



Corso di Rivalidazione della formazione manageriale 2021

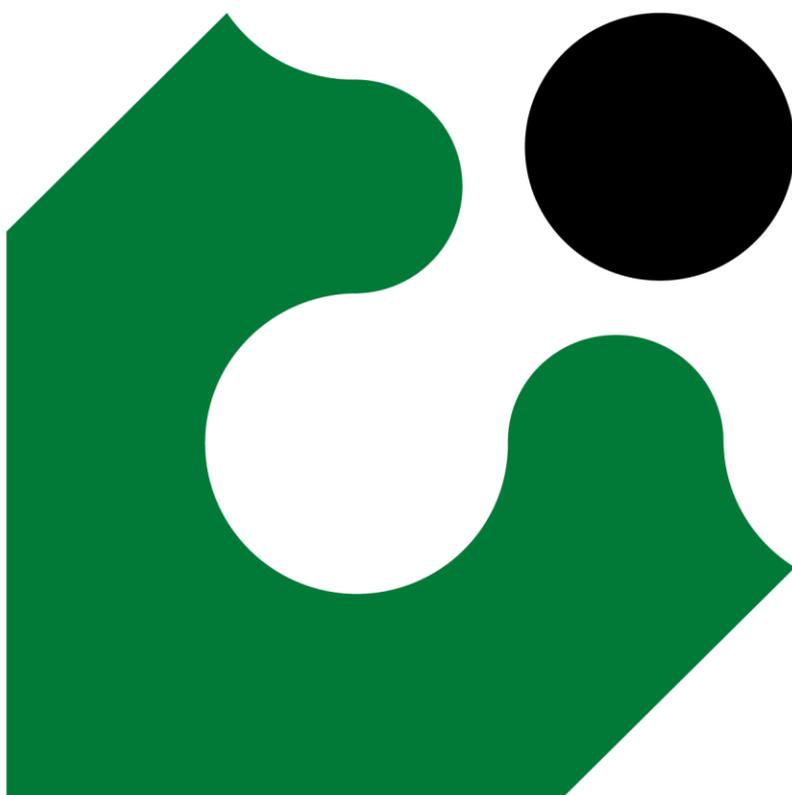
Soggetto erogatore: ECOLE

Codice corso: 2101/BE

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

Marco Bodini

Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo



PROJECT WORK

Corso di Rivalidazione della formazione manageriale

ECOLE

2101/BE

GLI AUTORI

Marco Bodini, Presidente, Federmanager Lombardia, mbodini@gmp9.hbs.edu

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Gianluca Vago, Professore Ordinario di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano

Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati

Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.

I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.

Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.

Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".

In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	4
2. LA DIMENSIONE DEL FENOMENO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	5
3. LE ATTUALI TUTELE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA E IN LOMBARDIA.....	7
4. LA PROPOSTA.....	14
5. CONCLUSIONI	18
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	19
7. BIBLIOGRAFIA	20
8. APPENDICE: I FONDI SANITARI INTEGRATIVI	21

1. INTRODUZIONE

Con la pandemia è emersa l'incapacità del settore pubblico di far fronte ai mutevoli e crescenti bisogni degli anziani non autosufficienti in Italia. Tale situazione è il risultato sia di un sistema di welfare disegnato *prima* che le necessità di assistenza degli anziani non autosufficienti emergessero in tutte le loro dimensioni, che di una serie di Esecutivi non in grado nel corso dei decenni di gettare le basi, normative e operative, un sistema per la tutela integrato su più livelli di questo segmento di popolazione.

A tale fenomeno si affianca la frammentazione delle risorse destinate ai soggetti non autosufficienti: la spesa è divisa fra Stato, Regioni e Comuni e in maniera tutt'altro che residuale dalle famiglie e fra prestazioni monetarie, sociali e socio-assistenziali. Il carico economico posto sulle spalle dei privati risulta, inoltre, solo in parte alleviato: da un lato intervengono i Fondi Sanitari integrativi e i Fondi Pensione complementari, e dall'altra le assicurazioni private.

Per questi motivi una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è attesa in Italia dalla fine degli anni '90. Oggi, in questa sede, ci si domanda in quale modo sia possibile migliorare la gestione e la qualità della vita e delle cure per gli anziani non autosufficienti in Italia.

