Servono gli obiettivi di servizio nell’assistenza domiciliare sociale (SAD)

Franco Pesaresi, | 13 maggio 2024

Le criticità del SAD

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

Primo, la scarsità dell’offerta. I Comuni italiani, nel 2020 (più recenti dati disponibili[note]Istat, 2023*, Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020*, Roma, Istat.[/note]), hanno assistito con il Sad una percentuale di anziani pari solo all’1,4%. Si tratta evidentemente di un valore ben lontano da quanto necessario.

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

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

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

Quinto, la difficoltà ad aggiornare il modello. In gran parte del Paese, il Sad non ha saputo evolvere, mantenendo sostanzialmente la configurazione definita tra la fine degli anni ‘80 e l’inizio del decennio successivo, che prevede l’erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilizzazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata (in media 78 ore annue), di supporto in specifici momenti critici della giornata o di funzioni domestiche. La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell’organizzazione familiare ne hanno ridotto l’appetibilità[note]Per maggiori approfondimenti si vedano Pesaresi, F., Gori, C., 2021*, Sad anziani: diventi livello essenziale*, 28 settembre, Paper tecnico – Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, disponibile in www.pattononautosufficienza.it; Tidoli, R., 2017, *La domiciliarità*, in NNA (a cura di) “L’assistenza agli anziani non autosufficienti – 6° Rapporto. Il tempo delle risposte”, 2017, Rimini, Maggioli, pp. 77-100.[/note].

L’avvio di una nuova fase

A fronte del quadro assai critico riassunto sopra, alcuni recenti atti innovativi hanno costruito le condizioni per un’inversione di rotta. La Legge di Bilancio 2022[note]Legge 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.[/note] e il successivo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024[note]Legge 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.[/note], infatti, hanno inserito l’assistenza domiciliare sociale e quella integrata con i servizi sanitari tra i Livelli essenziali delle prestazioni (Leps). Questa sostanziale novità si colloca all’interno di una più ampia progettualità tesa ad attribuire un nuovo ruolo agli interventi sociali nel territorio rivolto agli anziani non autosufficienti. Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) precisa, inoltre, che i Leps relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze. La già menzionata Legge di Bilancio 2022 ne ha incrementato le risorse dedicate per un ammontare pari a 200 milioni di euro per l’anno 2023, a 250 milioni di euro per l’anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall’anno 2025. In quest’ultimo anno, di conseguenza, il Fondo nazionale raggiungerà la cifra di 963 milioni.

Un ulteriore aspetto di rilievo, da evidenziare in prospettiva della riforma, riguarda la tipologia degli interventi previsti. Mentre sino ad oggi le risorse del Fondo sono state utilizzate perlopiù per il trasferimento di contributi economici, se ne prevede un progressivo riorientamento verso i servizi alla persona[note]Pesaresi, F., 2023, Leps 8: l’assistenza domiciliare sociale.[/note].

Definire gli obiettivi di servizio

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

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

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

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

Qui si ipotizza in una prima fase, da realizzarsi nel 2025, in cui tutti i territori dovrebbero raggiungere almeno l'obiettivo di assistere il livello medio attuale che è pari all'1,4% di anziani ogni 100. Si tratta di un obiettivo apparentemente modesto ma occorre rammentare che metà del Paese oggi è al di sotto di questo standard. D'altra parte, l'obiettivo di servizio dovrebbe annualmente crescere fino al raggiungimento del livello quantitativo stabilito a livello nazionale. Per questo obiettivo di servizio (ed altri eventuali), il requisito dovrebbe essere sempre assolvibile dal singolo comune o dall'Ambito territoriale sociale (ATS) o altro strumento di gestione associata quando questo è delegato alla gestione del Sad.

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

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

Nella tabella 1 vengono sintetizzati gli obiettivi di servizio proposti per l'assistenza domiciliare sociale.

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

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

Tab. 1 - Proposta degli obiettivi di servizio per il Sad

OBIETTIVI DI SERVIZIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

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

Stime di spesa e di impatto

Un livello minimo pari all’attuale media nazionale

L’ipotesi di base degli obiettivi di servizio, indicata nella tabella 2, punta a far raggiungere a tutte le Regioni almeno un livello minimo pari alla media nazionale di anziani attualmente assistiti dal Sad. Gli ultimi dati del 2020 fissano, come già indicato, nell’1,4% il valore gli anziani che sono assistiti dal Sad a livello nazionale. Rispetto a questa percentuale, sono 12 le Regioni che dovrebbero far crescere il numero di assistiti dato che il loro valore è inferiore. L’adeguamento alla percentuale minima dell’1,4% di queste 12 Regioni, ipotizzando che le altre Regioni mantengano le attuali percentuali di anziani assistiti, farebbe crescereil numero degli assistiti a domicilio di 43.334 unità, portando il totale degli anziani assistiti con il Sad a 241.068, con un aumento dello 0.3% rispetto al 1,4% da cui si parte. Con questi dati la percentuale degli assistiti salirebbe all’1,7%.

