio il funzionamento dei servizi domiciliari si è deciso di far riferimento al caso del Canton Ticino. La scelta del Ticino come area di approfondimento è legata non solo alla maggior vicinanza geografica e alla condivisione di alcuni elementi culturali con il nostro

paese (ad esempio, la lingua), ma anche perché il territorio del Canton Ticino è sempre più spesso oggetto di attenzione e di interesse per i provider italiani di servizi che intendono espandere il proprio portafoglio di attività.

Secondo i dati raccolti dall'OCSE, la Svizzera nel 2021 ha speso complessivamente per i servizi per la Long Term Care il 2,4% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Se si guarda nello specifico ai servizi domiciliari (non solo per gli anziani), la Svizzera nel 2021 ha speso 3.020,20 milioni di franchi svizzeri, pari a circa 3,118 Miliardi di Euro. Questa voce all'interno delle statistiche raccolte a livello di stato federale comprende non solo prestazioni erogate verso parte della popolazione non anziana, ma anche prestazioni di lunga durata o altre tipologie di servizi più assimilabili alle cure di tipo sanitario. La voce «aiuti al domicilio», più pertinente rispetto agli scopi del presente studio perché fa riferimento ai servizi domiciliari in senso stretto, era pari nel 2021 a 258,22 milioni di franchi svizzeri, pari a circa 266.654.420 €. In questa voce, inoltre, non è possibile distinguere tra risorse investite dai cantoni e risorse investite dai comuni, anche se l'istituto di statistica svizzero specifica che la comparabilità tra diversi cantoni sarebbe comunque difficile viste le diverse modalità di classificazione adottate da ciascuno.

Nel 2019 la popolazione svizzera complessiva era di 8,6 milioni di persone. Di queste, il 18,7% è rappresentato da over 65.

Per avere un'idea più precisa dei tassi del bacino potenziale di utenza (e, successivamente, della capacità di presa in carico) dei servizi domiciliari, è necessario fare un carotaggio a livello cantonale. Nel Canton Ticino, su una popolazione di over 65 residenti nel territorio pari a 78.899 (dati riferiti al 2017¹⁰), la quota di persone con difficoltà nello svolgimento di attività di base (ADL) e attività strumentali (IADL) era rispettivamente del 15,3% (pari a 12.368 persone) e del 45% (pari a 36.379 persone). Considerando entrambe le categorie di persone con limitazioni si arriva dunque a una popolazione di 48.747 individui con potenziali necessità di essere assistite al domicilio (o attraverso altra forma di servizio per over 65). Considerando che nel Canton Ticino i servizi domiciliari ¹¹secondo la normativa «sono destinati a chi temporaneamente oppure in modo duraturo necessita di cure e sostegno in seguito a eventi quali la maternità, la malattia o l'infortunio oppure a causa di difficoltà dovute a disabilità o vecchiaia», la platea potenziale è piuttosto ampia. Soprattutto perché non vengono identificati criteri puntuali per l'accesso al servizio che, di conseguen-

¹⁰ <https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=temi.tema&proId=32&p1=33> ma anche <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/statistica-regioni/ritratti-regionali-cifre-chiave/cantoni/ticino.html>

¹¹ <https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/familiari-curanti/prestazioni-e-servizi-per-persone-che-necessitano-di-assistenza/assistenza-cura-e-sorveglianza-a-domicilio/servizi-di-assistenza-e-cura-a-domicilio-sacd> ma anche <https://www2.supsi.ch/cms/ispas/gli-studi/cura-dellanziano/aiuti-a-domicilio/> e <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>

za, è rivolto a molte categorie tra cui, a titolo esemplificativo, si citano: persone anziane dipendenti, persone in fin di vita che necessitano di cure palliative, persone con malattie degenerative, persone con disabilità fisiche o mentali, ma anche donne in gravidanza a rischio, famiglie che necessitano di assistenza per la cura dei bambini o di altri familiari. Per poter stimare, dunque, la capacità di presa in carico del sistema a livello cantonale, si è scelto di partire dai dati sull'utenza in carico over65 (per restringere il campo ai soli anziani), per poi riportare questo dato alla stima di persone con potenziale necessità di essere assistite al domicilio (48.747, come definito nel paragrafo precedente).