Una risposta arriva dal PNRR: la realizzazione, prevista entro il 2026, di oltre 1.200 Case della Comunità su tutto il territorio nazionale offre l'occasione non solo concretizzare i contratti di partnership pubblico privato, il cui utilizzo in sanità ha sempre destato non poche preoccupazioni, ma anche di creare una filiera istituzionale veramente integrata fra pubblico e privato, in grado di ricomporre i numerosi e non coordinati programmi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Questa attività, tuttavia, deve essere adeguatamente supportata dalla componente delle relazioni industriali, sindacali e più in generale dal welfare di categoria, in un'ottica mutualistica e di completamento e di collaborazione con gli operatori pubblici e privati, in quanto decisore pubblico nel corso degli anni si è rivelato non in grado di gestire il fenomeno della non autosufficienza in maniera autonoma, senza il sostegno degli operatori privati.

Ampliando il tradizionale ruolo dei Fondi Sanitari integrativi nella tutela per non autosufficienza, incentivando le non poche sinergie fra sanità integrativa e previdenza complementare e realizzando un regime fiscale "incentivante" dedicato alla tutela dei soggetti non autosufficienti, si ipotizza in questa sede che sia possibile rendere sistemico questo contributo positivo che il secondo pilastro già eroga e diffonderne su tutto il territorio nazionale e su tutti i livelli le *best practice* già messe in atto.

2. LA DIMENSIONE DEL FENOMENO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

L'Italia negli ultimi decenni è divenuto uno dei paesi più longevi al mondo insieme al Giappone. Le ultime tavole di mortalità ISTAT, relative all'anno 2019, affermano che la speranza di vita alla nascita è arrivata a 82,5 anni (84,6 per le donne e 80,1 per gli uomini). Si stima che la speranza di vita per gli uomini potrebbe ampliarsi fino agli 86,1 anni per gli uomini e ai 90,2 per le donne nel 2065.

Nei prossimi 5 anni il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. Il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultra80enni, il cui numero assoluto risulterà praticamente quadruplicato entro il 2050.

Un primo piano sul nostro Paese evidenzia che in Italia la crescita della popolazione anziana è particolarmente rapida: se nel 2007 gli over 65 erano 11,7 milioni (20,1% della popolazione), nel 2017 hanno raggiunto i 13,5 milioni (22,3% della popolazione). Si stima, inoltre, che nel 2050 la quota di anziani raggiungerà il 35,9% della popolazione totale, pari a circa 18 milioni di persone.

Con l'avanzare degli anni si aggrava, inoltre, la condizione di cronicità e, quindi, di salute. Attualmente circa un anziano su due oggi soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultra80enni rispettivamente di 59,0% e 64,0%. Oltre l'11,0% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultrasettantacinquenni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL); quasi il 7,0% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12,0% tra gli ultra settantacinquenni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL): quasi un terzo degli over 65 e quasi la metà degli over 75 hanno invece gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico.

Abbiamo quindi di fronte un "pianeta" demografico nuovo, con una popolazione sempre più anziana e un'attesa media di vita che si va ampliando, caratterizzata da una sempre maggiore cronicità e dalla crescente incidenza numerica delle persone non autosufficienti.

Non sorprende quindi che assistere gli anziani nel nostro Paese costerà sempre di più.

La Ragioneria Generale dello Stato valuta che la spesa per la tutela dei soggetti non autosufficienti (comprensiva delle spese sanitarie e assistenziali) passerà dall'1,9% del Pil nel 2016 al 2,8% nel 2070.

In uno scenario in costante evoluzione, le policy sanitarie e sociosanitarie regionali faticano a offrire risposte adeguate. Occorre, quindi, oggi più che mai, prendere atto che lo scenario di riferimento delle politiche sanitarie e assistenziali del nostro Paese è profondamente cambiato e richiede l'utilizzo di strumenti nuovi che siano in grado di cogliere questa sfida che di fatto ha esteso il perimetro di gioco

2.1. La definizione di non autosufficienza

Non esiste una definizione condivisa a livello nazionale della condizione non autosufficienza, in quanto spesso il concetto è misurato solo relativamente agli aspetti legati alla capacità di compiere o non compiere le attività quotidiane e/o quelle lavorative.

Pur in assenza di un accordo sulla definizione, l'approccio operativo più comune per operarne una tassonomia si basa sul **metodo delle Activities of Daily Living** (c.d. ADL).

Il metodo ADL considera non autosufficiente un individuo che non è in grado di svolgere, in modo permanente e senza alcun ausilio, alcune attività elementari della vita quotidiana. Quando la persona non può svolgere una certa quantità di ADL (o le può fare parzialmente con un sistema di punteggio) scatta il diritto alla prestazione.

Si evidenzia tuttavia che invece l'INPS utilizza una metodologia propria. Secondo tale metodo, utilizzato per verificare i requisiti per **indennità di accompagnamento**, erogato appunto dall'Istituto, e basato sulle linee guida redatte dallo stesso INPS, la totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche si sostanzia nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, con conseguente necessità di assistenza continua.

