



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

# **SAD ANZIANI: DIVENTI LIVELLO ESSENZIALE**

---

## **Analisi e proposta**

**Allegato 3 a IL PIANO NAZIONALE DI DOMICILIARITA' INTEGRATA**

La proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla Non autosufficienza" per la Legge di bilancio 2022

**Franco Pesaresi e Cristiano Gori**

Network Non Autosufficienza (NNA)

12 settembre 2021

Analisi del Sad erogato dai comuni italiani. Presentazione della proposta di definizione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale e dei relativi obiettivi di servizio.

# SAD ANZIANI: DIVENTI LIVELLO ESSENZIALE

Franco Pesaresi e Cristiano Gori

## INDICE

	Pag.
1. Il PNRR e i livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti	2
2. Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad)	2
<i>La regolamentazione</i>	2
<i>Gli assistiti</i>	4
<i>I comuni che erogano il Sad</i>	5
<i>La spesa per il Sad</i>	6
<i>Le prestazioni erogate</i>	7
3. Alcune criticità e alcune proposte	8
<i>Alcune criticità</i>	8
<i>Alcune proposte</i>	9
4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali	10
5. L'individuazione del livello essenziale relativo al Sad	11
6. Effetti economici ed assistenziali dell'adozione del livello essenziale relativo al Sad	13
<i>Le annualità successive al 2022</i>	14
7. Conclusioni	15
Bibliografia	17

# SAD ANZIANI: DIVENTI LIVELLO ESSENZIALE

Franco Pesaresi<sup>1</sup> e Cristiano Gori<sup>2</sup>

## 1. Il PNRR e i livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha previsto che entro la primavera del 2023 il Parlamento approvi la riforma legislativa organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti provvedendo anche alla formale individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti.

Uno dei livelli essenziali dovrà necessariamente prevedere l'assistenza domiciliare socio-assistenziale che è, evidentemente, la forma prioritaria di assistenza per gli anziani non autosufficienti anche tenuto conto che l'assistenza domiciliare sanitaria (Adi) è già un livello essenziale (LEA).

Questo scritto propone al dibattito la definizione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani non autosufficienti nella prospettiva dell'annunciata legge di riforma della non autosufficienza.

## 2. Il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad)

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

I servizi domiciliari per gli anziani si distinguono in due grandi categorie:

1. **Le cure domiciliari (CD)** che, erogate dalle ASL, garantiscono assistenza infermieristica, riabilitativa e medica.
2. **Il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad)** che, gestito dai comuni, mira ad aiutare l'anziano bisognoso nelle attività della vita quotidiana e nella cura della persona.

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

### *La regolamentazione*

Il Sad si è sviluppato prevalentemente tra la seconda metà degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, spesso alimentato dall'autonoma iniziativa comunale a cui si è successivamente aggiunta l'attività normativa delle regioni italiane. Infatti, l'80% delle regioni ha regolamentato il servizio nelle leggi

---

<sup>1</sup> Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN); NNA Network Non Autosufficienza.

<sup>2</sup> Università di Trento; NNA Network Non Autosufficienza.

regionali di riordino dei servizi assistenziali o in altri atti regolamentari negli anni '80, mentre la Provincia di Bolzano ed altre tre regioni anticipatrici (Lazio, Toscana, Trento) l'hanno fatto negli anni '70 (Cfr. Tab. 1).

**Tabella 1 – Anno di regolazione del Sad nelle regioni italiane**

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

Fonte: Pesaresi (2007).

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

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

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

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

## Gli assistiti

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

Nel complesso, pertanto, gli anziani che ricevono l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche integrata con i servizi domiciliari sanitari sono 185.970, pari all'1,3% di tutti gli anziani (Cfr. Tab. 2). Si tratta, come è del tutto evidente, di un numero estremamente contenuto. Ai livelli più elevati troviamo la P.A. di Bolzano (4,5%), la Valle d'Aosta (3,7%) e il Veneto (3,6%) mentre in otto regioni, tutte del Centro-sud, la quota di anziani assistiti a domicilio non raggiunge l'1%.