In particolare, il numero di utenti over 65 in carico ai servizi al domicilio era di 3.113 persone (nell'intera Svizzera i servizi domiciliari raggiungono complessivamente 96.980 persone over 65¹²). Per quanto riguarda il Canton Ticino, il tasso di copertura calcolato in relazione al bacino di utenza potenziale è del 6,38%.

Utilizzando il numero di ore erogate (e fatturate) nell'ultimo anno a disposizione (2021) è possibile invece stimare l'intensità assistenziale offerta. Complessivamente, per gli over 65 sono state fatturate 226.211 ore di assistenza, pari a un'intensità assistenziale di 73h all'anno per utente anziano.

Nello specifico, i servizi di assistenza e cura a domicilio nel Canton Ticino sono definiti dalla Legge cantonale sull'assistenza e cura a domicilio (LACD del 16 dicembre 1997). Essa prevede che i servizi di questo tipo forniscano prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenerlo. Si tratta di una definizione in ogni caso ampia, perché comprende diverse tipologie di intervento, sia di carattere sanitario, sia di carattere socioassistenziale: cure medico-terapeutiche, cure di base, aiuti di economia domestica, consulenza igienica, sanitaria e sociale, informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio, educazione e prevenzione sanitaria. Ciascun cantone, dunque, decide in autonomia in merito all'organizzazione e al finanziamento del servizio, spesso prevedendo una distribuzione di competenze tra livello centrale (cantonale) e comuni. Nel caso del Canton Ticino, il livello cantonale è in particolar modo responsabile della pianificazione che viene svolta periodicamente sulla base dell'analisi dei bisogni del territorio e approvata dal Gran Consiglio su proposta del Consiglio di Stato. Il cantone, attraverso il Dipartimento della sanità e della socialità, è anche responsabile della verifica dell'applicazione di quanto pianificato, nonché del rispetto degli standard di servizio e di personale predefiniti.

I comuni, invece, partecipano alla pianificazione (vengono sentiti e coinvolti dal Consiglio di Stato) e successivamente sono chiamati a garantire l'offerta di prestazioni stabilita nel proprio comprensorio, avendo inoltre la facoltà di

¹² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html>

definire progetti specifici o supplementari. I comuni partecipano inoltre alla copertura del fabbisogno finanziario degli enti erogatori dei servizi domiciliari veri e propri, dei servizi complementari (definiti «di appoggio») e dei costi degli aiuti diretti (contributi economici) nei limiti previsti dalla legge.

Per quanto riguarda, infine, l'erogazione del servizio, esistono i SACD e i provider privati. Sono considerati Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) le organizzazioni e gli operatori che offrono prestazioni di assistenza e cura a domicilio; sul territorio ticinese esistono 6 SACD riconosciuti dal Canton Ticino e si caratterizzano per essere gestiti da associazioni di diritto privato senza scopo di lucro e sono finanziati per le prestazioni che erogano tramite un contratto di prestazione. Accanto ai 6 SACD esistono inoltre diversi servizi di assistenza e cura a domicilio privati.

Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate sulla base di una prescrizione medica e i servizi offerti comprendono:

- ▶ valutazione dei bisogni, consigli mirati e coordinamento dei provvedimenti in base alle esigenze;
- ▶ informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- ▶ consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- ▶ educazione e prevenzione sanitaria;
- ▶ cure medico-terapeutiche (medicazioni, somministrazione della terapia, prelievi per esami di laboratorio, misurazione dei parametri vitali, ecc.);
- ▶ cure di base (aiuto per vestirsi, svestirsi e alzarsi, igiene personale, ecc.);
- ▶ aiuti di economia domestica (pulire, stirare, ecc.).

Le cure medico-terapeutiche e le cure di base sono coperte dall'assicurazione malattia di base. Le altre prestazioni sono fatturate direttamente all'utente in funzione del suo reddito, secondo il tariffario stabilito dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD). Queste possono essere in parte coperte da assicurazioni complementari private.

Da un punto di vista organizzativo, il servizio è erogato dalle unità operative dei SACD. Ogni unità operativa è costituita da un'équipe polivalente composta almeno da un operatore o operatrice appartenente ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- ▶ infermiere/a;
- ▶ operatore sociosanitario o aiuto familiare;
- ▶ ausiliario/a dell'assistenza a domicilio.

Ogni unità operativa è poi diretta da un/a capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori avvengano in modo coordinato e razionale.