Il metodo per l'accertamento degli stati invalidanti è basato sulla tabella riepilogativa nella quale a ciascuna menomazione anatomico-funzionale (classificata secondo l'ICD9-CM) corrisponde un pregiudizio percentuale (in termini di minimo e massimo) in base all'incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa.

3. LE ATTUALI TUTELE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA E IN LOMBARDIA

Ad oggi in Italia le tutele a favore dei soggetti non autosufficienti costituiscono un fenomeno complesso, e a tratti difficile da cogliere, in quanto si pongono a metà strada fra il contesto sanitario e quello sociale.

L'origine di questa frammentazione è riconducibile a motivazioni storiche. L'attuale configurazione del nostro sistema di welfare pubblico inizia ad essere definita fra la fine della Seconda guerra mondiale e gli anni '70. In questo periodo la non autosufficienza non rappresenta una questione di rilievo e quindi il sistema di welfare viene edificato senza prevedere un settore ad essa dedicato, a differenza di quanto avviene, invece, per le pensioni e la sanità.

Solo negli anni '80 il numero di anziani comincia ad acquisire una sua rilevanza e vengono delineate le prime politiche specifiche. Negli anni successivi i vari interventi di volta in volta implementati sono stati inseriti nelle filiere istituzionali già esistenti e lo Stato non ha tentato né di ricomporre la frammentazione istituzionale né di ridurre la conseguente differenziazione nell'erogazione delle misure a livello territoriale.

La parcellizzazione dei servizi ha quindi comportato nei decenni da un lato l'impossibilità di fornire ai singoli anziani una risposta coerente e uniforme sul territorio nazionale e dall'altro ha portato l'onere di ricomporre questa pluralità di interventi e soluzioni sulle famiglie, e non sull'attore pubblico.

Anche le risorse destinate ai soggetti non autosufficienti sono alquanto frammentate: la spesa è finanziata dallo Stato, attraverso il Fondo per la non autosufficienza ripartito fra le Regioni, dai Comuni e in maniera tutt'altro che residuale dalle famiglie. Il carico economico posto sulle spalle delle famiglie è solo in parte alleviato da un lato i Fondi Sanitari integrativi e i Fondi Pensione complementari, e dall'altro le assicurazioni private.

Nel tentativo di schematizzare questo fenomeno complesso e sfaccettato, possiamo dire, in maniera simile rispetto a quanto già avviene per le pensioni e per le tutele sanitarie, che il finanziamento delle prestazioni per la non autosufficienza sia organizzato su tre pilastri, seppur non altrettanto formalizzati rispetto a quanto avviene negli altri due ambiti.

3.1. Il primo pilastro

Il primo pilastro è costituito dalle prestazioni finanziate ed erogate dal settore pubblico (Stato, Regioni, Comuni) per i soggetti non autosufficienti.

Lo Stato fornisce le direttive principali in materia di sanità ed assistenza, controlla l'uniformità dei trattamenti, ripartisce le risorse del Fondo per le non autosufficienze ed eroga, mediante l'INPS, prestazioni in denaro a sostegno degli anziani e dei disabili.

Il **Fondo per le non autosufficienze (FNA)** appartiene al contesto istituzionale e, più precisamente alle competenze in materia che residuano in capo allo Stato a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001. Tali competenze nello specifico possono essere identificate nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, i c.d. LEA.

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

Il Fondo, istituito con la legge finanziaria per il 2007 (art. 1, co. 1264, l. 296/2006), ha l'obiettivo di *“garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti”*.

Con la Legge di Bilancio 2019, il Governo aveva incrementato e reso strutturali i fondi finanziati annualmente dedicati alla non autosufficienza e alla disabilità, poi confermati dalle successive leggi di bilancio. Tuttavia, a fronte della complessità del fenomeno e delle soluzioni adottate, con la Legge di Bilancio 2020 era stato avviato un primo tentativo di razionalizzare, semplificare e creare un quadro coerente delle politiche di settore. Questa Legge ha istituito un fondo a carattere strutturale denominato *“Fondo per la disabilità e la non autosufficienza”*, con una dotazione di 200 milioni di euro per il 2021 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2022.

Più recentemente, la Legge di Bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha fornito, ai commi 159-171, la prima definizione dei **livelli essenziali delle prestazioni sociali** (LEPS), e qualificato gli **ambiti territoriali sociali** (ATS) quale sede necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio. Le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e la verifica del raggiungimento dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti saranno successivamente determinate.