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

**Tabella 2 – L'assistenza domiciliare socio-assistenziale (Sad) per gli anziani. Anno 2018**

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

Note: \* Sad non integrato.

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2021.

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

Gli anziani assistiti a domicilio dai comuni, in questi ultimi anni si sono ridotti costantemente; si

pensi che nel 2004 erano un numero superiore a quello attuale: 244.396 anziani pari al 2,1% del totale (di cui lo 0,5% in assistenza domiciliare integrata).

### *I comuni che erogano il Sad*

Non tutti i comuni erogano l'assistenza domiciliare. I comuni che lo fanno sono l'83,9%. Si presume che il 16% dei comuni che mancano all'appello siano i comuni più piccoli ma questo pone, evidentemente, il tema dell'equità di accesso ai servizi. Nelle regioni del Nord Italia i comuni che erogano il Sad superano sempre il 90%, mentre al Sud tali percentuali sono sempre inferiori al 75% (Cfr. Tab. 3).

In un numero significativo di casi esiste un protocollo di intesa fra i comuni e le ASL per la gestione integrata dell'assistenza domiciliare, ma i casi realmente gestiti in modo integrato continuano a rimanere assai pochi. Infatti, i comuni in grado di erogare l'assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata con i servizi domiciliare sanitari sono solo il 40,1% e questo dato fotografa in modo emblematico il quadro dell'andamento dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio nazionale. Ci sono comunque belle eccezioni costituite dai comuni del Piemonte, della Puglia e del Veneto dove i comuni che erogano prestazioni integrate superano il 75%; per contro ci sono ben 6 regioni e province autonome (Valle d'Aosta, Lombardia, Bolzano, Trento, Marche, Molise) dove meno del 10% dei comuni eroga il Sad integrato (Cfr. Tab.3).

**Tabella 3 – Presenza del Sad nei comuni italiani. Anno 2018**

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

Fonte: Istat, 2021

### La spesa per il Sad

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

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

Seppure il servizio sia potenzialmente lo stesso, si registrano significative differenze fra il costo medio per utente dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale ordinaria (costo medio 2.144 euro) e il costo medio annuo dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (costo medio 1.253 euro); questo aspetto probabilmente deriva dal fatto che la sinergia con i servizi sanitari permette ai servizi domiciliari comunali di erogare il servizio con un livello di intensità minore (Cfr. Tab. 4).

**Tabella 4 – La spesa per il Sad nelle regioni italiane – anno 2018 (in euro)**

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

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2021.

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

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

I livelli più bassi si registrano invece nei comuni dell'Umbria con una spesa annua di 10 euro per anziano residente e nei comuni della Calabria con 11 euro (Cfr.Tab.4).

Questo panorama sulla spesa per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale ci consegna un quadro di straordinaria disomogeneità territoriale, raro a vedersi per dimensioni (1 a 17) anche in un territorio come quello italiano abituato alle differenze, che non ha giustificazioni e che non può lasciarci indifferenti.

### *Le prestazioni erogate*

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

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

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

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

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

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



### 3. Alcune criticità e alcune proposte

#### *Alcune criticità*

In questi ultimi decenni si è affermata definitivamente la cultura della domiciliarità, che ha portato le famiglie e le politiche pubbliche a privilegiare sempre più un intervento domiciliare piuttosto che il ricovero definitivo in strutture residenziali sociali, sociosanitarie o sanitarie. Insieme a questo, però, molte cose sono cambiate nella società, nel sistema assistenziale e nelle condizioni degli anziani che vengono avviati al Sad e nelle loro aspettative di servizio.