La Tabella 5.8 riassume le principali caratteristiche dell'assistenza domici-

Tabella 5.8 L'assistenza domiciliare in 5 paesi: una visione comparata*

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Swizzera (Canton Ticino)
Governance del servizio	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (definizione del quadro normativo per gli interventi sanitari) – Livello regionale (definizione degli interventi socio-sanitari, implementazione degli interventi sanitari e coordinamento tra politiche) – Livello comunale (implementazione degli interventi sociali) – Provider profit, non profit e non profit con partecipazione pubblica (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello regionale (definisce entità del finanziamento, modalità di utilizzo e assegnazione, caratteristiche dei servizi, regole di ingaggio) – Aziende sanitarie (autorizzazione, accreditalimento e contrattualizzazione dei provider) – Provider pubblici, profit e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (tramite CNSA (definizione dei criteri di accesso, delle politiche dei servizi e dei livelli di finanziamento)) – Livello Dipartimentale (implementazione delle politiche, finanziamento aggiuntivo, accesso ai servizi) – Livello comunale (integrazione con politiche sociali) – Provider profit e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello nazionale (definizione dei criteri di accesso e dei livelli di contribuzione obbligatoria per l'assicurazione LTC) – Livello l�nder (assicurano adeguate infrastrutture per l'erogazione dei servizi) – Comitati federali (partecipati da assicurazioni e provider di servizi, definiscono i livelli di remunerazione, standard di qualit� e tipologia di prestazioni erogate) – Assicurazioni (richiesta di accesso e valutazione annuale del bisogno) – Provider privati e non profit (erogazione del servizio) 	<ul style="list-style-type: none"> – Livello cantonale (pianificazione e verifica) – Livello comunale (garanzia erogazione servizio e finanziamento) – Provider non profit con partecipazione pubblica + privati profit (erogazione del servizio)
Meccanismi presa in carico e organizzazione servizio	<ul style="list-style-type: none"> – Accesso presso i centri di coordinamento del servizio integrato di assistenza domiciliare – Successiva valutazione del bisogno da parte di personale sanitario (in alcuni casi commissione dell'assicurazione) e sociale – Approvazione di un piano di assistenza che pu� prevedere l'erogazione di interventi sanitari, socioassistenziali e cash transfer – Coordinamento degli interventi assistenziali da parte di un case manager 	<ul style="list-style-type: none"> – Processo differenziato tra regioni. Generalmente ADI "semplice": Accesso prescritto dal medico di medicina generale o specialista ospedaliero dopo un ricovero – Approvazione di un piano di assistenza che pu� prevedere ADI "complessa": Accesso valutato da commissione di valutazione con équipe multidisciplinare – Redazione di un piano assistenziale con pacchetto di prestazioni 	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione del processo di richiesta di indennit� monetaria (APA) – Successiva attivazione della valutazione del bisogno al domicilio – Approvazione di un piano di cura con relativo budget di cura abbinato all'erogazione di APA – scelta libera del provider da parte del cittadino 	<ul style="list-style-type: none"> – Richiesta di accesso a interventi di LTC alla propria assicurazione – Valutazione del bisogno a cura di una commissione medica dell'assicurazione e assegnazione di un livello di assistenza da 1 a 5 – Libera scelta del cittadino tra indennit� monetaria o pacchetto di servizi, entrambi funzione del livello di assistenza assegnato. Libera scelta dei provider, tra quelli contrattualizzati dall'assicurazione. – Ri-valutazione annuale del bisogno a cura della commissione medica dell'assicurazione 	<ul style="list-style-type: none"> – Necessaria prescrizione medica – Offerto un ampio portafoglio di attivit� (dalla prestazione sanitaria a quella sociale, passando per il <i>counselling</i>) – Il servizio � erogato dalle unit� operative (composte da équipe polivalenti e guidate da un/a capo/a équipe)

Tabella 5.8 (segue)