Le Regioni, invece, svolgono principalmente attività di coordinamento e controllo degli interventi sociali con particolare riferimento all'attività sanitaria e sociosanitaria e definiscono i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che erogano i servizi.

All'interno del contesto nazionale sono presenti diverse caratterizzazioni regionali sulla gestione della non autosufficienza, ad esempio rispetto alla presenza di una legge regionale specifica per la non autosufficienza, alle risorse stanziare in aggiunta a quelle ripartite a livello nazionale e all'articolazione dei servizi e dei trasferimenti monetari, fra cui spicca l'esperienza lombarda.

Nel gennaio 2017 la Giunta regionale lombarda ha infatti approvato la prima delibera sulla riforma sulla Presa in Carico (c.d. PiC) della cronicità e fragilità.

La delibera denominata *«Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili»* (DGR n. X/6164 del 30.1.2017) e la successiva *«Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili»* (in attuazione dell'art. 9 della L.R. 33/2009 DGR n. X/6551 del XX.05.2017) hanno definito il nuovo assetto del sistema sanitario regionale lombardo a partire dal tema della cronicità.

Tuttavia, già dal 2011 la Lombardia aveva inaugurato una serie di riforme sulla gestione della cronicità con la sperimentazione dei CReG (acronimo per *CronicRelated Group*) che si proponeva di trasferire alla cronicità sul territorio il modello ospedaliero dei DRG ospedalieri.

La premessa dei CReG indicava nella Medicina Generale la radice del problema “cronicità”: le criticità della medicina generale erano considerate “il” problema e l'ostacolo principale per una efficiente e appropriata gestione della cronicità.

Questo approccio è stato poi confermato negli ultimi anni, di cui da ultimo, la riforma della sanità lombarda approvata a fine 2021.

I Comuni erogano invece di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

L'ADI consiste nell'erogazione di trattamenti sanitari e socio-sanitari alla persona non autosufficienti presso il proprio domicilio, da parte di diverse professionalità, quali ad esempio infermieri, operatori socio-sanitari, e sulla base di un Piano di Assistenza Individuale (c.d. PAI), definiti e concordati da un'équipe multi-professionale, la quale include specialisti sanitari e sociali.

Il servizio ADI può essere erogato in forma:

- Diretta: avvalendosi del privato sociale, accreditato con l'Ente comunale;
- Indiretta: attraverso l'erogazione di un contributo economico che consenta di instaurare un rapporto di lavoro con un operatore qualificato, scelto dal destinatario.

L'ADI nasce negli anni '90 quando inizia a diffondersi un modello di intervento a rete basato sull'azione dell'unità di valutazione geriatrica o multidimensionale che stila un PAI grazie all'azione integrata dei servizi sociali e sanitari.

La principale fonte informativa sul servizio ADI è costituita dal Ministero della Salute attraverso il flusso NSIS-SIAD.

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di anziani trattati in ADI residenti nella regione e la popolazione ultrasessantacinquenne residente. Questo indicatore misura la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL e tiene conto delle diverse modalità organizzative presenti nelle regioni italiane.

Nell'ultimo report disponibile del Ministero "Monitoraggio LEA 2018" quasi tutte le regioni si attestano sopra la soglia di normalità ministeriale (fissata all'1,88%) ad eccezione di Calabria (1,5), Valle D'Aosta (0,2) e la provincia autonoma di Bolzano e Sardegna (0%).

In media in Italia il 2,7% degli anziani ricevono assistenza in ADI, e la Lombardia si colloca al di poco sotto della media nazionale, in quanto solo il 2,5% degli anziani residenti in questa regione è assistito in ADI, ma al di sopra della soglia di verifica ministeriale.

Regione	Anno			
	2015	2016	2017	2018
Abruzzo	3,7	3,5	3,1	3,5
Basilicata	2,1	1,8	3,2	3,5
Calabria	1,6	1,6	1,4	1,5
Campania	1,3	1,7	2,0	2,4
Emilia Romagna	3,4	3,3	3,5	3,6
Friuli Venezia Giulia	2,6	2,5	2,8	3,4
Lazio	1,3	1,3	1,7	2,0
Liguria	3,2	3,1	3,2	3,4
Lombardia	2,1	2,4	2,1	2,5
Marche	1,7	1,9	2,6	2,8
Molise	3,8	3,9	5,4	5,0
P. A. di Bolzano	3,2	0,0	0,0	0,0
P.A. di Trento	0,0	3,3	3,3	2,9
Piemonte	2,6	2,6	2,4	2,8
Puglia	1,4	1,6	1,9	2,0
Sardegna	0,0	0,2	0,0	0,0
Sicilia	3,0	3,4	3,7	4,0
Toscana	2,6	3,0	3,1	3,3
Umbria	1,8	2,0	2,7	2,0
Valle d'Aosta	0,3	0,3	0,1	0,2
Veneto	2,1	3,2	4,2	3,5
Italia	2,1	2,2	2,5	2,7