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

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

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

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

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

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

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

### *Alcune proposte*

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

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

Il Sad deve sapersi misurare con una nuova funzione che è quella del coordinamento dei diversi soggetti che operano al domicilio dell'anziano. Si tratta di qualificare il lavoro a domicilio organizzando il coordinamento delle risorse domiciliari che sono costituite dai familiari caregiver, dalla badante, dal volontariato e dall'assistenza domiciliare sociale e sanitaria. Questa attività ricomprende anche la vera e propria costruzione della rete attorno al non autosufficiente, informando la famiglia delle opportunità disponibili e collaborando al loro reperimento, attività che oggi è affidata al caregiver familiare. Questo lavoro di coordinamento, che è in grado di sgravare una parte dell'impegno dei caregiver familiari, deve essere pianificato dal case manager dell'anziano non autosufficiente. Questa figura può essere l'assistente sociale che ha valutato l'ammissione al Sad dell'anziano non autosufficiente o, nel caso di assistenza domiciliare integrata, può essere scelto dall'unità valutativa multidimensionale integrata sulla base della prevalenza dell'intervento domiciliare. In altre parole, il case manager sarà un operatore del servizio sanitario se l'intervento domiciliare sarà prevalentemente di tipo sanitario e sarà invece un operatore comunale in caso contrario. Al case manager spetterebbe l'onere di progettare e costruire il mix degli interventi domiciliari insieme alla famiglia, ma poi la manutenzione nel tempo della rete dei sostegni (copertura degli orari ed eventuali sostituzioni, assistenza negli spostamenti dell'utente per visite mediche ecc., formazione on the job di badanti e caregiver, ecc.) spetterebbe all'OSS domiciliare all'interno del quadro predefinito della rete. Ovviamente, per questa nuova funzione occorre un OSS con una formazione aggiuntiva e specifica.

Dentro questo quadro va inserito il rapporto degli operatori con le badanti, qualora queste coesistano con il lavoro degli operatori domiciliari formali. Sarebbe estremamente sbagliato per il Sad esprimersi in termini competitivi rispetto al lavoro delle assistenti familiari. Sarebbe peraltro una partita già persa per il Sad, visto che la spesa complessiva italiana per le assistenti familiari è almeno 20 volte quella del Sad. L'operatore del Sad non deve neanche isolarsi nella sua prestazione se vuol darle valore e renderla massimamente produttiva. Laddove l'anziano intenda usufruire di tutte e due le prestazioni occorre cogliere l'occasione per integrare le due attività e qualificare il lavoro degli operatori coinvolti. L'operatore del Sad, che spesso è più esperto e qualificato, per esempio, può fornire sostegno all'assistente familiare, può istruirla, può confortarla nelle scelte, in buona sostanza può fornire una prestazione di tutoraggio nei confronti di una operatrice che passa

gran parte del suo tempo con l'anziano non autosufficiente ma che spesso è straniera, conosce poco la società e i servizi pubblici esistenti e, spesso, non ha mai svolto in patria questa attività. Il fenomeno delle assistenti familiari, più di altri, induce quindi a ripensare l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per garantire servizi integrati che mettano in relazione aiuti diversi tra loro, che insieme contribuiscano alla erogazione di interventi più qualificati e consistenti anche in termini qualità del servizio e di numero di ore erogate per la cura della persona (Pasquinelli, 2003).

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

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

Inoltre, per migliorare l'equità di accesso alle prestazioni bisognerebbe promuovere una valutazione del bisogno assistenziale omogenea nell'intero territorio nazionale, soprattutto alla luce di quanto si dirà nei paragrafi successivi sui livelli essenziali di assistenza. Una scala di valutazione, finalmente nazionale, sembrerebbe esser stata identificata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si tratta della cosiddetta “Scala Francescutti” che va validata definitivamente ed implementata senza ulteriori ritardi.

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

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

#### **4. I livelli essenziali delle prestazioni sociali**

I dati sul Sad presentati in questo articolo delineano un panorama nazionale di un servizio in via di ridimensionamento e di straordinaria disomogeneità nel territorio nazionale. Le trasformazioni sociali in atto impongono un ripensamento complessivo delle finalità del Sad e della sua

organizzazione tenuto conto che oggi, nella situazione attuale, non è più in grado di supportare incisivamente le famiglie nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

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

Nell'esperienza sanitaria l'individuazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) ha spesso portato ad una elencazione generica delle prestazioni a cui aver diritto; un'impostazione che in un settore ancora fragile e da sviluppare come quello sociale non può funzionare. Nel settore sociale è assolutamente necessario che all'individuazione dei Livelli essenziali si affianchi l'ulteriore individuazione degli obiettivi di servizio da raggiungere in un tempo determinato e riferiti al singolo livello essenziale. Gli obiettivi di servizio sono di straordinaria importanza perché riempiono di contenuti i livelli essenziali, permettono una verifica circa l'attuazione del livello essenziale e permettono una crescita graduale dell'intero paese rispetto agli elementi quantitativi e qualitativi stabiliti per il livello essenziale.