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Swizzera (Canton Ticino)
Risorse impiegate per assistenza domiciliare LTC, valori e composizione.	Le risorse (pubbliche, private, da assicurazioni) dedicate all'assistenza domiciliare LTC nel 2021 sono state pari a 5,0 miliardi di euro.	Le risorse dedicate all'assistenza domiciliare per over65 nel 2022 sono state pari a € 4.772.884.000.	Per i servizi domiciliari stanziati complessivamente nel 2022 15,1 miliardi di euro (56% del totale investito su LTC, l'80% circa sono over65), non autosufficienza anziani).	Le risorse dedicate all'assistenza domiciliare nel 2020 sono state pari a €44.344.000.000 (riferito a tutti i target di LTC, l'80% circa sono over65).	Per i servizi domiciliari definiti "aiuti al domicilio" nel 2021: 258,22 milioni di franchi svizzeri (pari a circa 266.654.420 €).
Fonte: Eurostat, 2023	Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2023	Fonte: CNSA, 2023	Fonte: Eurostat, 2023	Fonte: Ufficio Federale di Statistica Svizzera	Fonte: Ufficio Federale di Statistica Svizzera
Risorse sanitarie impiegate per assistenza domiciliare LTC, valori e composizione.	Totale: € 4.999.330.000 Intervento pubblico: 44% Assicuraz. obbligatorie: 46% Assicuraz. volontarie: 6% Spesa privata: 3%	Totale: € 3.184.000.000 Intervento pubblico: 96% Assicuraz. obbligatorie: 0% Assicuraz. volontarie: 1% Spesa privata: 3%	Totale: € 8.892.200.000 Intervento pubblico: 42% Assicuraz. obbligatorie: 51% Assicuraz. volontarie: 1% Spesa privata: 6%	Totale: € 44.344.000.000 Intervento pubblico: 4% Assicuraz. obbligatorie: 78% Assicuraz. volontarie: 5% Spesa privata: 13%	Totale*: € 2.830.320.000 Intervento pubblico: 21% Assicuraz. obbligatorie: 56% Assicuraz. volontarie: 2% Spesa privata: 21%
Fonte: Eurostat, anno più recente disponibile	(Anno 2021)	(Anno 2021)	(Anno 2020)	(Anno 2021)	(Anno 2021) *Svizzera
Risorse sanitarie per assistenza domiciliare LTC, % PIL.	0,99% del PIL (Anno 2021)	0,18% del PIL (Anno 2021)	0,39% del PIL (Anno 2020)	1,23% del PIL (Anno 2021)	0,42% del PIL (Anno 2021)
Elaborazione degli autori su dati Eurostat, più anni					

	Belgio	Italia	Francia	Germania	Svizzera (Canton Ticino)
Bacino di utenza (anno più recente disponibile)	Circa 480.000 cittadini over65 non autosufficienti nel 2019.	3,9 milioni di cittadini over65 non autosufficienti nel 2021.	18,1 milioni di cittadini over60. Di questi il 7,2% è stato nel 2021 beneficiario della prestazione APA (1,3 milioni di over60)	Nel 2019, 4,1 milioni di persone con bisogni di LTC, si stima che l'80% abbia più di 65 anni.	Nel 2017 (ultimo anno disponibile), 48.747 individui con potenziali necessità di essere assistite al domicilio (calcolate come over 65 con difficoltà nello svolgimento di ADL o iADL).
Capacità di presa in carico del sistema (anno più recente disponibile)	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 111.485 persone over65 assistite con servizi al domicilio LTC (il 75,5% degli over65 con gravi difficoltà, Eurostat) - Non sono presenti dati sull'intensità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 52,1% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Nel 2021 il 22% di over65 non autosufficienti in carico a ADI, mentre - Intensità assistenziale: 16/h medie per caso assistito 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 64,2% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Considerando i 790.000 utilizzatori di APA al domicilio e la popolazione anziana di riferimento (18,1 min) i beneficiari corrispondono al 4,36% del totale. - Non sono disponibili dati sulle ore erogate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2019 il 56,1% degli over65 con gravi difficoltà è assistito con servizi al domicilio LTC (Eurostat). - Tasso di copertura: 80,2%, di cui il 64% con indennità monetaria; il 30% con servizi professionali. - Non sono disponibili dati sulle ore erogate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di copertura: 6,38% - Intensità assistenziale: 73h / anno per utente over65

* Per Italia si sceglie di inserire i dettagli riferiti ad Assistenza Domiciliare Integrata ADI.

liare nei paesi oggetto d'indagine: Belgio, Italia, Francia, Germania e Svizzera (Canton Ticino).

5.4 Conclusioni per il futuro dei servizi (domiciliari e non)

I quattro casi presentati, forniscono alcuni spunti di riflessione per l'evoluzione dei servizi per anziani in Italia che possono essere riassunti intorno a quattro grandi temi: la governance complessiva del sistema, il livello di spesa pubblica e le modalità di finanziamento dei servizi, le caratteristiche dei servizi stessi e le modalità di accesso e di presa in carico.

