

5 L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e nuovo percorso di valutazione unica del bisogno

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

5.1 Introduzione

Il settore socio-italiano italiano sta attraversando una stagione di rinnovata centralità nel dibattito pubblico, spinto dalla c.d. Riforma Anziani (L. 22/2023), che per la prima volta introduce un tentativo di inquadramento unitario e organico della disciplina della non autosufficienza della popolazione anziana. Attualmente siamo nel vivo dei lavori per la definizione dei contenuti di alcuni Decreti che devono dare attuazione operativa alle indicazioni fornite dalla Legge, incluso un ripensamento delle modalità di accesso ai servizi di Long-Term Care (LTC) per promuovere un sistema più uniforme ed equo. All'interno di questa cornice, il presente Capitolo intende offrire un duplice contributo.

In primo luogo, aggiornare la consueta fotografia del fabbisogno di servizi, della capacità di presa in carico della rete di welfare pubblico e delle dinamiche di spesa per LTC. Questo esercizio, che continua a scontrarsi con fonti dati sistematicamente dattate e frammentate, fornisce una cognizione chiara di ciò che il sistema per come è configurato offre, ma soprattutto non offre, per rispondere ai bisogni indotti dalla non autosufficienza. Qualsiasi intervento di ripensamento del settore LTC non può prescindere da questa consapevolezza. La fotografia di quest'anno, inoltre, conferma un quadro preoccupante già intravisto nelle ultime due edizioni del Rapporto: se, da un lato, aumenta significativamente la quota di persone anziane beneficiarie di interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) su impulso dei target del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dall'altro lato questo avviene a discapito

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

delle ore medie di assistenza erogate per caso anziano (14 nel 2023). Il PNRR sembra quindi essere stata un'occasione persa per ripensare il ruolo pur fondamentale dell'assistenza al domicilio, orientando il sistema unicamente sulla quantità di casi in carico, in luogo ad una riflessione sulla qualità e tipologia dell'assistenza erogata.

Il secondo obiettivo è di offrire una panoramica dei percorsi di accesso ai servizi di LTC in tre Regioni italiane rappresentative di sistemi differenti (Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Toscana), per comprendere in che modo si stanno attrezzando per recepire le indicazioni nazionali e promuovere maggiore uniformità e coordinamento tra servizi, aziende e professionisti. A tal fine, si propone un'analisi comparata lungo un framework in grado di offrire una riconoscizione circa i punti di forza su cui sistemi possono fare leva, e gli elementi di attenzione su cui continuare a investire per migliorare le capacità di governo unitario dell'accesso ai servizi.

La struttura del capitolo segue gli obiettivi precedentemente descritti: il paragrafo 5.2 aggiorna la fotografia del settore LTC; il 5.3 propone l'analisi dei tre casi studio regionali; il 5.4 presenta le conclusioni del lavoro, proponendo alcune riflessioni sulle prospettive del settore.

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 sia beneficiario di più interventi. Per limitare questo inconveniente sono quindi approfonditi unicamente i servizi reali (anche detti *in kind*), mentre sono esclusi i trasferimenti monetari, che sono invece considerati separatamente nel paragrafo dedicato all'Indennità di Accompagnamento. Inoltre, sono state escluse dalla stima (per mancanza di dati uniformi) 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 ha invece diffusione a livello nazionale.

La fotografia del settore si basa su diverse fonti, seguendo la prossimità alla data in cui si scrive (luglio 2025). In particolare, sono stati utilizzati:

- ▶ i dati ISTAT (2021) su “le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia” per la stima della popolazione non autosufficiente;
- ▶ i dati dell’Annuario Statistico del SSN riferiti al 2023 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- ▶ i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da ISTAT riferiti al 2022 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi domiciliari e semi-residenziali ad afferenza sociale;
- ▶ i dati circa i Posti letto per tipo di utenza e assistenza sanitaria prodotto da ISTAT riferiti al 2021 per i posti letto in residenzialità sociale per anziani;
- ▶ i dati sulle dinamiche della spesa pubblica per LTC prodotti dalla Ragione Generale dello Stato, aggiornati al 2024.

Le rilevazioni utilizzate per rappresentare i dati relativi all’Indennità di Accompagnamento (ISTAT) non sono state aggiornate rispetto allo scorso anno. Per questo motivo, il testo richiama sinteticamente i dati, ma si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2024 per maggiori approfondimenti.

Il disallineamento temporale tra le fonti sopracitate porta, come già avvenuto per le ultime tre edizioni del Rapporto, a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e sociale). Inoltre, si sottolinea ancora una volta il consueto e marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione. Per sostenere il rinnovamento delle politiche e dei servizi per la non autosufficienza è essenziale dotarsi di dati che rappresentino in modo puntuale ed aggiornato il fenomeno e la sua evoluzione. L’assenza di questi impedisce che vengano proposte alternative ancorate ad una più corretta rappresentazione dei fenomeni, e rappresenta una grave mancanza del nostro sistema di welfare.

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 nelle attività funzionali di base (motorie, sensoriali o cognitive) secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell’indagine europea Ehis². Ad oggi questa risulta la fonte più accurata per cogliere le limitazioni cognitive, oltre che funzionali, tra la popo-

² L’indagine si basa su interviste somministrate da operatori comunali formati da ISTAT e, per una parte residua, da questionari auto-compilati. Il campione coinvolto è stato di circa 22.800 famiglie. Si rimanda alla Nota Metodologica ISTAT per ulteriori approfondimenti.

lazione 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 gravi limitazioni funzionali (28,4%) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto dal portale I.Stat³.

Per il 2023, la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 4.027.488 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.

La Tabella 5.1 illustra il dettaglio della stima della popolazione non autosufficiente residente per regione o provincia autonoma, grazie al dato granulare fornito dall'indagine Ehis circa la prevalenza delle gravi limitazioni sulla popolazione over65 in ogni territorio. La successiva Tabella 5.2, inoltre, mostra la stima della popolazione over75 non autosufficiente basata sulla medesima rilevazione ISTAT. In questo caso la prevalenza regionale o per provincia autonoma è disponibile unicamente per macro-area geografica (Nord, Centro, Sud e Isole) e per fasce di età (65-74; 75-84; 85+). Questo livello di dettaglio permette di apprezzare l'aumento sensibile della prevalenza della non autosufficienza con l'avanzare dell'età, nonché la maggiore incidenza di questo fenomeno nelle regioni del Sud e nelle Isole.

5.2.2 La capacità produttiva del sistema di offerta

La Tabella 5.3 permette di analizzare la capacità del sistema di offerta pubblica socio-sanitaria per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019-2023. I dati segnalano un aumento del 4% (+8.984) dei posti letto residenziali a livello medio nazionale, confermando un trend di crescita costante nel periodo considerato. Considerando le variazioni a livello regionale, si evince come la dotazione di posti letto residenziali rispetto al 2019 sia aumentata soprattutto in alcune regioni del Centro-Sud, come Basilicata (+40%); Sardegna (+26%); Campania (+25%); Puglia (+24%), Marche e Toscana (entrambe +11%). L'offerta residenziale si è invece ridotta in Sicilia (-15%), nel Lazio (-14%) e in Valle d'Aosta (-10%). Queste variazioni nei dati regionali potrebbero essere la conseguenza di interventi collegati alla conversione in residenzialità socio-

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 Popolazione over65 non autosufficiente per regione / provincia autonoma, 2023

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+ (%)	Popolazione 65+ NA
Abruzzo	321.715	32,7	105.201
Basilicata	133.711	33	44.125
P.A. di Bolzano	108.307	24,1	26.102
Calabria	435.253	35,6	154.950
Campania	1.149.394	34	390.794
Emilia-Romagna	1.086.649	33	358.594
Friuli-Venezia Giulia	321.370	21,7	69.737
Lazio	1.320.956	26,9	355.337
Liguria	435.304	22,5	97.943
Lombardia	2.326.530	24,4	567.673
Marche	384.637	32,3	124.238
Molise	76.879	25,8	19.835
Piemonte	1.121.870	22,9	256.908
Puglia	930.437	32,8	305.183
Sardegna	414.123	35,2	145.771
Sicilia	1.100.270	34,6	380.693
Toscana	959.361	26,8	257.109
P.A. di Trento	126.166	23,7	29.901
Umbria	229.077	30,3	69.410
Valle d'Aosta	30.725	24	7.374
Veneto	1.168.563	22,9	267.601
Italia	14.181.297	28,4	4.027.488

Fonti: Elaborazione delle autrici e degli autori su dati ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia e Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2023.

sanitaria di altre strutture assistenziali di tipo sociale e socio-sanitaria, collegata all'evoluzione della rete di offerta conseguente alla pandemia di Covid-19.