Per garantire e rivitalizzare l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche integrata, è necessario individuarla come livello essenziale delle prestazioni sociali ma occorre anche stabilire i relativi obiettivi di servizio in relazione alle criticità attuali del servizio, alle condizioni dei diversi territori, creando i presupposti normativi per uno sviluppo realistico e graduale del servizio in tutta la nazione. Infatti, la caratteristica principale dell'obiettivo di servizio è proprio quello di potersi modulare nel tempo e nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento.

## 5. L'individuazione del livello essenziale relativo al Sad

Non basta quindi individuare quale livello essenziale delle prestazioni sociali il servizio domiciliare socio-assistenziale per rilanciare il servizio perché questo solo aspetto di per sé non tocca gli elementi quantitativi e qualitativi del servizio. Occorre completare il processo anche con l'individuazione degli obiettivi di servizio.

Il livello essenziale potrebbe prevedere che l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche in integrazione con i servizi sanitari **deve essere garantita in tutti i comuni**. Questo costituirebbe già uno straordinario passo avanti perché oggi non tutti i comuni la garantiscono e soprattutto la maggioranza dei comuni non sono in condizione di fornire il Sad in integrazione all'Adi.

Ma questo solo elemento non garantirebbe, per esempio, l'assistenza domiciliare ad un numero adeguato di anziani. I comuni, teoricamente, potrebbero assolvere all'obbligo con un numero di assistiti anche più basso di quello attuale o addirittura con un solo assistito ammesso al Sad. Per questo occorre accompagnare l'individuazione del livello essenziale con l'individuazione di alcuni obiettivi di servizio che, in questa prima fase, aggrediscano le criticità quali-quantitative del servizio ed in futuro, con la loro modulazione, ne garantiscano lo sviluppo armonico e il mantenimento.

Il problema principale oggi è costituito dal bassissimo livello di anziani assistiti per cui uno degli obiettivi di servizio dovrebbe occuparsi degli aspetti quantitativi fissando un livello standard che tutti i comuni o gli ambiti sociali devono raggiungere. Questo livello è ovviamente influenzato dalle differenze esistenti nel paese e dagli eventuali finanziamenti statali dedicati che si vorranno mettere

in campo. Occorre innanzitutto raggiungere un livello base uguale per tutti per poi crescere gradualmente in una seconda fase. In questo lavoro, si ipotizza in una prima fase, per esempio il 2022, che tutti i territori debbano raggiungere almeno l'obiettivo di assistere 1,3 anziani ogni 100 (Cfr. tab. 5). Si tratta di un obiettivo apparentemente modesto ma occorre rammentare che metà del paese oggi è al di sotto di questo standard. **E' chiaro che l'obiettivo di servizio dovrebbe annualmente crescere fino al raggiungimento del livello quantitativo stabilito a livello nazionale.** E' altrettanto chiaro, per questo ed altri obiettivi di servizio, che il requisito è sempre assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito sociale territoriale o altro strumento di gestione associata quando questo è delegato alla gestione del Sad.

**Tabella 5 – Livello essenziale (LEPS) ed obiettivi di servizio del Sad**

<b>LIVELLO ESSENZIALE DELLE PRESTAZIONI SOCIALI</b>		
<b>LEPS</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attuazione</b>
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	L'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche in integrazione con i servizi sanitari deve essere garantita in tutti i comuni.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito sociale territoriale.
<b>OBIETTIVI DI SERVIZIO</b>		
<b>Obiettivo di servizio</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Attuazione</b>
1. Anziani assistiti	Garantire l'assistenza domiciliare socio-assistenziale anche ad integrazione di quella sanitaria ad almeno 1,3 anziani ogni 100.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito sociale territoriale.
2. Assistenza domiciliare integrata	Presenza di accordo formale del comune con la ASL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito sociale territoriale.
3. Qualità dell'assistenza	Le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti.	Il requisito è assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito sociale territoriale.