Rispetto alla governance del sistema, tutti i casi analizzati condividono un doppio livello di responsabilità, articolata sul livello nazionale e sul livello intermedio (Regioni, Dipartimenti, Länder, Cantoni). Sebbene sia diverso il livello di autonomia e il contenuto delle decisioni assegnate ad ogni livello, i quattro casi condividono il fatto che le regole fondamentali siano state definite a livello centrale, lasciando al livello intermedio la gestione del sistema e dei servizi. Tra questi, certamente Francia e Germania sono più spinti nell'aver definito a livello nazionale entità del finanziamento, criteri di accesso, standard dei servizi, mentre Belgio e Svizzera, lasciano maggior grado di autonomia seppur fissando paletti e obiettivi. Il sistema italiano oggi, sia per quello che riguarda l'assistenza domiciliare che l'assistenza agli anziani più in generale, sposta molto più spazio decisionale e gestionale sul livello intermedio: sono le regioni infatti a definire entità del finanziamento (e modalità di utilizzo e assegnazione), caratteristiche dei servizi, regole di ingaggio ecc... senza avere un quadro nazionale chiaro e definito. In prospettiva, invece, la riforma e gli obiettivi PNRR dovrebbero introdurre un maggior coordinamento a livello nazionale (con gli obiettivi univoci fissati da PNRR – sebbene a tempo determinato – e con un modello di governance più accentrato come proposto dalla Riforma). In prospettiva, la strada italiana sembra quella francese, con criteri di accesso, processi codificati, caratteristiche dei servizi (in termini di standard minimi) definiti in modo univoco a livello nazionale. Certamente dal confronto proposto, il modello francese è quello che sulla carta presenta una maggior uniformità rispetto alle garanzie offerte ai cittadini, questo accade però in virtù di un forte investimento a livello di Dipartimenti (ad esempio rispetto all'allocazione delle risorse anche per investimenti e progetti innovativi e rispetto alla codifica dei processi di presa in carico gestiti dal livello intermedio con un forte raccordo tra verifiche amministrative e di progettazione dei servizi e dei budget di cura). Il caso francese ci ricorda quindi come non sia sufficiente definire regole univoche e delegare l'implementazione ai livelli più vicini al cittadino, ma che piuttosto serva un presidio forte e coerente per tutti i livelli. Rispetto al futuro della governance del sistema italiano, questi elementi rischiano di essere

sottovalutati, considerando che il sistema oggi è profondamente eterogeneo e sedimentato su modelli regionali che differiscono non tanto per l'allocazione delle responsabilità (che invece è simile tra regioni) quanto piuttosto per le modalità di gestione e per la visione strategica promossa, invece ben presidiata e coordinata nel modello francese. Il modello italiano assomiglia attualmente di più a quello svizzero, che ugualmente vede una eterogeneità spinta tra Cantoni per quello che riguarda lo sviluppo del sistema.

Rispetto alla spesa pubblica e al modello di finanziamento implementato, l'Italia risulta essere il Paese che tra questi ha il più basso livello di spesa pubblica per assistenza domiciliare e per LTC in generale. Questo è un primo elemento che, ancora prima del modello assicurativo o da fiscalità generale, deve essere considerato come dato di partenza. Superando il confronto rispetto al finanziamento complessivo del sistema e guardando alle modalità di finanziamento dei servizi emergono due elementi di confronto tra modelli. Un primo elemento riguarda la definizione del costo (o remunerazione delle prestazioni), con Francia e Belgio che hanno definito dei valori univoci a livello nazionale (minimi o di riferimento in alcuni casi), con Svizzera e Germania (ma anche Italia) che invece lasciano alla contrattazione con i provider o al livello locale la definizione dei valori riconosciuti per la singola prestazione. L'altro elemento riguarda la decisione circa la compartecipazione che per Francia e Germania, similmente alle tariffe riconosciute, è un parametro su cui sono date indicazioni a livello nazionale e che viene considerato nel totale del budget di cura allocato al singolo cittadino. Negli altri casi, la compartecipazione è invece un elemento definito a livello locale, che non necessariamente viene considerato nella definizione delle risorse allocate. Gli stessi due paesi (Francia e Germania) prevedono che le prestazioni monetarie (l'equivalente della nostra Indennità di Accompagnamento, con alcune differenziazioni) siano utilizzabili per l'accesso diretto ai servizi o in ogni caso considerate nella definizione del budget di cura a disposizione. Proprio quest'ultimo aspetto differenzia ulteriormente i Paesi: ancora una volta Francia e Germania partono dalla definizione di pacchetti assistenziali, rispetto ai quali definiscono poi le fonti di finanziamento, pubbliche o private. Oggi, invece, il sistema italiano è più simile a quello belga o svizzero, che propone prestazioni in funzione del budget disponibile e non viceversa. Il sistema italiano dovrebbe spostarsi verso il modello del budget di cura (o per lo meno così esplicita la riforma in discussione). Il modo in cui questo è reso possibile nei Paesi oggetto di studio fa comunque riferimento alle condizioni preliminari già discusse (omogeneità, concordanza di visione tra livelli di governo, percorsi di accesso omogenei etc.) che risultano essere elementi indispensabili per poter implementare il budget di cura. I sistemi con una spesa maggiore allocano poi una parte significativa del finanziamento annuale al finanziamento dell'innovazione dei servizi, al supporto dei provider rispetto ai costi crescenti e ad una valorizzazione del costo del personale