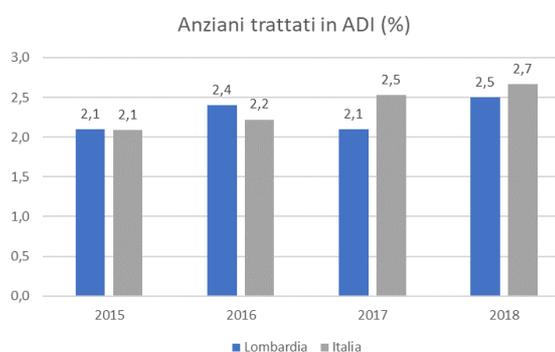


Tabella 1 - Percentuale di anziani over 65 anni trattati in ADI (valori percentuali)

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA (2019) disponibile su <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4748&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

La Lombardia è una regione a bassa diffusione dell'ADI (2,5 contro la media nazionale di 2,7). Questa caratteristica è dovuta in parte ad un modello organizzativo che prevede un alto grado di esternalizzazione del servizio attraverso la remunerazione delle prestazioni per mezzo dei voucher in vece dell'erogazione diretta. Inoltre, il sistema di accesso alle prestazioni lombardo prevede l'esclusione automatica dei casi che conseguono un basso punteggio di necessità assistenziale, i quali vengono indirizzati verso altri servizi, come il SAD. Infine, la Regione ha disposto l'incompatibilità dell'ADI con le varie forme di residenzialità assistita, con l'RSA Aperta e con altri servizi domiciliari erogati dalle unità di offerta socio-sanitarie.

I Comuni forniscono inoltre il Servizio di Assistenza Domiciliare, c.d. SAD, un insieme di prestazioni socio-assistenziali al domicilio degli anziani non autosufficienti, per supportarli nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, come la cura personale.

Nel 2018 gli anziani che hanno usufruito di questo servizio sono stati lo 0,9% dei cittadini italiani, con forti differenziazioni a livello regionale.

Regioni	Anno				
	2014	2015	2016	2017	2018
Abruzzo	1,1	1,1	1,1	1	0,9
Basilicata	1,3	1,2	1,0	0,9	0,8
Calabria	0,6	0,8	0,7	0,6	0,5
Campania	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5
Emilia-Romagna	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Friuli-Venezia Giulia	2,2	2,1	2,0	2	2,0
Lazio	0,8	0,8	0,5	0,8	0,8
Liguria	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
Lombardia	1,2	1,2	1,5	1,2	1,1
Marche	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Molise	2,3	1,9	1,6	2	1,3
P. A. di Bolzano	4,7	4,9	4,9	4,3	4,5
P. A. di Trento	3,0	2,9	2,5	2,2	2,2
Piemonte	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Puglia	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Sardegna	2,4	2,1	2,1	1,9	1,7
Sicilia	1,2	1,0	1,1	0,9	0,8
Toscana	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6
Umbria	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2
Valle d'Aosta	5,0	4,7	4,4	3,8	3,7
Veneto	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2
Italia	1,1	1,0	1,0	1	0,9

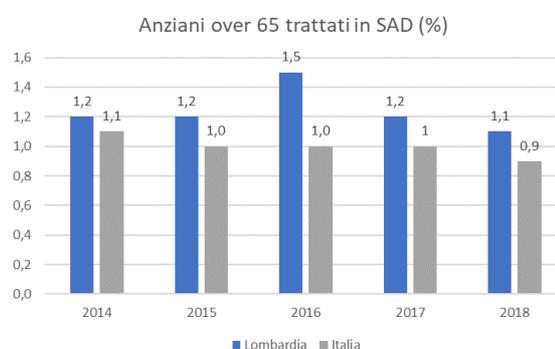


Tabella 2 - Percentuale di anziani over 65 anni che usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) (valore percentuale)

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo – Servizi di cura disponibile su <https://www.istat.it/it/archivio/16777>

Il tasso di copertura lombardo (1,1% nel 2018) è leggermente superiore a quello italiano, mostra però una riduzione di 0,4 rispetto al 2016. Tale diminuzione nella diffusione è dovuto anche all'aumento dell'offerta di lavoratori domestici che, pur fornendo prestazioni meno qualificate rispetto agli operatori professionali, garantiscono una presa in carico più continuativa.