L'offerta nei centri diurni rimane più bassa rispetto ai valori 2019 (-7%, -1.276), pur proseguendo un trend di ripresa dopo la forte contrazione dovuta alle 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. In ogni caso, la dotazione rimane significativamente più bassa rispetto al 2018, quando i posti disponibili erano 26.207. L'assistenza domiciliare integrata è ormai superiore ai livelli pre-pandemici (+9% sul 2019), in forte crescita (+11%, +1.650.062) rispetto al 2022. In assenza di spiegazioni circa la natura di queste variazioni, si ipotizza che l'aumento sia riconducibile principalmente alla pressione esercitata dal target del PNRR, che impone di raggiungere tramite assistenza domiciliare almeno il 10% degli over65 entro il 2026. Si riduce, invece, il dato sulle ore medie erogate per caso anziano, pari a 14 ore all'anno, contro i 16 del 2022. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territo-

Tabella 5.2 Popolazione over75 non autosufficiente per regione / provincia autonoma, 2023

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Prevalenza 65-74 (%)	Prevalenza 75-84 (%)	Prevalenza 85+ (%)	Popolazione 75+ NA
Abruzzo	18,8	41,2	69,3	81.954
Basilicata	18,8	41,2	69,3	33.290
P.A. di Bolzano	11,9	28,0	60,2	21.373
Calabria	18,8	41,2	69,3	104.804
Campania	18,8	41,2	69,3	262.361
Emilia-Romagna	11,9	28,0	60,2	222.788
Friuli-Venezia Giulia	11,9	28,0	60,2	65.582
Lazio	13,7	30,5	63,5	273.852
Liguria	11,9	28,0	60,2	93.421
Lombardia	11,9	28,0	60,2	458.951
Marche	13,7	30,5	63,5	84.566
Molise	18,8	41,2	69,3	19.720
Piemonte	11,9	28,0	60,2	225.868
Puglia	18,8	41,2	69,3	228.415
Sardegna	18,8	41,2	69,3	101.165
Sicilia	18,8	41,2	69,3	262.844
Toscana	13,7	30,5	63,5	212.223
P.A. di Trento	11,9	28,0	60,2	24.402
Umbria	13,7	30,5	63,5	50.842
Valle d'Aosta	11,9	28,0	60,2	5.903
Veneto	11,9	28,0	60,2	228.888
Italia	14,6	32,5	63,8	3.064.170

Fonti: Elaborazione delle autrici e degli autori su dati ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia e Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2023.

Tabella 5.3 Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019-2023

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DELLA RETE SOCIO-SANITARIA					
Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	2023
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	212.874	212.663
Semiresidenziale**	17.507	16.781	14.782	15.365	16.231
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	14.060.282	15.576.076	17.226.138

* posti letto ** posti *** ore erogate

¹ La dotazione di posti in servizi semiresidenziali e gli utenti in carico agli stessi riportati in questo Capitolo non comprendono le regioni Abruzzo, Calabria, Molise e Valle d'Aosta per assenza del dato nell'Annuario del SSN.

Fonti: Ministero della Salute (più anni) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

rio (cfr *infra*), rimane attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di esercitare una vera “presa in carico” e dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani.

Per quanto concerne la rete sociale, non sono disponibili dati sulla rete di offerta *in kind* nazionale, salvo per i posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT, che non è stata aggiornata. Per questo motivo, vengono qui riproposti i dati già nel Rapporto OASI 2024. I posti letto in residenzialità sociale nel 2021 erano pari a 11.523, sostanzialmente invariati rispetto al 2020 (erano 11.171), in calo del 29% rispetto al 2019.

5.2.3 Gli utenti in carico ai servizi

La Tabella 5.4 illustra la distribuzione degli utenti in carico per tipologia di servizio socio-sanitario tra il 2019 e il 2023 basata sui dati dell'Annuario del SSN, che non fornisce spiegazioni puntuali sulle variazioni osservate. Per quanto concerne l'importante diminuzione di utenti in carico alla rete semiresidenziale possono essere avanzate almeno tre 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, prediligendo la permanenza al domicilio con caregiver informale in luogo all'accesso ai servizi, anche grazie alle opportunità offerte dal telelavoro. Un ultimo fattore riguarda l'andamento della spesa pubblica per interventi socio-sanitari, sempre più orientata a risposte domiciliari e residenziali, dando un segnale di disinvestimento nei servizi diurni. I centri diurni hanno quindi visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, accogliendo un quinto delle persone in meno rispetto al 2019, pur in ripresa rispetto ai dati 2022. Infine, si segnala come il numero di utenti over65 complessivamente in carico a ADI sia aumentato significativamente nel periodo considerato, segnando un +43%. L'analisi congiunta dei dati di offerta e di utenza in carico ad ADI permette di osservare come la platea di soggetti in carico sia raggiunta mediamente con un numero inferiore di ore per caso (18/anno nel 2018 vs 16/anno nel 2022 vs 14/anno nel 2023).

Tabella 5.4 Utenti in carico alla rete socio-sanitaria per tipo di servizio erogato, 2019-2023

UTENTI IN CARICO ALLA RETE SOCIO-SANITARIA						
Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2019-2023
Residenziale*	292.578	280.421	284.141	302.546	304.270	+4%
Semiresidenziale**	28.453	21.706	16.225	19.798	22.796	-20%
Domiciliare (ADI)***	858.896	844.823	879.030	973.505	1.232.203	+43%

* posti letto ** posti *** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (più anni) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono (Tabella 5.5) i dati di utenza in carico ai setting residenziali, semiresidenziali e al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). I dati sulla residenzialità sono fermi al 2021, poiché ISTAT non ha pubblicato l'aggiornamento della rilevazione circa gli Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Per quanto concerne i centri diurni, il numero di utenti in carico è un terzo in meno rispetto al 2018. Inoltre, la quota di platea raggiunta è tornata a scendere, dopo la ripresa del 2021. Aumenta, invece, la platea di utenti in carico a servizi domiciliari sociali, superando del 5% i livelli 2018.

Tabella 5.5 Utenti in carico alla rete sociale per tipo di servizio erogato, 2018-2022

UTENTI IN CARICO ALLA RETE SOCIALE						
Tipo di servizio	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2018-2022
Residenziale*	14.330	12.882	8.777	9.417	n.a.	-
Semiresidenziale**	291.026	294.005	169.883	208.772	202.868	-30%
Domiciliare (SAD)***	128.285	129.830	133.817	129.735	134.181	+5%

* posti letto ** posti *** ore erogate

ISTAT (più anni). Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2021.

Fonti: ISTAT (più anni). Spesa sociale dei Comuni. Anno 2018; Anno 2019; Anno 2020; Anno 2021; Anno 2022.

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 e prestazioni considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari, servizi sociali e Indennità di Accompagnamento. 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.

Il tasso di copertura del bisogno garantito dai servizi semi-residenziali e domiciliari socio-sanitari pubblici è complessivamente molto contenuto, e il servizio più capillare risulta essere l'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 semi-residenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il setting meno diffuso della rete.

Tabella 5.6 Tassi di copertura del bisogno dei servizi semi-residenziali e domiciliari della rete socio-sanitaria per anziani 65+, anno 2023

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
4.027.488	Residenziale	304.270	8%
	Semiresidenziale	22.796	0,6%
	Domiciliare (ADI)	1.232.203	31%

La Tabella 5.7 illustra il tasso di copertura tramite servizi residenziali per regione e provincia autonoma, distinguendo tra la popolazione non autosufficiente over65 e over75, considerando che questi ultimi risultano essere il target più coerente con il servizio. A livello nazionale, la quota di over65 non autosufficienti raggiunta tramite assistenza residenziale è di circa l'8%, valore che sale

Tabella 5.7 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2023

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Copertura del bisogno 65+ NA	Copertura del bisogno 75+ NA
P.A. Bolzano	6.232	24%	29%
P.A. Trento	6.682	22%	27%
Lombardia	85.636	15%	19%
Veneto	42.053	16%	18%
Friuli-Venezia Giulia	10.908	16%	17%
Piemonte	33.954	13%	15%
Liguria	13.734	14%	15%
Marche	11.367	9%	13%
Toscana	27.741	11%	13%
Emilia-Romagna	25.111	7%	11%
Umbria	4.000	6%	8%
Valle d'Aosta	443	6%	8%
Lazio	10.807	3%	4%
Abruzzo	3.023	3%	4%
Puglia	7.591	2%	3%
Calabria	2.910	2%	3%
Molise	520	3%	3%
Sicilia	6.579	2%	3%
Basilicata	628	1%	2%
Sardegna	1.464	1%	1%
Campania	2.887	1%	1%
Italia	304.270	8%	10%

Ministero della Salute (2025) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2023.

Fonti: ISTAT (2023). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2023.

al 10% prendendo come riferimento gli over75, in continuità con la precedente edizione del Rapporto. La Tabella 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 Centro-Nord i tassi di copertura tra gli over75 non autosufficienti sono superiori al 10% (con l'eccezione di Umbria, Valle d'Aosta e Lazio, che si fermano a 8, 8 e 4%, rispettivamente), nel Sud sono compresi tra l'1 e il 4%, percentuali estremamente contenute. 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.

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 5.6) è oggi il servizio pubblico *in-kind* più capillare. La Tabella 5.8 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, che con la popolazione over65 generale, in linea con i già citati target PNRR. 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 63 punti percentuali tra la regione che raggiunge oltre due terzi della popolazione over65 non autosufficiente stimata, il Friuli-Venezia Giulia, e la Sardegna, che ne intercetta il 10%.

In continuità con quanto segnalato nel Rapporto OASI 2024, si registra l'aumento generalizzato dei casi in carico, anche nelle Regioni del Centro-Sud, tradizionalmente meno impegnate su questa misura. Tale dinamica è da ricondursi primariamente al già citato PNRR, che ha portato a un forte aumento della diffusione di ADI.

Infine, si propone (Tabella 5.9) un aggiornamento al 2022 del tasso di copertura del bisogno tramite la rete sociale diurna e domiciliare, poiché la rilevazione sui presidi socio-assistenziali è ferma al 2021.