I problemi attuali del Sad non sono solo quantitativi, ma anche qualitativi. Per esempio, troppo modesta è l'integrazione del Sad con i servizi domiciliari sanitari (Adi) ed è ancora insufficiente l'attenzione del Sad verso le necessità prioritarie degli anziani non autosufficienti come la cura della persona.

Per promuovere l'integrazione sociosanitaria dell'assistenza domiciliare si potrebbe stabilire un obiettivo di servizio che preveda la presenza di accordo formale del comune con la ASL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (Cfr. Tab.5). Questo elemento non determina di per sé un aumento dell'integrazione ma crea le condizioni perché questo possa avvenire. Si tratta del primo indispensabile passo, tenuto conto che la maggioranza dei comuni oggi non eroga questa prestazione integrata.

Più complesso è intervenire nel promuovere un più incisivo intervento a favore degli anziani non autosufficienti in quella che è una delle criticità del sistema: la cura della persona duratura nel tempo. Come primo passo, in direzione di un rafforzamento di questo tipo di intervento, un obiettivo di servizio potrebbe prevedere che le ore di assistenza di cura della persona devono essere prevalenti rispetto a quelle di cura degli ambienti (Cfr. Tab.5). Anche in questo caso occorre

precisare che si tratterebbe di un punto di partenza uniforme per tutti da cui innestare nel tempo ulteriori sviluppi.

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

La presenza di finanziamenti statali in grado di incentivare l'attuazione degli obiettivi di servizio rappresenta uno snodo decisivo per il successo dell'intera operazione.

## **6. Effetti economici ed assistenziali dell'adozione del livello essenziale relativo al Sad**

L'ipotesi di base indicata nella tab. 5 punta a far raggiungere a tutte le regioni almeno un livello minimo che è dato dalla media nazionale di anziani che sono attualmente assistiti dal Sad. Gli ultimi dati del 2018 fissano, come già indicato, nell'1,3% gli anziani che sono assistiti dal Sad a livello nazionale. Rispetto a questa percentuale, sono 11 le regioni che dovrebbero far crescere il numero di assistiti dato che la loro media degli anziani assistiti è inferiore a tale percentuale. L'adeguamento alla percentuale minima dell'1,3% di queste 11 regioni, e quindi ipotizzando che le altre regioni mantengano le attuali percentuali di anziani assistiti, farebbe crescere il numero degli assistiti a domicilio di 29.539 unità, portando il totale degli anziani assistiti con il Sad a 215.509, con un aumento del 15,9% rispetto al 2018. Con questi dati la percentuale degli assistiti salirebbe all'1,6%.

Se i comuni di queste regioni che devono raggiungere il livello minimo utilizzassero il loro modello di erogazione del servizio che determina spese medie per singolo utente molto diverse fra loro il costo complessivo che queste regioni sosterebbero per raggiungere il livello minimo sarebbe di 72.906.000 euro. Siccome questo processo ha possibilità di successo solo se sarà accompagnato da un finanziamento ad hoc per il livello essenziale del Sad, e siccome non è assolutamente prevedibile che questo finanziamento possa essere differenziato per singolo caso e per singola regione, occorre pensare ad un "costo standard" di riferimento per singolo caso che in questo momento si può identificare nel costo medio annuo nazionale che nel 2018 è stato di 1.867 euro. Prendendo come punto di riferimento questo ultimo dato, il costo per l'adeguamento delle regioni in ritardo sarebbe di 55.149.000 euro.