Il SAD, inoltre, sconta un'eccessiva burocratizzazione nella fase di accesso al servizio, determinando iter complessi per le famiglie (a partire dalla fase di presentazione dell'ISEE), le quali spesso rinunciano

ad usufruire del servizio anche quando ne avrebbero diritto. I costi di compartecipazione, infine, in molti casi risultano elevati, esponendolo alla competizione degli attori privati e dei voucher.

Poiché i comuni sono tenuti a destinare all'ADI e al SAD il 5% delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, è ragionevole ipotizzare che la crisi del SAD lombardo sia l'effetto di uno spostamento dell'utenza verso i servizi di assistenza forniti dagli enti accreditati, ma la scarsa disponibilità di dati sul numero degli assegni erogati non consente di approfondire questo tema.

Un ulteriore servizio domiciliare che ben rappresenta la tendenza del welfare lombardo alla voucherizzazione delle prestazioni è costituito dall'RSA aperta. Introdotta dalla DGR n. 856/13, essa prevede l'erogazione da parte di soggetti accreditati di servizi socio-sanitari e di assistenza sociale sia all'interno delle loro strutture sia al domicilio degli assistiti, in una logica di prossimità e con l'obiettivo di mettere a frutto le competenze e le professionalità sviluppate nel corso del tempo da questi soggetti che forniscono servizi residenziali e semi-residenziali. Essa ha come target i grandi anziani, in particolare non autosufficienti e affetti da demenza, che risiedono nel proprio domicilio grazie al sostegno di un caregiver: nel primo semestre del 2017 il 55% degli utenti era affetto da demenza e il 50% aveva più di 85 anni. In seguito ad una valutazione multidimensionale con esito positivo, viene formulato un Progetto Individualizzato (PI) e un Piano di Assistenza Individuale (PAI) che definiscono le prestazioni da erogare tramite voucher. Queste comprendono, tra i tanti, ricoveri di sollievo, interventi sanitari specialistici, cura dell'igiene personale, stimolazione cognitiva, accoglienza semiresidenziale, care management e counselling rivolto ai caregiver.

Negli ultimi anni questo servizio ha avuto una sempre più ampia diffusione sul territorio lombardo: una crescita che riflette la capacità di questa misura di intercettare la domanda di servizi socioassistenziali che l'ADI tradizionale ormai non riesce a coprire.

3.2. Il secondo pilastro

Il secondo pilastro delle tutele per i soggetti non autosufficienti è costituito da prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del primo pilastro e in Italia tali prestazioni sono erogate da Fondi Pensione complementari e da Fondi Sanitari Integrativi. Questi due tipologie di fondo sono molto diverse tra loro poiché nascono con obiettivi diversi: i primi hanno l'obiettivo di integrare la pensione di base pubblica erogata dall'INPS, i secondi per rimborsare il costo sostenuto dai cittadini per usufruire di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale o da operatori privati (per maggiori dettagli vedi Appendice).

Entrambe le tipologie sono in grado di erogare prestazioni in caso di non autosufficienza. I Fondi, sanitari e previdenziali, del secondo pilastro nascono dall'iniziativa di soggetti (sindacati, associazioni di categoria, singole aziende) che avendo maturato la consapevolezza che i lavoratori sono esposti al rischio di non autosufficienza, vogliono una copertura per tutti coloro che appartengono a quella collettività.

Le Parti Sociali nei diversi settori attuano una contrattazione collettiva coi datori di lavoro finalizzata a tutelare i diritti dei lavoratori e ad ottenere condizioni convenienti per le coperture, tra cui quelle sanitarie e pensionistiche.

La contrattazione esita con la stipula di un accordo collettivo (che può essere a livello di categoria o di impresa) all'interno del quale è stabilito, oltre a numerosi altri aspetti, anche il diritto per i lavoratori

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

(e in alcuni rari casi anche ai familiari degli stessi) a ricevere una copertura ulteriore e specifica per determinati rischi legati all'insorgenza di non autosufficienza.