Coerentemente con l'anno di riferimento dei dati, gli utenti in carico sono rapportati alla stima della popolazione non autosufficiente per il 2022, pari a 3.990.599 individui⁴. La Tabella 5.9 illustra come i servizi più capillari, per quanto limitati al 5% del bisogno, sono i servizi semiresidenziali. Il SAD garantisce una esigua copertura, pari al 3% del totale.

In conclusione, si richiamano i dati relativi alla diffusione della Indennità di Accompagnamento (IdA), descritti diffusamente nel Rapporto OASI 2024,

⁴ Fonte: Capitolo 5 del Rapporto OASI 2024, la modalità di calcolo è la medesima descritta precedentemente.

Tabella 5.8 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2023

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 (target PNRR) ¹
Friuli-Venezia Giulia	321.370	22%	69.737	51.215	73%	16%
Molise	76.879	26%	19.835	14.495	73%	19%
P.A. Trento	126.166	24%	29.901	17.996	60%	14%
Toscana	959.361	27%	257.109	136.716	53%	14%
Veneto	1.168.563	23%	267.601	124.660	47%	11%
Lazio	1.320.956	27%	355.337	164.451	46%	12%
Emilia-Romagna	1.086.649	33%	358.594	142.630	40%	13%
P.A. Bolzano	108.307	24%	26.102	9.377	36%	9%
Basilicata	133.711	33%	44.125	14.749	33%	11%
Liguria	435.304	23%	97.943	30.843	31%	7%
Lombardia	2.326.530	24%	567.673	176.055	31%	8%
Valle d'Aosta	30.725	24%	7.374	2.257	31%	7%
Marche	384.637	32%	124.238	34.343	28%	9%
Abruzzo	321.715	33%	105.201	27.604	26%	9%
Piemonte	1.121.870	23%	256.908	58.806	23%	5%
Campania	1.149.394	34%	390.794	77.156	20%	7%
Umbria	229.077	30%	69.410	12.746	18%	6%
Sicilia	1.100.270	35%	380.693	66.221	17%	6%
Puglia	930.437	33%	305.183	38.539	13%	4%
Calabria	435.253	36%	154.950	17.378	11%	4%
Sardegna	414.123	35%	145.771	13.966	10%	3%
Italia	14.181.297	28%	4.027.488	1.232.203	31%	9%

1 La differenza tra le ultime due colonne della Tabella 5.8 dipende dal fatto che nella colonna "Copertura 65+ N.A. via ADI" il numero di prese in carico ADI viene rapportata alla stima dei cittadini 65+ non autosufficienti, mentre nella colonna "Copertura 65+ via ADI (target PNRR)" il numero di prese in carico ADI viene rapportata al numero complessivo dei cittadini 65+.

Ministero della Salute (2025) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2023.

Fonti: ISTAT (2023). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2023.

Tabella 5.9 Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2021

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi sociali	Tasso di copertura servizi sociali
3.990.599	Semiresidenziale	202.868	5%
	Domiciliare (SAD)	134.181	3%

poiché anche in questo caso non sono state rese pubbliche rilevazioni più aggiornate.

Con riferimento all'IdA, il 40% delle persone anziane non autosufficienti è stato raggiunto da questa misura nel 2022, qualificandosi come la misura più

capillare tra quelle messe in campo dal sistema socio-sanitario italiano. Nonostante questo, i dati segnalano una certa variabilità regionale, con alcune regioni dove la prestazione INPS raggiunge metà o più della popolazione over65 non autosufficiente, come Umbria, Lazio, Calabria e Puglia, e in altre, quali Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Provincia Autonoma di Bolzano, dove l'Indennità è percepita da meno di un terzo della popolazione over65 non autosufficiente.

Complessivamente, i dati presentati in questa parte di Capitolo hanno confermato una capacità residuale del sistema di welfare pubblico nella capacità di rispondere ai bisogni delle famiglie, lasciando ampie fasce della popolazione senza un accesso concreto ai servizi. Questo scenario rende sempre più urgente avviare una riflessione critica sulla selezione implicita che il sistema attua: in assenza di una copertura universale, chi riesce effettivamente a ottenere servizi pubblici? Il nostro sistema, infatti, non ha finora esplicitato criteri univoci di accesso ai servizi per anziani non autosufficienti che riflettano una chiara e coerente visione di policy. Tuttavia, alcune recenti disposizioni normative (si vedano i paragrafi seguenti) iniziano a porre attenzione sul tema dell'omogeneità nei percorsi di accesso, segnando un possibile cambio di paradigma. Questo tema assume una rilevanza strategica sia per orientare il sistema verso un uso più efficace ed equo delle risorse disponibili, sia per sostenere concretamente le famiglie e i cittadini nella ricerca di soluzioni appropriate e accessibili. Per questo motivo, nel prosieguo del capitolo si approfondisce il tema dei percorsi di accesso e si analizza come, a livello nazionale e regionale, si stiano sviluppando iniziative orientate a promuovere un cambiamento significativo in questa direzione.

5.2.5 La spesa pubblica per Non Autosufficienza o Long Term Care

Le stime ufficiali rispetto alla spesa per non autosufficienza sono fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato, che pubblica annualmente il report “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”⁵. Di particolare interesse tra i dati riportati in questo documento, il capitolo 4 è dedicato a “La spesa per Long-term Care”, a cui corrispondono tre componenti: la spesa sanitaria per LTC, le Indennità di Accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti alle persone con disabilità e alle persone anziane non autosufficienti⁶. Il report parla di Long Term Care,

⁵ Il rapporto n° 26 è stato pubblicato nell'agosto 2025. Il report segue l'impostazione concordata nel framework EPC-WGA ai fini della predisposizione delle previsioni di medio-lungo periodo delle principali componenti di spesa pubblica age-related.

⁶ Questa terza voce viene così definita: “Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le

includendo quindi diversi target di intervento, in modo più ampio rispetto alla categoria logica della non autosufficienza e intendendo LTC nella sua definizione più ampia. Propone poi degli approfondimenti per fascia di età: in questo capitolo ci si soffermerà spesso sui dati riferiti agli interventi per cittadini 65+.

La spesa pubblica complessiva per LTC ammontava nel 2024, anno più recente per cui sono disponibili i dati, all'1,61% del PIL. La componente erogata a cittadini 65+ rappresenta il 72,3%, presentando quindi un valore pari all'1,18% sul PIL. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'81,4% della spesa complessiva per LTC per cittadini 65+. Il restante è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali. Osservando il trend si osserva come la spesa in rapporto al PIL mostri, a partire dal 2020 in poi, un importante trend di contrazione.

Tabella 5.10 Componenti della spesa pubblica per Long Term Care per 65+ in rapporto al PIL. Anni 2018- 2023

Spesa pubblica LTC per componenti	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Componente sanitaria per LTC	0,46%	0,48%	0,55%	0,52%	0,47%	0,42%	0,43%
Indennità di accompagnamento	0,60%	0,60%	0,65%	0,60%	0,56%	0,53%	0,53%
"Altre prestazioni LTC"	0,19%	0,22%	0,23%	0,25%	0,28%	0,25%	0,22%
Totale	1,25%	1,30%	1,43%	1,37%	1,28%	1,20%	1,18%

Fonte: Dati Ragioneria Generale dello Stato

Guardando alla serie storica della spesa articolata per macro-funzione (ovvero tipologia di intervento) si osserva come il mix di soluzioni proposte ai cittadini 65+ abbia sempre trovato nei trasferimenti economici la quota maggioritaria.

Tabella 5.11 Spesa pubblica per LTC per 65+ in rapporto al PIL per macro-funzione, Anni 2018- 2023

Spesa pubblica LTC per macro-funzione	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Servizi di LTC residenziali	0,36%	0,39%	0,44%	0,41%	0,38%	0,34%	0,34%
Servizi di LTC al domicilio	0,21%	0,23%	0,26%	0,25%	0,25%	0,24%	0,23%
Trasferimenti economici legati a LTC	0,68%	0,68%	0,73%	0,70%	0,65%	0,62%	0,61%
Totale	1,25%	1,30%	1,43%	1,37%	1,28%	1,20%	1,18%

Fonte: Dati Ragioneria Generale dello Stato

prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento.”

I dati elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato aiutano a posizionare gli interventi di LTC ed in particolare quelli per i cittadini anziani 65+ nel quadro più ampio delle politiche di welfare, mostrando come la spesa attuale sia modesta con un trend di contrazione negli ultimi periodi. Allo stesso tempo, le stime e le proiezioni per il futuro di medio-lungo periodo evidenziano come la spesa pubblica arriverà a raddoppiare, seguendo l'andamento demografico. Questo conferma l'urgenza di un ripensamento dei modelli di intervento proposti.

5.3 L'accesso ai servizi per persone anziane non autosufficienti: i casi di Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Toscana

I Punti Unici di Accesso (PUA) rappresentano uno degli strumenti chiave per garantire l'accesso integrato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. I PUA, che esistono come tipologia di servizio e modalità organizzativa da lungo tempo nel sistema di welfare italiano, hanno visto un nuovo slancio normativo a partire dalla Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1 comma 163) e, seppur con alcune contraddizioni rispetto alle previsioni normative precedenti, dal D.M. 77/2022, e, più recentemente, dalla L. 33/2023 e dal relativo D. Lgs. 29 del 15 marzo 2024.