A questo punto sorge però un altro quesito: è ipotizzabile che lo Stato nel perseguire l'obiettivo dell'attuazione del livello essenziale dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale finanzia solo le regioni che offrono meno servizi della media nazionale penalizzando i territori più attenti alle esigenze degli anziani? No, non è ipotizzabile. Non sarebbe né giusto né sopportabile dalle regioni sopra la media. Una ipotesi ben più equa, ma molto più costosa per lo Stato, potrebbe essere quella di finanziare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare necessarie per raggiungere il livello minimo dell'1,3% senza far differenze fra prestazioni già erogate o da incrementare per raggiungere il livello minimo. In questo caso il costo complessivo dell'operazione sarebbe di 347.206.000 euro utilizzando la spesa media nazionale per singolo caso. Da tale importo andrebbero detratte le entrate dei comuni da compartecipazione alla spesa da parte dei nuovi utenti, che in genere ammontano al 10-15% del totale della spesa. In questa ipotesi la spesa per lo Stato sarebbe quindi di circa 300 milioni di euro da ripartire in modo proporzionale fra tutte le regioni in base al numero di anziani presenti. Per le regioni sopra la media dovrebbe essere indicato il vincolo che le risorse dovranno comunque essere utilizzate per aumentare il livello delle prestazioni (incremento degli assistiti e/o dell'intensità dell'assistenza).

Con queste regole il numero di anziani assistiti con il Sad dovrebbe salire a 371.940 (utilizzando sempre il costo medio attuale per singolo caso) portando al 2,6% la percentuale degli anziani assistiti. Un risultato sicuramente significativo che andrebbe ad accompagnare l'aumento dell'Adi previsto e finanziato con il PNRR (che cresce invece del 50% circa nell'arco temporale del PNRR).

Negli anni successivi, in relazione alla modifica periodica degli obiettivi di servizio, anche i finanziamenti statali dovrebbero adeguarsi ai nuovi target.

Peraltro, proprio il PNRR, con lo sviluppo quasi tumultuoso (perché in pochi anni) del numero di anziani assistiti dall'Adi aumenterà significativamente anche le richieste di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata.

Oggi i comuni assistono a domicilio solo 57.685 anziani integrando le prestazioni domiciliari sanitarie. L'attuazione dell'obiettivo di servizio che prevede che tutti i comuni siano in grado di fornire assistenza domiciliare integrata a quella sanitaria dovrebbe portare ad un aumento molto significativo di utenti, dato che oggi solo il 40,1% dei comuni fornisce assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria. Allargando questa possibilità a tutti i comuni, anche con l'intervento degli Ambiti sociali, le reali necessità, calcolate come semplice proporzione degli attuali assistiti, potrebbe salire a 143.853 anziani da assistere in modo integrato, ipotizzando gli attuali numeri dell'Adi.

Poiché gli utenti anziani dell'Adi, in attuazione del PNRR, cresceranno dal 6.5% al 10% di tutti gli anziani da qui al 2026, conseguentemente è possibile ipotizzare proporzionalmente un incremento degli anziani da assistere in modo integrato fino a 220.095 casi. 162.410 in più rispetto a quelli attuali.

L'ipotesi precedente, che prevede lo stanziamento di 300 milioni di euro per lo sviluppo del Sad, permetterebbe di assorbire queste nuove domande di assistenza integrata. Stanziamenti inferiori del 20% o più non permetterebbero di raggiungere questo obiettivo.

Detto in altro modo, senza lo stanziamento di finanziamenti di queste dimensioni non solo non si fa l'integrazione socio-sanitaria ma c'è addirittura il rischio che si facciano passi indietro.

Le risorse aggiuntive per il finanziamento del livello essenziale relativo al Sad dovrebbero essere collocate all'interno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) che già finanzia, in parte, l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e che ha come obiettivo proprio quello di finanziare l'assistenza ai disabili gravi e gravissimi, categorie all'interno delle quali rientrano tutti gli anziani non autosufficienti.

Queste risorse, dovrebbero poi essere erogate ai territori congiuntamente a quelle addizionali previste nella sanità, così da individuare una linea di finanziamento unica per la domiciliarità integrata.

Per garantire il raggiungimento di tutti gli obiettivi di servizio indicati è opportuno che le risorse vengano erogate agli Ambiti sociali territoriali (non ai singoli comuni), in grado di garantire le prestazioni domiciliari anche nei comuni più piccoli.