Grazie alla contrattazione, spesso una quota di contributi è a carico del datore di lavoro e un'altra a carico del dipendente (se prevista). I contratti di adesione a questi fondi, in virtù di tali accordi, sono stipulati dal datore di lavoro per assicurare da alcuni rischi i propri dipendenti. Le forme del II pilastro hanno il vantaggio di assicurare una collettività omogenea sotto alcuni punti di vista (in genere i dipendenti di una stessa azienda, i lavoratori appartenenti ad una stessa categoria o ad uno stesso territorio e così via) ma eterogenea sotto altri (come l'età). L'adesione, in tal caso, è di tipo collettivo, ma è possibile anche in forma individuale. Il premio da pagare nelle forme collettive viene calcolato in base alla rischiosità del gruppo di appartenenza e non in base a quella individuale. La contribuzione a questi fondi in caso di adesione collettiva risulta essere meno onerosa rispetto alle polizze assicurative per chi vi aderisce per effetto dei meccanismi di mutualità e di solidarietà.

Il termine "mutualità" indica il fatto che vari soggetti esposti allo stesso rischio concorrono tutti insieme al risarcimento di coloro che vengono colpiti dall'evento assicurato. Nei fondi, inoltre, si genera un meccanismo di "solidarietà" nel senso che chi non ha bisogno della copertura in quanto è in salute paga un premio più alto rispetto al suo effettivo profilo di rischio in favore di chi ne ha bisogno, realmente o potenzialmente. Chi invece ha bisogno della copertura perché ha un profilo di rischio piuttosto alto, in genere paga oneri inferiori rispetto al suo effettivo profilo di rischio. Le prestazioni a cui gli assicurati hanno diritto spesso sono uguali per tutti e in ogni caso sono legate allo stato di bisogno, non al reddito o alla contribuzione.

In virtù dell'importante funzione sociale che svolgono, sia le forme del secondo che quelle del terzo pilastro godono di agevolazioni fiscali, diversificate fra loro.

3.3. Il terzo pilastro

Il terzo pilastro è costituito dal sistema assicurativo privato su base individuale e volontaria. Tra i prodotti assicurativi che coprono la perdita di autosufficienza vi sono forme specifiche (le polizze LTC), polizze del ramo vita e malattia, coperture opzionali aggiuntive su altri prodotti.

Il premio per una copertura di III pilastro si calcola tenendo conto del profilo di rischio individuale e pertanto necessita di visita medica. Una polizza LTC per un cinquantacinquenne, ad esempio, costa molto di più rispetto a quella per un ventenne poiché la probabilità di perdere l'autosufficienza aumenta con l'età. L'acquisto di una copertura assicurativa nasce dalla consapevolezza da parte dell'individuo di essere esposto al rischio di perdere l'autosufficienza e quindi dall'iniziativa individuale, ma non tutti hanno questa consapevolezza.

Le forme di III pilastro soffrono del fenomeno di anti-selezione, ossia le asimmetrie informative tra assicuratore ed assicurato generano una situazione sfavorevole per il primo. In genere, come anticipato, solo chi ha una percezione del rischio di rimanere non autosufficiente stipula una polizza individuale e molto spesso questa percezione è dettata dal fatto di avere una salute fragile. L'assicuratore, quindi, deve presupporre che la collettività assicurata sia costituita per la maggior parte da individui fragili e che dovrà pagare un numero consistente di prestazioni: ecco perché nel premio è previsto un caricamento. Il fenomeno di antiselezione nelle forme di II pilastro è quasi del tutto assente.

La copertura assicurativa per non autosufficienza può essere offerta secondo diverse modalità.

Se è offerta autonomamente, c.d. stand alone, la prestazione economica è corrisposta nel momento in cui l'assicurato diventa bisognoso di assistenza ovvero nel momento in cui non è in grado di svolgere un prefissato numero di attività elementari, secondo lo schema ADL.

La copertura, che di norma è in vigore per tutta la durata di vita dell'assicurato, può essere finanziata mediante premi periodici limitata, ossia da versare limitatamente ad un determinato numero di anni, oppure mediante premi periodici vitalizi o mediante un premio unico.

In genere, in caso di versamento mediante premi periodici limitati, la durata del pagamento dei premi è commisurata al raggiungimento dell'età pensionabile, mentre i premi vitalizi sono pagabili fino all'insorgere del bisogno di assistenza o fino al decesso.

3.4. Le tutele per non autosufficienza in Lombardia

Il modello lombardo di assistenza ai non autosufficienti si conferma tra i più estesi e strutturati del Paese, ed è imperniato prevalentemente sulle RSA: una rete di 675 strutture convenzionate (la più vasta d'Italia) impiega a circa 16.400 addetti, garantendo 26,3 posti residenziali ogni 1.000 anziani a fronte della soglia minima di 9,8 fissata dai LEA.

Malgrado l'offerta sia più sviluppata di molte altre Regioni, le RSA sono sottoposte a una forte pressione della domanda e a lunghe liste d'attesa: a fronte dei 59.000 posti letto contrattualizzati, nel 2017 si contavano circa 69.000 richieste in attesa.