In questi nuovi atti normativi si affida al PUA (delle Case di Comunità) il compito di facilitare l'accesso unitario e di prossimità ai servizi per le persone in condizione di non autosufficienza e se ne afferma la natura multidisciplinare, prevedendo équipe integrate composte da personale appartenente all'SSN e agli ambiti territoriali sociali. Inoltre, in rottura rispetto alle precedenti esperienze, si introducono nuove funzioni ai PUA (Paresi, 2022). Infatti, le équipe multidisciplinari dei PUA delle Case di Comunità devono assicurare, oltre alle funzioni di accoglienza e orientamento, anche la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), cioè la valutazione dei bisogni della persona e la successiva definizione dei progetti di assistenza individuale integrata (PAI).

Tra i recenti atti normativi citati, il D. Lgs 29 del 15 marzo 2024⁷, è quello

⁷ Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. (24G00050). I contenuti di questo Decreto includono: l'istituzione del Comitato Interministeriale (CIPA) per coordinare e programmare le politiche nazionali a favore degli anziani, in accordo con LEA e LEPS; la previsione di campagne per promuovere l'invecchiamento attivo; interventi anti-isolamento: sviluppo di coabitazione solidale (senior cohousing/intergenerazionale); la previsione di incentivi per la diffusione della telemedicina domiciliare; il riordino e semplificazione dell'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti, introducendo i "Punti Unici di Accesso" (PUA) e la valutazione multidimensionale unificata: una prestazione universale sperimentale, nel biennio 2025-2026, per anziani poveri e non autosufficienti (indennità di accompagnamento + assistenza oltre che agevolazioni fiscali e contributive per i caregiver familiari.

che ha maggiormente e più dettagliatamente esplicitato il ruolo dei Punti Unici di Accesso come luogo privilegiato e auspicabilmente unico per l'accesso dei cittadini anziani a servizi di diversa natura, nella logica di semplificare ma soprattutto unificare e rendere omogeneo il percorso di accesso tra servizi diversi e su tutto il territorio nazionale. Oggi, infatti, non solo la diffusione dei servizi nel Paese è disomogenea (ed iniqua), ma esiste anche una profonda eterogeneità rispetto ai luoghi, modalità e criteri di accesso ai servizi e alle prestazioni. A livello locale, nelle regioni, i cittadini fanno esperienze profondamente diverse rispetto all'accesso al sistema dei servizi, lasciando ampi spazi per inefficienza ed inefficacia rispetto alla presa in carico, ma anche favorendo l'affermarsi di sacche di iniquità laddove in contesti diversi anche criteri diversi sono applicati. Oltre al tema della omogeneizzazione dei criteri di valutazione ed accesso (oggetto di specifiche indicazioni nel D. Lgs che parla esplicitamente di valutazione unica multidimensionale) si pone anche il tema della facilità di accesso e della ricomposizione delle informazioni e delle procedure per le famiglie e per le persone anziane. I soggetti coinvolti sono oggi numerosi (aziende sanitarie e enti locali con le diverse diramazioni territoriali, INPS) e le procedure sono spesso ripetitive, complesse e onerose in termini di tempo e risorse da dedicare (conoscenze, spostamenti, etc..). L'obiettivo di creare un luogo (i PUA) e dei processi che siano (oltre che uguali nei diversi contesti) unici e unificati è quindi orientato a migliorare il servizio per i cittadini e a presidiare un'area di grande valore per i singoli, ovvero un accesso "facilitato" al sistema. Sono però evidenti due limiti di questo approccio.

1. Lavorare sull'accesso ai servizi dovrebbe auspicabilmente portare ad un aumento della risposta al bisogno e probabilmente anche della spesa pubblica collegata. Questo tema non è però stato considerato (almeno in modo esplicito) dalle previsioni normative che abbiamo citato, con il rischio che la piena funzionalità ed efficacia dei PUA venga limitata.
2. Arrivare ad un processo e sistema unificato implica tenere in considerazione i diversi assetti territoriali dei servizi e le diverse modalità di accesso oggi esistenti. I risultati che possono raggiungere i PUA dipendono infatti anche dal contesto di partenza, che comporta diversi processi di implementazione e cambiamento dell'esistente.

Date queste considerazioni, la restante parte del Capitolo propone un approfondimento sui modelli esistenti di PUA in tre regioni che presentano caratteristiche e livelli di maturità diversi rispetto alla ricomposizione dell'accesso ai servizi sociosanitari. L'obiettivo è di contribuire al dibattito in corso da due prospettive. Da un lato, rispetto all'accesso ai servizi socio-sanitari, in modo da comprendere quali siano oggi i nodi più critici per i cittadini e quali invece le modalità che sostengono percorsi più lineari e integrati. Dall'altro, in riferi-

mento ai possibili sviluppi futuri dell'applicazione delle diverse previsioni normative. Nell'anno 2026 dovranno infatti essere portati a regime i servizi legati alle Case della Comunità e quindi anche ai PUA. È quindi fondamentale interrogarsi circa le situazioni pre-esistenti per comprendere come sarà possibile passare ai modelli proposti che presuppongono livelli di integrazione ancora più profonda.

Il paragrafo seguente analizza l'attuale configurazione dei luoghi di accesso ai servizi sociosanitari rivolti alle persone anziane non autosufficienti in tre contesti regionali: Friuli-Venezia Giulia, Lombardia e Toscana.

Le tre regioni sono state selezionate per la loro rilevanza nell'ambito delle politiche nazionali, poiché tutte partecipano attivamente al tavolo di lavoro nazionale sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Presentano inoltre modelli ben differenziati rispetto alla rete dei servizi socio-sanitari e alle modalità di accessi per i cittadini. In particolare, la Toscana rappresenta un contesto con una storica presenza dei PUA; la Lombardia è attualmente impegnata in un processo di investimento e rafforzamento dell'infrastruttura territoriale; il Friuli-Venezia Giulia si distingue per una lunga tradizione di attivazione di comunità e modelli di welfare territoriale.

L'analisi si è basata su fonti documentali istituzionali, tra cui siti web regionali, normative e atti amministrativi, e cinque interviste semi-strutturate. Queste ultime hanno avuto l'obiettivo di esplorare in maggiore profondità i casi studio, coinvolgendo esperti accademici⁸ e referenti per le politiche per la non autosufficienza e disabilità delle Regioni oggetto di analisi. Per ciascun caso sono stati esaminati i seguenti oggetti di analisi:

- ▶ Caratterizzazione del PUA: si è osservato se il punto di accesso si configura come sportello fisico, struttura organizzativa, piattaforma digitale o un mix di queste forme.
- ▶ Collocazione organizzativa: si è rilevato presso quale ente o struttura organizzativa è collocato il PUA, con riferimento anche a unità operative o dipartimenti specifici, ove disponibili.
- ▶ Professionisti coinvolti: si è identificata la composizione professionale dei team che operano nei PUA, considerando le figure presenti e il grado di multidisciplinarietà.
- ▶ Servizi presidiati: si è analizzato quali servizi (sanitari, sociali, amministrativi) sono erogati o orientati tramite il PUA.
- ▶ Funzioni svolte: si è ricostruito il perimetro funzionale del PUA, distinguendo tra orientamento, valutazione, presa in carico, ecc.

⁸ Gli autori e le autrici ringraziano il Professor Cristiano Gori, Professore Ordinario presso l'Università di Trento, per aver condiviso la sua esperienza e il suo punto di vista circa l'implementazione della Riforma Anziani e il ruolo dei Punti Unici di Accesso.

- ▶ Strumenti gestionali e meccanismi di raccordo: sono stati esplorati gli strumenti operativi e i meccanismi di coordinamento interistituzionale attivati.
- ▶ Integrazione informativa: si è valutato il grado di connessione tra i sistemi informativi del PUA e quelli di altri enti coinvolti nella presa in carico.
- ▶ Target di riferimento: si è specificato il target di utenza cui il PUA si rivolge ed eventuali criteri di accesso.
- ▶ Budget gestito: infine, ove disponibile, è stato fatto un approfondimento sulle risorse economiche utilizzate per finanziare il sistema dei servizi socio-sanitari per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

5.3.1 L'accesso in Regione Friuli-Venezia Giulia⁹

In Friuli-Venezia Giulia la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti si basa su un approccio integrato socio-sanitario, frutto della collaborazione tra distretto sanitario e Ambito Territoriale Sociale (ATS). Questo modello è sancito dalle principali norme regionali: la LR 6/2006 sul sistema sociale e la LR 22/2019 sul sistema sanitario e socio-sanitario. L'integrazione è favorita anche dalla coincidenza territoriale tra Servizio sociale dei Comuni (SSC) e distretto sanitario, come stabilito dalla LR 27/2018, art. 6, comma 3. Il sistema regionale mira a superare la frammentazione degli interventi, facendo in modo che servizi sociali e sanitari operino in modo coordinato per garantire risposte appropriate ai bisogni complessi di salute (LR 6/2006, art. 5, comma 3). In coerenza con il D. Lgs. 502/1992, il DPCM 12/01/2017 e la L. 241/2021, la LR 22/2019 promuove percorsi assistenziali integrati, erogando prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali con l'obiettivo di migliorare o mantenere lo stato di salute della persona.