(tramite un sostegno alla definizione dei livelli retributivi). Tutto questo non accade attualmente in Italia, in cui la necessità di investimento e di sostenere costi maggiori (anche del personale) viene scaricata a valle sui provider di fatto impedendo qualsiasi aggiustamento e avanzamento del sistema.

Rispetto alle specificità dell'assistenza domiciliare è interessante notare come tutti i Paesi analizzati partano dall'esistenza di diverse tipologie di assistenza domiciliare (per finalità) e abbiano già proceduto o stiano procedendo ad una integrazione e riqualificazione dell'assistenza a casa come presa in carico unica. Di fatto in Italia questo accade implicitamente, quando il legislatore privilegia ADI non incentivando altre forme di assistenza al domicilio sebbene esistenti (ad esempio SAD) o esplicitamente, quando nella riforma in discussione si parla di nuove forme di assistenza integrata. La tendenza quindi a ricomporre e soprattutto coordinare gli interventi è confermata a livello europeo. Rispetto al contenuto delle prestazioni, alcuni Paesi (Germania e Belgio) considerano tra i destinatari dell'assistenza a casa anche i caregiver, individuando riconoscimenti o servizi loro dedicati. Le singole componenti dell'assistenza erogata differiscono da Paese a Paese, passando da un elenco molto vasto e flessibile (come per Francia e Germania che includono ad esempio anche l'aspetto dell'adattamento domestico) a elenchi di natura più prestazionale come per Svizzera, Belgio e Italia. Tutti i casi analizzati centrano in ogni caso la progettazione dell'assistenza su un piano di cura che ha caratteri sostanziali di decisione rispetto a cosa offrire. Il caso italiano vede invece l'elaborazione del piano di cura come un documento più formale o quasi di ratifica delle ore concesse, e non integra in nessun modo interventi privati o di altra tipologia. Solo Svizzera e Italia mantengono inoltre un servizio di assistenza domiciliare pensato per la popolazione in senso generico, mentre gli altri tre Paesi prevedono mission, regole e provider specifici per il solo target anziani. Dalla nostra analisi emerge come attualmente la tecnologia non sia una leva utilizzata in nessuno dei casi trattati, confermando come in ambito non autosufficienza la digitalizzazione sia più lenta che in altri comparti.

Rispetto ai percorsi di accesso per i cittadini è necessario osservare lo sforzo di uniformità promosso da Francia, Germania e Belgio per arrivare a scale e procedure di valutazione condivise e univoche. Questo ha permesso di spostare il baricentro della valutazione da una verifica di compliance di requisiti ad una vera e propria valutazione del bisogno. Non a caso, queste sono gestite da équipes multiprofessionali (antitetiche rispetto alle commissioni di valutazione attive nel sistema italiano) che disgiungono il «giudizio» rispetto ai bisogni assistenziali da quello sull'assegnazione delle risorse, di fatto separando il processo di autorizzazione. In tutti e quattro i casi (inclusa Svizzera) rimane attivo poi un soggetto care manager collegato all'ente pubblico titolare della valutazione e dell'assegnazione delle risorse e non del gestore dei servizi (come nel

caso italiano). Questo consente di mantenere un presidio sulle risorse impiegate ma anche sulla qualità e sull'appropriatezza dei servizi attivati, lasciando la responsabilità al soggetto pubblico di farsi promotore di rivalutazioni o di modifiche.