Un “costo standard” per il Sad

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

L’ulteriore crescita delle Regioni sopra la media

A questo punto sorge però un altro quesito: è ipotizzabile che lo Stato nel perseguire l’obiettivo dell’attuazione del livello essenziale dell’assistenza domiciliare socio-assistenziale finanzi solo le Regioni che offrono meno servizi della media nazionale, penalizzando i territori più attenti alle esigenze degli anziani? No, non è ipotizzabile. Non sarebbe né giusto né sopportabile dalle Regioni che hanno già raggiunto l’obiettivo di servizio dell’1,4% di anziani assistiti a domicilio. Un’ipotesi ben più equa, ma evidentemente molto più costosa per lo Stato, potrebbe essere quella di finanziare tutte le prestazioni di assistenza domiciliare necessarie per raggiungere il livello minimo dell’1,4% senza far differenze fra prestazioni già erogate o

da incrementare per raggiungere il livello minimo. In questo caso il costo complessivo dell'operazione sarebbe di 328.238.000 euro utilizzando la spesa media nazionale per singolo caso. Da tale importo andrebbero detratte le entrate dei Comuni da compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, che ammontano intorno al 10-15% del totale della spesa. In questa ipotesi la spesa per lo Stato sarebbe quindi di circa 300 milioni di euro da ripartire in modo proporzionale fra tutte le Regioni in base al numero di anziani presenti. Per le Regioni sopra la media dovrebbe essere indicato il vincolo che le risorse dovranno comunque essere utilizzate per aumentare il livello delle prestazioni (incremento degli assistiti e/o dell'intensità dell'assistenza).

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

L'assistenza integrata socio-sanitaria

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

L'ipotesi precedente, che prevede lo stanziamento di 300 milioni di euro per lo sviluppo del Sad, permetterebbe di assorbire queste nuove domande di assistenza integrata. Stanziamenti significativamente inferiori non permetterebbero di raggiungere questo obiettivo. Detto in altro modo, senza lo stanziamento di finanziamenti adeguati non solo non si fa l'integrazione socio-sanitaria ma c'è addirittura il rischio che si facciano passi indietro.

Gli anni successivi al 2025

Negli anni successivi al 2025 si dovrebbe proseguire nell'amplia- mento del Sad, utilizzando la stessa logica indicata per il 2025. L'obiettivo di servizio quantitativo minimo per il 2026 per tutte le Regioni dovrebbe crescere all'1,7% degli anziani e nel 2027 al 2,0% che quindi diventa il target che tutte le Regioni dovrebbero raggiungere mentre quelle che l'hanno già raggiunto devono obbligatoriamente utilizzare le risorse aggiuntive per aumentare il numero casi assistiti a domicilio in quantità o in intensità dell'assistenza. La spesa passerebbe dai 300 milioni del 2025 a 360 nel 2026 e 420 nel 2027.

Questa impostazione, oltre al raggiungimento del livello minimo in tutte le Regioni, dovrebbe garantire, a livello nazionale, il Sad al 1,7% degli anziani sin dal 2025, percentuale che crescerà fino al 2.2-2,5% nel 2027 (Cfr. Tab.2). Tale risultato sarà un po' più basso in quelle realtà che, una volta raggiunto comunque l'obiettivo di servizio, investiranno anche in un aumento dell'intensità del servizio domiciliare, aumentando cioè il numero di ore erogate per singolo caso.

Tab. 2 - Servizio di assistenza domiciliare sociale (Sad). Obiettivi di servizio 2025-2027

	2025	**2026**	**2027**
Anziani (stima)	14.489.000	14.675.000	14.881.000
Obiettivo di servizio	1,4	1,7	2,0
Anziani assistiti con l'obiettivo di servizio	121.784	Almeno 278.825	Almeno 395.468
Finanziamento dell'obiettivo di servizio	328.238.000	400.075.000	470.676.000
Finanziamento erogato detratto del 10% di compartecipazione (con arrotond.)	300.000.000	360.000.000	420.000.000
Anziani con il Sad nel 2020	197.734	197.734	197.734

Anziani assistiti complessivamente (2020 + ob. di servizio)	319.518	Almeno 476.559	Almeno 525.116
Stima copertura servizio	1,7%	Almeno 1,9%	2,2-2,5%

Le modalità di finanziamento

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

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

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