Il principale punto di accesso al sistema è il PUA, sportello socio-sanitario che orienta i cittadini nella rete dei servizi. In linea con il D.M. 77/2022 e la L. 241/2021, i PUAs dovrebbero operare nelle Case della Comunità, garantendo un accesso unitario e integrato. Attualmente, nel territorio regionale, sono attivi 22 PUAs nei distretti delle tre Aziende Sanitarie regionali (ASUFC: 9 distretti, 9 PUAs; ASUGI: 6 distretti, 8 PUAs; ASFO: 5 distretti, 5 PUAs) (Regione Friuli-Venezia Giulia, 2022) che operano con modalità organizzative che variano tra Aziende Sanitarie: in alcuni casi prevedono la co-presenza fisica di assistente sociale e infermiere di comunità, in altri protocolli di collaborazione senza la stessa localizzazione fisica.

Il PUA svolge una funzione centrale di accoglienza, informazione e regia della presa in carico. Le sue attività si articolano in funzioni di front-office

⁹ Gli autori e le autrici ringraziano il dott. Ranieri Antonio Zuttion per la generosa disponibilità ad essere intervistato e contribuire alla realizzazione di questo paragrafo.

(accoglienza, informazione, orientamento) e di back-office (valutazione preliminare, avvio della presa in carico, definizione dei percorsi assistenziali, attivazione dei servizi, monitoraggio)

Il sistema coinvolge team multi-professionali. Al PUA generalmente operano infermieri del distretto che in alcuni territori sono infermieri di famiglia o di comunità (IFoC) e assistenti sociali, in alcuni casi dei Servizi sociali dei Comuni, che svolgono il primo triage dei bisogni e l'orientamento dell'utenza. Se il caso lo richiede, il PUA attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) integrata, composta da professionisti sanitari (es. medico di medicina generale o geriatra, infermiere, specialisti della riabilitazione) e sociali (assistente sociale), tutti con idonea formazione. L'UVM effettua una valutazione approfondita della situazione clinica, cognitiva, funzionale e socio-ambientale della persona. Sulla base di questa valutazione viene elaborato un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) condiviso con l'assistito e/o la famiglia. Nel PAI sono definiti gli obiettivi di cura, i sostegni necessari e i servizi/interventi da attivare, coinvolgendo molteplici figure professionali in modo coordinato. Nel tempo, la composizione dell'équipe multidisciplinare è stata progressivamente snellita, fino a raggiungere l'assetto definito dalla LR 22 del 12 dicembre 2019. Tale norma conferma che la valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi deve essere svolta da un'équipe dedicata, composta da rappresentanti dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, con il coinvolgimento attivo della persona interessata, dei familiari e dei caregiver. È importante sottolineare che la Regione conta una tradizione pionieristica nell'impiego dell'infermiere di comunità, attivo fin dagli anni '90 quale figura di riferimento territoriale per la popolazione locale, al fine di favorire la continuità ospedale-territorio. Tale figura – oggi prevista anche dal D.M. 77/2022 – opera in sinergia con i servizi sociali comunali e i medici di base, contribuendo alla presa in carico proattiva delle persone anziane e delle loro famiglie sul territorio.

Formalmente il PUA è aperto a tutta la popolazione senza criteri anagrafici rigidi o criteri economici di accesso. Alcuni interventi successivi di carattere sociale possono dipendere dalla situazione economica (es. contributi economici legati all'ISEE, vedi oltre).

Tramite il percorso integrato PUA-UVM, il cittadino può accedere all'intera gamma di servizi socio-sanitari per la non autosufficienza, modulati secondo il bisogno individuale, inclusi:

- ▶ servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI): un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (cure mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali erogate al domicilio del paziente, con l'obiettivo di mantenere la persona a casa propria il più a lungo possibile ed evitare ricoveri o istituzionalizzazioni improvvise;

- ▶ servizi semi-residenziali come i Centri diurni per anziani non autosufficienti che offrono assistenza diurna, attività riabilitative e socializzazione, consentendo sollievo alle famiglie;
- ▶ servizi residenziali come le RSA o case di riposo accreditate per anziani non autosufficienti, qualora la permanenza a domicilio non sia più possibile.

Sono inoltre disponibili forme di supporto economico erogate attraverso il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) (*cfr infra*), che integrano o sostituiscono i servizi diretti quando appropriato. Ad esempio, l'UVM può proporre un assegno per l'autonomia per consentire alla famiglia di organizzare in proprio l'assistenza, oppure un contributo per l'assistente familiare se la persona si avvale di una badante regolarmente assunta. Tali contributi economici sono inseriti nel PAI come parte degli interventi di sostegno alla domiciliarità.

Attraverso il percorso integrato, l'utente può anche essere indirizzato verso altri servizi specialistici: cure palliative domiciliari o hospice se la valutazione lo evidenzia, servizi per persone con disabilità o salute mentale (nel caso in cui coesistano queste problematiche, l'UVM coinvolge i servizi dedicati), progetti di abitare inclusivo o co-housing (in via sperimentale in regione per anziani fragili), servizi di supporto ai caregiver (ad es. formazione, gruppi di auto-mutuo aiuto, sostegno psicologico).

La Regione Friuli-Venezia Giulia finanzia gli interventi per la non autosufficienza attraverso fondi dedicati, integrando risorse regionali e trasferimenti statali. In particolare, è istituito il Fondo per l'Autonomia Possibile e l'assistenza a lungo termine (FAP), che funge da fondo regionale per la non autosufficienza. Il FAP, disciplinato dalla LR 6/2006 (art. 41) e relativo regolamento attuativo, è stato recentemente riformato (nuovo Regolamento DPReg 214/2023) per unificare diversi canali di finanziamento a sostegno della domiciliarità. Oggi nel FAP confluiscono anche le risorse prima destinate separatamente alle persone con gravissime disabilità come malati di SLA e persone con grave demenza, così da avere un unico contenitore finanziario per tutte le situazioni di non autosufficienza a domicilio. La dotazione del Fondo per l'Autonomia Possibile e i fondi correlati nel 2025 ammonta a circa 50 milioni di euro (con un incremento del 30% rispetto al 2018). A queste risorse regionali si aggiungono i fondi nazionali: ad esempio, per il triennio 2024-2026 a Regione Friuli-Venezia Giulia sono destinati circa 1,09 milioni di euro dal Fondo Alzheimer e demenze nazionale (per finanziare azioni del Piano demenze), oltre alle quote del Fondo Nazionale Non Autosufficienze ripartite annualmente.

Dalle interviste effettuate emerge che, per supportare l'integrazione operativa, in Regione si stanno sviluppando nuovi strumenti informativi e gestionali, ma il flusso informativo tra servizi sociali e sanitari non è completamente unificato, e l'integrazione dei database sanitari con quelli sociali è ancora parziale.

Un importante meccanismo di raccordo potrebbe essere la Centrale Opera-

tiva Territoriale (COT), recentemente istituita in ottemperanza al D.M. 77: la COT (una ogni 100.000 abitanti) funge da snodo di coordinamento tra UVM, servizi domiciliari, ospedale ed emergenza urgenza. In Friuli-Venezia Giulia sono previste 12 COT regionali, che dovrebbero assicurare – anche attraverso piattaforme digitali – la continuità delle informazioni sul paziente lungo i vari setting (ospedale, domicilio, RSA).

Dalle interviste effettuate emerge che, al momento, l'integrazione del sistema regionale con l'INPS (ente erogatore delle provvidenze economiche nazionali come invalidità civile e indennità di accompagnamento) è limitata e frammentata. La riforma sancita dalla L.33/2023 e dal D. Lgs. 29/2024 potrebbe costituire per il Friuli-Venezia Giulia un'evoluzione significativa verso un sistema unico integrato di accesso e valutazione della non autosufficienza. Tuttavia, vi sono importanti criticità da gestire: sarà fondamentale definire chiaramente i percorsi amministrativi integrati, con particolare attenzione a come conciliare il fatto che la valutazione UVM diventi parte di un procedimento amministrativo INPS (con garanzie di trasparenza, diritto al ricorso, ecc.), senza però snaturare l'approccio sociale centrato sulla persona. Sarà inoltre necessario, in assenza di risorse aggiuntive, intervenire a livello organizzativo per far fronte al carico di prestazioni connesso alle nuove competenze attribuite al PUA. La Tabella 5.12 sintetizza le evidenze emerse dall'analisi del caso di Regione Friuli-Venezia Giulia.

5.3.2 L'accesso in Regione Lombardia¹⁰

Le prime tracce di implementazione di luoghi unici di accesso in Regione Lombardia possono essere ricondotte all'istituzione dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD), come analizzato nel capitolo 12 del rapporto OASI 2015 (Fosti *et al.* 2015). Infatti, con la DGR VIII/10759 dell'11 dicembre 2009, Regione Lombardia prevedeva, limitatamente per i servizi domiciliari, che le (allora) ASL del territorio organizzassero dei punti di accesso finalizzati alla presa in carico delle domande, in raccordo con i Comuni e gli Uffici di Piano. Oggi, i luoghi di accesso alle prestazioni sociosanitarie per persone anziane non autosufficienti in Lombardia trovano una nuova occasione di slancio con il D.M. 77/2022 e con la L. 33/2023. I PUA in Regione Lombardia sono servizi previsti nelle Case della Comunità delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) con lo scopo di facilitare un accesso unificato alle diverse prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali. L'attuale impostazione dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti presenta però un quadro eterogeneo. Le applicazioni delle indicazioni regionali ri-

¹⁰ Gli autori e le autrici ringraziano la dott.ssa Laura Falcone e la dott.ssa Silvana Marson per la generosa disponibilità ad essere intervistate e contribuire alla realizzazione di questo paragrafo.

flettono infatti le differenze territoriali che caratterizzano la regione in termini di bisogni e contesti istituzionali.