### *Le annualità successive al 2022*

Negli anni successivi, si dovrebbe proseguire nell'ampliamento del Sad, utilizzando la stessa logica indicata per il 2022. L'obiettivo di servizio quantitativo per il 2023 dovrebbe crescere all'1,6% degli anziani e nel 2024 al 2,0%, che quindi diventa il target che tutte le regioni dovrebbero raggiungere, mentre quelle che l'hanno già raggiunto devono obbligatoriamente utilizzare le risorse aggiuntive per aumentare il numero di casi assistiti a domicilio (quantità) o l'intensità dell'assistenza. La spesa passerebbe dai 302 milioni del 2022 a 373 nel 2023 e 468 nel 2024.

Questa impostazione, oltre al raggiungimento del livello minimo in tutte le regioni, dovrebbe garantire, a livello nazionale, il Sad al 2,6% degli anziani sin dal 2022, percentuale che crescerà fino al 3,3% nel 2024 (Cfr. Tab. 6). Tale risultato sarà un po' più basso in quelle realtà che, una volta raggiunto comunque l'obiettivo di servizio, investiranno anche in un aumento dell'intensità del servizio domiciliare, aumentando cioè il numero di ore erogate per singolo caso.

**Tabella 6 – Sviluppo del Sad negli anni 2022-2024**

	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Anziani	13.693.215	13.859.090	13.923.073
Obiettivo di servizio	1,3%	1,6%	2,0%
Anziani assistiti con l'obiettivo di servizio	178.012	221.745	278.461
Finanziamento dell'obiettivo di servizio	332.348.000	413.999.000	519.887.000
Finanziamento erogato detratto del 10% di compartecipazione	302.000.000	373.000.000	468.000.000
Anziani con il Sad nel 2018	185.970	185.970	185.970
Anziani assistiti complessivamente	363.024	407.715	464.431
Stima copertura servizio	2,6%	2,9%	3,3%

## 7. Conclusioni

Il PNRR prevede:

- che entro la primavera del 2023 il parlamento approvi la riforma legislativa organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti provvedendo anche alla formale individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti;
- un fortissimo sviluppo dell'Assistenza domiciliare sanitaria (Adi) che dal 2021 al 2026 porterà la quota di anziani assistiti al domicilio dal 6,5% del totale al 10%.

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

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

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

Non dobbiamo mai dimenticare, inoltre, che abbiamo in Italia 2.600.000 anziani non autosufficienti (altri 300.000 circa sono accolti nei presidi residenziali) che vivono nella propria abitazione e che solo in quote marginali ricevono al domicilio prestazioni assistenziali durevoli nel tempo.



Per fare in modo che il Sad possa essere in grado di svolgere la sua funzione di assistenza agli anziani bisognosi, ed in particolare di quelli non autosufficienti, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale in integrazione con i servizi domiciliari sanitari occorre una svolta poderosa che solo il riconoscimento di livello essenziale del Sad può dare con l'individuazione di adeguati e crescenti obiettivi di servizio. Questo bersaglio si allinea a quanto già previsto con il PNRR che prevede, nell'arco di un paio di anni, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti e ne avvia l'attuazione.

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

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

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

## Bibliografia

- Brenna E. (2021), *Legami familiari e cura degli anziani in Europa*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 3.
- Gori C. (2021), [La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio](#), I luoghi della cura, 27 aprile.
- Istat – Ministero della Salute (2021), [Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria – anno 2019](#).
- Istat (2021), [La spesa dei comuni per i servizi sociali – anno 2018](#), Statistiche report.
- Istat (2007), *La seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni – anno 2004*.
- Pasquinelli S., Pozzoli F. (2021), *Il sociale prima dei servizi*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 3.
- Pasquinelli S. (2019), [Caregiver in Lombardia: a che punto siamo?](#), Lombardia sociale, 29 ottobre.
- Pasquinelli S. (2003), *Servizi domiciliari: quale futuro?*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 7.
- Pesaresi F. (2021), *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Pesaresi F. (2007), *Il Sad per anziani in Italia*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 18.
- Tidoli R. (2006), *La metamorfosi dell'assistenza domiciliare*, in Prospettive sociali e sanitarie, n. 2.