Nell'insieme i quattro casi ci dicono alcune cose rispetto al sistema italiano, da considerare rispetto a interventi e revisioni del modello di assistenza agli anziani:

- ▶ in presenza di più livelli di governo e volendo valorizzare il ruolo del livello centrale serve un allineamento di visioni, ma anche di strumenti operativi che possano allineare gli obiettivi e rendere i sistemi più equi seppur nella valorizzazione delle differenze territoriali;
- ▶ il ruolo della valutazione è molto efficace, se è centrata sulla valutazione dei bisogni, piuttosto che sulla verifica dei requisiti per l'accesso alle risorse pubbliche;
- ▶ questo consente la definizione di budget di cura che includono sia la spesa pubblica che privata: solo così è possibile prendere in carico un maggior numero di bisogni e di casi e di proporre soluzioni flessibili e personalizzate (al contrario, la remunerazione di singole prestazioni conduce alla situazione opposta: meno casi, minore flessibilità);
- ▶ alcune priorità (investimenti e valorizzazione del personale) se non scaricate nella loro risoluzione al livello dei gestori dei servizi, producono soluzioni diffuse di cui beneficia tutto il sistema;
- ▶ l'assistenza al domicilio deve e può essere frutto di una progettazione sul singolo caso che include la sua rete, la sua casa e le risorse attivabili e non un insieme di prestazioni disgiunte.

In una fase in cui si discute di come potenziare l'assistenza domiciliare e ripensare il sistema, questi elementi devono essere considerati per promuovere un cambiamento positivo, sostenibile e duraturo nel tempo.

5.5 Bibliografia

- Aguilova L, Sauzéon H, Balland É, Consel C, N’Kaoua B. (2014), *Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie [AGGIR scale: a contribution to specifying the needs of disabled elders]*, *Revue Neurologique*, 170(3), pp.216-21.
- Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A., Busse R. (2020). *Germany: Health system review. Health Systems in Transition*, 2020; 22(6): pp.i-273.
- CNSA (2023). *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*, 2023.
- Commissione Europea (2017). *Peer Review on «Germany's latest reforms of*

- the long-term care system». Host Country Discussion Paper – Germany.*
Disponibile a questo link.
- Commissione Europea (2021). *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles, Volume II.*
Disponibile a questo link.
- Destatis (2023). *People in need of long-term care.* Disponibile a questo link.
- Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes.* Disponibile a questo link.
- Eurostat. *Self-reported use of home care services by people with severe difficulty in personal care activities by sex and age.* Disponibile a questo link.
- Fischer, T. (2023). «Home care in Germany during the COVID-19 pandemic: A neglected population?», *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), pp.215-225.
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (2022), *Il presente e il futuro del settore. Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care.* Milano, Egea.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», in CER-GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Gerkens S. e Merkur S. (2020). «Belgium: Health system review», *Health Systems in Transition*, 22(5).
- Istat (2023). *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2020.* Disponibile a questo link.
- Istat (2021). *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019.* Disponibile a questo link.
- Istat, (più anni). *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2020; Anno 2019; Anno 2018.*
- Legge 155/2023, Governo federale tedesco. *Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Legge per il sostegno e il sollievo nella cura Atto di assistenza e soccorso – PUEG).* Disponibile (in tedesco) a questo link.
- Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010.
- Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio del 22 agosto 2012.
- Longo F., Manfredi S., Meda F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2022). «Il posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane: un'analisi comparata», in CER GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022.* Milano, Egea.
- Lorenz-Dant K., Fischer T. and Hämel K., «COVID-19 and the Long-Term Care system in Germany», in Comas-Herrera A., Marczak J., Byrd W., Lorenz-Dant K., Pharoah D. (a cura di) (2021), *LTCcovid International Living report on COVID-19 and Long-Term Care.* LTCcovid, Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science.

- Ministero della Salute, (più anni), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*.
- OECD (2023). *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, Paris, OECD Publishing. Disponibile a questo link.
- Pani-Harreman K. E., Bours G. J., Zander I., Kempen G. I., e van Duren J. M. (2021), *Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': a scoping review*, *Ageing & Society*, 41(9), pp. 2026-2059.