Dalle interviste condotte è emerso come Regione Lombardia abbia avviato un percorso graduale di armonizzazione, sostenendo una maggiore integrazione tra i Piani di Sviluppo del Polo Territoriale e i Piani di Zona, cioè rispettivamente i documenti di programmazione territoriale socio-sanitaria delle ASST e sociale degli Ambiti Territoriali Sociali, da ultimo tramite la DGR XII/2089 del 25/03/2024 e la DGR XII/2167 del 15/04/2024. Di particolare interesse sono i reciproci richiami alle aree strategiche di integrazione, come l'accesso (PUA) e la valutazione integrata, in particolar modo per quanto concerne i servizi di residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità. Inoltre, l'attività di monitoraggio condotta dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) rispetto all'evoluzione delle Case di Comunità è volta a garantire una maggiore omogeneità ed efficacia dei modelli organizzativi. Questa attività è condotta con lo scopo di comprendere l'organizzazione attuale delle Case di Comunità esistenti nei diversi territori per definire a livello regionale una pluralità di modelli codificati.

Infatti, i PUA non sono stati previsti unicamente nelle strutture delle Case di Comunità: se in 139 Case di Comunità sulle 142 attive a giugno 2025 è presente il PUA (Regione Lombardia 2025), in alcuni limitati contesti, cioè in alcune aree interne o montane, sono stati attivati sportelli diffusi presenti in alcuni momenti della settimana. Inoltre, in linea con i principi di prossimità e integrazione promossi dal D.M. 77/2022, in alcuni territori è ora in corso un processo di riorganizzazione per riunificare sportelli sanitari, socio-sanitari e per la disabilità, laddove erano già presenti e plurimi. In altri territori, invece, la riorganizzazione sta prevedendo l'evoluzione delle competenze del servizio già attivo, in particolar modo con lo scopo di integrare la tipica funzione di orientamento e indirizzo verso i servizi con le funzioni di valutazione e attivazione diretta dei servizi per il cittadino. Infatti, l'attuale ampiezza dell'intervento dei PUA varia: in alcuni contesti si concentrano sull'accoglienza e indirizzamento, in altri, invece, coprono l'intero percorso, comprendendo la valutazione e la redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), fino al monitoraggio e alla rivalutazione periodica, secondo logiche di case management. Coerentemente, anche le equipe dei PUA si stanno progressivamente strutturando, includendo personale amministrativo, medico, infermieristico, assistenti sociali dei distretti e, sebbene con minore frequenza, personale degli ambiti territoriali sociali. Le interviste hanno infatti evidenziato come, grazie al Fondo per la Non Autosufficienza (e in particolare come definito dall'articolo 5 del DPCM 3 ottobre 2022), Regione Lombardia abbia destinato specifiche risorse economiche per il potenziamento dei PUA, risorse eventualmente integrate, in misura minore, da cofinanziamenti comunali. Nello specifico, la DGR XII/3719 del 30/12/2024 destina 7,92 milioni di euro per l'assunzione di personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA lombardi – equivalenti a

198 operatrici e operatori. Le interviste rilevano però come la piena operatività sia ostacolata da vincoli assunzionali e dalla carenza di personale, soprattutto nelle aree interne e montane.

Attualmente, quindi, non esiste in Lombardia un unico percorso per garantire l'accesso ai servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali per la persona anziana non autosufficiente e, oltre alle differenze territoriali, infatti si rilevano modalità di accesso differenti rispetto ai servizi – dall'assistenza domiciliare, all'assistenza tutelare, alle misure B1 e B2 (cioè, prestazioni *cash benefit* regionali destinati alla gravissima disabilità e alla grave disabilità e alle persone anziane non autosufficienti), fino ai servizi residenziali e semi-residenziali. Come evidenziato dalle interviste, spesso l'accesso a questi servizi prevede una valutazione multidimensionale, non sempre però accompagnata da una reale multi-professionalità. Ad esempio, per l'accesso al servizio RSA si prevede una valutazione in capo all'unità di offerta accreditata scelta dal cittadino; per l'assistenza domiciliare sociale (SAD), la valutazione è generalmente mono-professionale e gestita da un assistente sociale dell'ambito o del Comune; per le Cure Domiciliari (C-DOM), l'attivazione parte dal Medico di assistenza primaria (ex MMG) e può prevedere una valutazione multiprofessionale nei casi più complessi. Al contrario di quanto accade per i servizi per le persone anziane non autosufficienti, l'inserimento nei servizi semi-residenziali per persone con disabilità avviene solitamente con il coinvolgimento di équipe multiprofessionali e con l'accompagnamento della famiglia da parte dei servizi sociali. In generale, dalle interviste emerge come attualmente esistano in Regione Lombardia diversi percorsi valutativi per i diversi servizi. Pertanto, nel passaggio tra setting è frequente la necessità di effettuare nuove valutazioni da parte di altre équipe o professionisti. Questo sarebbe altresì evitabile con l'effettiva implementazione di una valutazione unica.

Pertanto, nonostante il percorso avviato in Regione Lombardia, dalle interviste emerge come persistano ancora numerose barriere all'effettiva implementazione e gestione integrata dei percorsi di accesso ai servizi per persone anziane non autosufficienti. Nello specifico, la condivisione e l'integrazione delle informazioni e dei dati risulta il meccanismo di raccordo operativo più critico. Se da un lato le interviste suggeriscono come Regione Lombardia abbia avviato lo sviluppo di strumenti informativi, come la cartella sociale informatizzata per il comparto sociale o il sistema di gestione digitale del territorio per il comparto sanitario (Aria 2019; Calabrò, 2022), la piena interoperabilità e quindi integrazione tra sistemi è ancora in fase di sperimentazione e definizione. Allo stesso modo, anche l'integrazione con i sistemi informativi di INPS rimane una criticità e risultano esemplificative le difficoltà affrontate nelle sperimentazioni dei progetti pilota sulla disabilità promossi dal D. Lgs. 62/2024.

In conclusione, dalle interviste è emerso come le novità introdotte dal D.M. 77/2022 e più recentemente dall'evoluzione della normativa introdotta dalla

L. 33/2023, siano per Regione Lombardia un'opportunità per l'evoluzione del sistema di governance e di risposta del territorio. In questo processo, alcune strutture potranno giocare un ruolo centrale per l'attivazione e l'integrazione sul territorio, come ad esempio le COT e i PUA. Queste sono sempre più concepite come strumenti chiave, snodi della rete, per favorire l'attivazione dei percorsi, grazie alla possibile lettura congiunta dei bisogni sanitari, sociali e sociosanitari e al possibile coordinamento degli interventi. La Tabella 5.12 sintetizza le evidenze emerse dall'analisi del caso di Regione Lombardia attorno al framework di analisi.

5.3.3 L'accesso in Regione Toscana¹¹

Con la LR 66/2008 la Regione Toscana ha istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, definendo alcuni punti fondamentali del sistema di servizi per le persone anziane non autosufficienti, quali le modalità di accesso, la lettura del bisogno e la valutazione multiprofessionale, e la definizione del progetto personalizzato. Con la DGR 1508 del 19/12/2022, Regione Toscana ha recepito il disegno del D.M. 77/2022, prevedendo alcune importanti aggiornamenti all'impostazione precedente.

Attualmente, come emerso dalle interviste, in Toscana l'accesso ai servizi sociosanitari per le persone anziane non autosufficienti è garantito attraverso la capillare rete dei "PuntiInsieme". Questi sportelli, circa 200 diffusi in tutti i territori e spesso collocati presso gli uffici comunali del segretariato sociale o, in alternativa, presso i distretti sociosanitari, costituiscono il primo livello di contatto per i cittadini: questi sono luoghi fisici riconoscibili e stabili, dove è possibile esprimere un bisogno e ricevere informazioni, accoglienza e accompagnamento per le cittadine e i cittadini che richiedono servizi sociosanitari e socioassistenziali. In questo senso, i PuntiInsieme non sono solo sportelli informativi, ma svolgono una funzione attiva di presa in carico, decodificando la domanda dell'utente e indirizzandola verso percorsi semplici e attivabili direttamente, oppure verso l'UVM in caso di situazioni più complesse. La recente introduzione dei PUA all'interno delle Case della Comunità prevede un graduale processo di integrazione con i PuntiInsieme volta a mantenere la capillarità dell'attuale rete territoriale. In questo modello, i professionisti del segretariato sociale svolgeranno un ruolo di filtro e segnalazione, e si collegheranno operativamente ai PUA per i casi che richiedono una presa in carico complessa da parte dell'UVM.

Come emerge dal Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, nell'ambito dell'attuazione della DGR 1508/2022, Regione Toscana è impe-

¹¹ Gli autori e le autrici ringraziano la dott.ssa Barbara Trambusti per la generosa disponibilità ad essere intervistata e contribuire alla realizzazione di questo paragrafo.

gnata a dare ulteriore sviluppo alla definizione condivisa e alla realizzazione integrata dei processi complessi tra il sistema sanitario e il sistema sociale, rimarcando come le Società della Salute e le zone distretto costituiscono la sede appropriata per programmare, coordinare, attuare e gestire gli interventi, i servizi e le attività. Infatti, Regione Toscana ha già da tempo previsto che l'integrazione sociosanitaria nella zona distretto, che in Toscana coincide con il Distretto sociosanitario, venga garantita attraverso uno dei due modelli organizzativi possibili: la Società della Salute o la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, obbligatoria nel caso in cui non venga attivato il consorzio Società della Salute. Tra le 28 zone distretto, 16 sono costituite in consorzio Società della Salute, soggetti pubblici senza scopo di lucro istituite dalla Legge Regionale 60/2008, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona distretto e dell'azienda USL competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali. La programmazione integrata della zona distretto è attuata con il Piano Integrato di Salute, approvato dalla Conferenza zonale integrata o dall'Assemblea dei soci della Società della Salute. Infine, l'Accordo di programma è lo strumento con cui l'ambito territoriale coinvolge operativamente le amministrazioni comunali e l'azienda sanitaria di riferimento. Come evidenziato dalle interviste, è a livello di zona che viene definita l'organizzazione complessiva del percorso della non autosufficienza, inclusa la collocazione dei PuntiInsieme, la suddivisione delle responsabilità e l'allocazione delle risorse.

La segnalazione del bisogno viene presentata agli sportelli PuntoInsieme. Al PuntoInsieme la segnalazione può pervenire anche tramite i MMG/PLS, Servizi Specialistici o attraverso le reti di prossimità che offrono un servizio di informazioni e orientamento. La rete dei servizi per l'accesso così rappresentata costituisce uno dei livelli base che deve essere garantito sull'intero territorio, facilitando un accesso unificato ai percorsi di presa in carico, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere. Inoltre, si evidenzia l'originalità toscana nel qualificare il PUA in un'ottica integrata, dando risposta non solo ai bisogni sociosanitari, ma anche sociali, socio-assistenziali e socio-educativi, come definito dalla DGR 1508/2022. Pertanto, l'accesso al sistema non è specifico per un determinato target. Risultano poi dei requisiti specifici per usufruire dei servizi socio-sanitari per le persone anziane non autosufficienti, cioè il requisito d'età (di norma sopra i 65 anni) e presentare condizioni di non autosufficienza, definite attraverso una serie di schede di valutazione che analizzano dimensioni cognitive, funzionali, sanitarie e di rete sociale. Questa valutazione attribuisce un punteggio complessivo che determina sia il diritto ad accedere alle prestazioni, sia l'eventuale collocamento in lista d'attesa. L'UVM è l'organismo integrato, di norma multiprofessionale e interistituzionale, che elabora una valutazione complessiva della persona e definisce un Piano Assistenziale Personalizzato, comprendente prestazioni

domiciliari, semi-residenziali o residenziali. Come ribadito dal Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, l'UVM è composta da professionalità sociali e sanitarie (cioè, un medico “di comunità”¹², un assistente sociale e un infermiere, eventualmente integrati dal MMG e altri professionisti) con il compito di verificare le capacità funzionali della persona, il suo stato di salute, la sua rete relazionale e a redigere il Piano Assistenziale Personalizzato.

Il Piano Assistenziale Personalizzato rappresenta il nucleo del percorso: in base alla gravità della situazione e alla disponibilità delle risorse, vengono attivati interventi domiciliari, semi-residenziali o residenziali. Sono il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e il Fondo Sanitario a garantire il finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie e sanitarie. Queste risorse vengono infatti erogate alle Società della Salute o Zone distretto. Invece, i servizi prettamente sociali (come il trasporto o l'assistenza domiciliare non sanitaria) sono garantiti da altri strumenti, spesso di derivazione comunale. In tal senso, a integrazione del fondo, la Regione ha attivato interventi sperimentali attraverso risorse del Fondo Sociale Europeo, come l'assistenza psicologica domiciliare o servizi dedicati alle persone con Alzheimer, come i “Caffè Alzheimer”.

Per garantire integrazione operativa, come sottolinea il documento “La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario 2023”, dal 2019 Regione Toscana sta lavorando per l'unificazione delle cartelle sociosanitarie presenti nelle Zone distretto e Società della salute. Inoltre, è attiva la sperimentazione del sistema informatico regionale “AsterCloud” che sta contribuendo all'omogeneizzazione dei processi sul territorio regionale. Questa infrastruttura è ora in fase di sviluppo per rendere disponibili gli strumenti a supporto del lavoro delle Unità di Valutazione Multidimensionale. In generale, le interviste condotte suggeriscono che l'attuale infrastruttura digitale supporti già il lavoro di rete tra operatori sanitari e sociali. Le interviste rilevano però la criticità di integrazione con le RSA, le quali attualmente rimangono attori scollegati dal sistema centrale e unificato. Inoltre, dalle interviste è emersa anche la criticità nell'integrazione con le piattaforme INPS, con cui allo stato attuale non sono attivi meccanismi di interoperabilità.

In conclusione, il modello toscano si configura come un sistema che punta alla prossimità territoriale proponendo una capillare rete di accesso integrata tra sociale e sanitario, lasciando autonomia decisionale ai territori, nello specifico alle Società della Salute, pur indicando principi a garanzia di un minimo standard comune. La Tabella 5.12 sintetizza le evidenze emerse dall'analisi del caso di Regione Toscana.

¹² L'allegato A della DGR Toscana n. 894 del 2008 definisce la figura del medico di comunità dell'azienda USL di riferimento, “quale figura deputata all'organizzazione dei servizi alla collettività attraverso l'analisi dei bisogni di salute, l'attivazione della rete dei professionisti, la costruzione di alleanze con le istituzioni, il monitoraggio dei risultati e la valutazione delle risorse necessarie, in una veste di vero e proprio manager del sistema (community manager)”.

Tabella 5.12 Sintesi delle evidenze dei casi regionali analizzati

Elementi di analisi	Friuli-Venezia Giulia	Lombardia	Toscana
Caratterizzazione PUA	Luoghi fisici, in alcuni casi integrati da modalità di primo contatto via email/telefono	Luoghi fisici e portelli diffusi	Sportelli diffusi "Punti insieme", dal 2025 rinominati PUA
Collocazione organizzativa	Incardinato nei Distretti delle Aziende Sanitarie, in accordo con i servizi sociali dei comuni	Differenti, in potenza incardinato nei Distretti tramite le Case di Comunità delle ASST	Presso il segretariato sociale o i distretti sociosanitari delle Aziende USI, in potenza rete integrata di PUA delle Case di Comunità della Società della Salute/Zona-distretto
Figure professionali	Infermieri di famiglia o di comunità e assistente sociale in alcuni casi del Servizio sociale dei Comuni. In caso di attivazione UVM, team specialistico multiprofessionale	Medici, infermieri e assistenti sociali del distretto, in presenza anche professionisti sociali degli ambiti residenziali	Personale del distretto e del segretariato sociale
Servizi presidiati	Tutti i servizi sociosanitari per la non autosufficienza, compresi servizi domiciliari, residenziali e semi-residenziali	Differenti servizi presentano diversi percorsi di accesso	Tutti i servizi per la non autosufficienza
Funzioni svolte	Accoglienza, informazione, orientamento (front-office); valutazione preliminare, attivazione UVM, definizione PAI, monitoraggio interventi (back-office).	Differenti servizi presentano diverse funzioni svolte dai punti di accesso	Accoglienza, valutazione e redazione piano di assistenza
Strumenti di gestione e accordo	Protocolli operativi tra Aziende sanitarie e ATS infermiere di comunità, avvio di COT (Centri Operativi Territoriali)	Differenti strumenti presenti nei diversi territori	Società della Salute o Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria
Integrazione informativa	Integrazione parziale tra database sanitari e sociali, sviluppo delle COT	Sviluppo della Cartella sociale informatizzata e dei sistemi di gestione digitale del territorio	Cartelle sociosanitarie e sistema "AsterCloud"
Target di riferimento	Tutta la cittadinanza	Persone anziane non autosufficienti	Tutta la cittadinanza
Budget governato	Le risorse sono attivate nell'ambito di fondi nazionali e regionali (es. Fondo per l'Autonomia Possibile – FAP)	Riparti Fondo Sanitario e per la Non Autosufficienza	Riparti Fondo Sanitario e per la Non Autosufficienza, Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Sociale Regionale, risorse autonome regionali

Fonte: elaborazione delle autrici e degli autori

5.4 Conclusioni

Il confronto tra i casi regionali di Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Toscana ha evidenziato alcune differenze territoriali, qualche criticità, ma anche molte opportunità comuni relative ai PUA e alla loro implementazione secondo quanto previsto dalla normativa nazionale. Le tre realtà descritte nel capitolo confermano che non esiste un modello “ideale”, ma che ogni scelta organizzativa e gestionale porta con sé diversi vantaggi e svantaggi. I casi regionali mostrano come il processo di accesso ai servizi, il suo presidio e governo da parte di aziende sanitarie ed enti locali e l'esistenza di modelli organizzativi più o meno esplicitamente dedicati differiscono ampiamente tra regioni che hanno definito modelli di governance di rete in cui i distretti e le diverse emanazione della rete territoriale delle aziende sanitarie hanno rilevanza diversa.

Il caso della Lombardia, caratterizzato da un'ampia eterogeneità di approcci, fa emergere alcune potenziali aree di miglioramento legate alla coerenza e all'equità di sistemi che accolgono una diversità di modelli organizzativi e pratiche. Tuttavia, questa diversificazione consente una maggiore flessibilità organizzativa, sicuramente utile per rispondere alle diverse specificità locali e territoriali, ad esempio con riferimento alle diverse dimensioni territoriali, alle caratteristiche della popolazione, all'organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

Nel caso del Friuli-Venezia Giulia emerge come elemento positivo la lunga tradizione di integrazione socio-sanitaria, che ha consentito lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci, caratterizzati dalla presenza stabile di équipe multidisciplinari. Tuttavia, una criticità rilevante è rappresentata dalla parziale integrazione dei sistemi informativi, che limita la piena interoperabilità tra compatti e rischia di indebolire la reale efficacia del modello.

Per quanto riguarda la Toscana, appare rilevante la capillarità della rete territoriale dei “PuntiInsieme”, che garantisce prossimità e facilità di accesso ai servizi. Di contro, la criticità principale riscontrata riguarda la limitata interoperabilità con piattaforme istituzionali esterne, come quella dell'INPS, rendendo complesso il processo di integrazione totale dei servizi socio-sanitari.

La recente normativa nazionale potrebbe quindi rappresentare un'opportunità per valorizzare aspetti positivi e riflettere su come superare gli snodi critici che i sistemi di accesso esistenti in Italia hanno già evidenziato.

Ad esempio, nel caso dell'eterogeneità di approcci del modello lombardo, i nuovi PUA potrebbero essere una modalità per promuovere una maggiore uniformità che garantisca un accesso più equo e omogeneo ai servizi, indipendentemente dalla condizione di bisogno, dall'età o dal territorio di residenza. Sarà altresì importante promuovere ragionevoli livelli di adattabilità e flessibilità organizzativa per rispondere alle diverse esigenze che territori con caratteristiche differenti possono presentare.

La questione dell'equità richiamata grazie al caso studio lombardo non riguarda però solo l'omogeneizzazione intra-regionale, ma solleva interrogativi sulla capacità dei PUA di contribuire concretamente a ridurre le disparità inter-regionali, a maggior ragione a seguito della recente spinta normativa nazionale.

Un'altra delle sfide principali sarà identificare un equilibrio efficace tra l'obiettivo di dare una risposta che sia la più tempestiva possibile ai bisogni e l'accuratezza della presa in carico e delle valutazioni multidimensionali. Non appare ragionevole e sostenibile né affidare la complessità del sistema a singole figure professionali (come MMG o infermieri di comunità), né strutturare modelli troppo complessi che coinvolgano contemporaneamente numerosi professionisti. Trovare tale equilibrio sarà decisivo, soprattutto considerando il probabile aumento dei bisogni legati all'invecchiamento della popolazione e ad altre dinamiche socio-demografiche in atto che coinvolgono altri target di utenza.

Un ulteriore elemento cruciale emerso riguarda l'integrazione dei sistemi informativi. La frammentazione informativa tra comparto sanitario, socio-sanitario, sociale e INPS rappresenta un ostacolo significativo all'efficacia dei PUA. Senza una reale interoperabilità dei sistemi, è difficile immaginare un vero punto di accesso integrato. Pertanto, l'implementazione dei PUA dovrebbe diventare anche l'occasione per affrontare e risolvere questa criticità strutturale (e, come più volte sottolineato in passato, con impatti che non si limitano al funzionamento dei PUA).

Sul piano dei processi, è chiaro che non basta istituire formalmente i PUA e le UVM all'interno delle Case della Comunità: occorre individuare pratiche efficaci e sostenibili per l'implementazione, specialmente nelle regioni prive di una tradizione consolidata di integrazione. L'esperienza delle regioni analizzate può essere utile come riferimento, ma servono strategie chiare e concrete per supportare le regioni meno strutturate a implementare non solo modelli organizzativi, ma anche nuovi processi e nuovi approcci, che spesso passano attraverso un cambio di cultura tra gli operatori coinvolti.

Infine, il limitato riferimento all'accessibilità digitale, appare un limite evidente per un modello che, nel 2025, dovrebbe pienamente includere questa dimensione. L'implementazione del canale digitale deve essere considerata come un requisito fondamentale per garantire un reale accesso universale, agile ed efficace ai servizi sociosanitari. Le nostre analisi hanno evidenziato alcuni sforzi in questa direzione, sebbene siano ancora tentativi iniziali di sviluppo del canale digitale.

In conclusione, i PUA possono rappresentare una leva strategica fondamentale nel settore socio-sanitario per garantire equità e qualità nei percorsi di presa in carico, purché siano accompagnati da una visione integrata, da investimenti adeguati e da un forte impegno volto al monitoraggio (e, dove opportu-

no, alla riduzione) delle disparità territoriali, dell'esito dei servizi, senza dimenticare le potenziali opportunità offerte dall'innovazione digitale. Questo può accadere, inoltre, a fronte di una riflessione condivisa ed esplicita sulla mission assegnata ai PUA e sugli obiettivi di integrazione da perseguire. Ad oggi i modelli regionali e il dibattito sull'evoluzione di questi (anche in funzione della Riforma nazionale) si è concentrato sulle modalità di funzionamento e sui dispositivi organizzativi che sostengono il funzionamento dei luoghi di accesso ai servizi. È mancata, invece, una riflessione approfondita e condivisa di quale debba essere il ruolo strategico di questi servizi e l'obiettivo loro assegnato. Quello che emerge è una forte attenzione alla semplificazione e all'omogeneizzazione ma non si è discusso di come questi debbano essere messi in relazione rispetto ad obiettivi specifici legati alla rete dei servizi sociosanitari e sociali a cui danno accesso (ad esempio con riferimento ai criteri di selezione e prioritizzazione delle richieste dei cittadini, di livello di servizio da garantire, etc.). La sfida futura sarà dunque quella di concretizzare questo potenziale operativo, valorizzando le migliori pratiche regionali e sostenendo un cambiamento organizzativo e culturale che possa portare a un sistema più coeso e rispondente ai bisogni emergenti, orientato a rafforzare le risposte date ai cittadini.

5.5 Bibliografia

- Aria (2019), «Agenda Digitale Lombarda. Linee Guida Cartella Sociale Informazizzata. Versione 2.0».
- Azienda Regionale di Sanità della Toscana (2023), «La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario 2023».
- Calabrò, M. (2022), «Welfare, ecco il 'Nuovo sistema per la gestione digitale del territorio'», *Lombardia Notizie online* del 24/12/2022.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano: Egea.
- Fosti, G., Longo, F., Notarnicola, E., Pirazzoli, A. (2015), «Accesso e selezione degli utenti nel settore sociosanitario: modelli di gate unici (PUA) a confronto», CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2015*. Egea: Milano.
- ISTAT (2025), Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2021. Disponibile a questo link. Consultato l'ultima volta il 17 luglio 2025.
- 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 2022; Anno 2021; Anno 2020; Anno 2019; Anno 2018.

- 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», CER-GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.
- Manfredi, S. e Notarnicola, E. (2024), «La sostenibilità del settore Long Term Care nella riforma per la non autosufficienza», *Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea
- Ministero della Salute, (più anni), Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN.
- Paresi, F. (2022), «Il nuovo punto unico di accesso (PUA): Il quadro nazionale», *I luoghi della cura* online, n. 4/2022.
- Ragioneria Generale dello Stato (2024), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2024.
- Regione Friuli-Venezia Giulia (2025), Contributi per sostenere la permanenza di persone non autosufficienti nella propria abitazione. Le diverse tipologie di contributo sono gestite attraverso il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP).
- Regione Friuli-Venezia Giulia (2025), Disabilità: Riccardi, in 6 anni risorse aumentate oltre il 60%. Comunicato del 03/07/2025.
- Regione Friuli-Venezia Giulia (2025), Salute: Riccardi, nuovo Piano demenze rafforza sostegno famiglie. Comunicato del 27/06/2025.
- Regione Friuli-Venezia Giulia (2023), Fondo nazionale per la non autosufficienza documento programmatico della Regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 2022-2024 - Allegato alla DGR 929 del 16/06/2023.
- Regione Friuli-Venezia Giulia (2022), DGR 2042 del 29/12/2022. *PNRR M6. DM 77/2022*. Programma regionale dell'assistenza territoriale. Approvazione definitiva
- Regione Lombardia (2009), DGR VIII/10759 dell'11/12/2009. Determinazione in ordine alla realizzazione del “Centro per l'assistenza domiciliare” nelle Aziende Sanitarie Locali
- Regione Lombardia (2024), DGR XII/2089 del 25/03/2024. Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024
- Regione Lombardia (2024), DGR XII/2167 del 15/04/2024. Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027.
- Regione Lombardia (2024), DGR XII/3719 del 30/12/2024. Programma operativo regionale a favore di persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno

- intensivo elevato e molto elevato - Fondo per le non autosufficienze 2024 esercizio 2025.
- Regione Lombardia (2025), Analisi monitoraggio DM77 Case di Comunità – Rilevazione Giugno 2025.
- Regione Toscana (2008), Legge Regionale 66 del 18/12/2008. Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza.
- Regione Toscana (2008), Legge Regionale 60 del 10/11/2008. Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).
- Regione Toscana (2008), DGR 894/2008 - Allegato A: Indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio – ospedale – territorio
- Regione Toscana (2022), DGR 1508 del 19/12/2022. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77.
- Regione Toscana (2023), Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 – Allegato 1 alla DGR 256 del 13/03/2023