Negli ultimi anni lo sforzo normativo sembra essere stato orientato fortemente sul tentativo di orientare il sistema esistente verso il domicilio, tuttavia con limitata introduzione di nuovi servizi e sperimentazioni che cerchino di fronteggiare i cambiamenti e i fenomeni sociali che stanno modificando il volto del bisogno sul territorio. In un momento in cui il "caro tariffe" colpisce pesantemente le famiglie, non sembrano adeguatamente governati il calmieramento delle tariffe (ottenuto incrementando la parte sanitaria e a parità di standard dei servizi), la loro omogeneizzazione territoriale e il sostegno economico ai nuclei meno abbienti.

L'urgenza di ripensare le modalità di intervento pubbliche è reso particolarmente evidente dal fatto che le due risposte oggi più diffuse siano sul fronte politiche pubbliche l'ADI, con 12 ore annue per caso, e lato spesa privata le badanti.

Nelle strutture lombarde oltre il 95% degli ospiti usufruisce di cure intensive e trattamenti sanitari specializzati (contro il 75% della media italiana), indice di una tendenza alla sanitarizzazione dell'offerta che rischia di far identificare le RSA come soluzione di "ultima istanza" che accompagna le persone al fine vita.

Nel quadro delineato non mancano però le potenzialità per sviluppare un welfare più articolato che, non appiattendosi sull'intervento riparatore, punti alla prevenzione e a una miglior qualità di vita di anziani fragili ma non ancora bisognosi di assistenza intensiva. Lo prova l'aumento dei beneficiari alla misura della residenzialità assistita (da 908 beneficiari nel 2016 a 763 soltanto nel primo semestre del 2017). La strada da percorrere è irta ma un sistema maturo come quello lombardo può forse osare un po' di più e aprire piste di lavoro che aiutino a intercettare i tanti, tantissimi anziani che oggi sono impreparati nell'affrontare il loro bisogno.

4. LA PROPOSTA

4.1. Le attuali criticità dei servizi a favore degli anziani non autosufficienti

L'assenza di un sistema integrato per gli anziani non autosufficienti e la conseguente natura frammentata dei servizi, assieme alla mancanza di una definizione legale della condizione di non autosufficienza omogenea per tutti gli ambiti del welfare e all'individuazione dei relativi diritti e necessità assistenziali, hanno causato, nel corso degli anni, una serie di criticità del sistema.

In primis, la natura frammentata dei programmi ha da sempre impedito, come infatti è avvenuto anche in questa sede, la raccolta puntuale di dati certi sulle dimensionalità del fenomeno (quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo: numero dei beneficiari, intensità dei servizi, percorsi di assistenza e spese associati ai servizi a supporto delle persone non autosufficienti). Ad oggi, infatti, sembra non essere stato sviluppato alcun flusso di dati fra i programmi dei diversi soggetti istituzionali e privati coinvolti, né i pochi dati a disposizione sono facilmente interoperabili fra loro.

Alcune analisi condotte restituiscono una immagine dominata oltre che dalla estrema variabilità del servizio offerto ai cittadini, anche dalla diversità nella disponibilità dei dati, sia descrittivi del servizio che dell'utenza. Non sono pochi, infatti i casi, in cui l'assenza di informatizzazione abbia reso difficile *tout court* il reperimento dei dati e casi in cui modifiche organizzative (ad es. accorpamenti di ASL diverse in una unica) abbiano determinato l'indisponibilità dei dati necessari.

Questa frammentazione contribuisce a spiegare il motivo per cui non sia possibile stimare la percentuale di anziani non autosufficienti che beneficiano di servizi pubblici. La limitata capacità di comprensione e quantificazione del fenomeno, pone un freno all'elaborazione di analisi e politiche efficaci. Lo stesso perimetro delle risorse pubbliche oggi impiegato può essere solo ragionevolmente stimato, in assenza di dati ufficiali focalizzati su questo target.

Legato a questa incertezza, emerge il problema per cui non è possibile stabilire se la distribuzione delle risorse pubbliche fra i diversi interventi di assistenza sia effettivamente commisurata ai bisogni degli anziani non autosufficienti.

Inoltre, l'assenza di un'assistenza efficace per gli anziani non autosufficienti genera un impatto negativo sul SSN. È noto che gli anziani in condizione di bisogno, a causa della mancanza di servizi e strutture dedicate, siano spesso ricoverati in strutture ospedaliere. Il pronto soccorso è fin troppo spesso visto come la risposta universale e gratuita ad un bisogno per cui le famiglie non riescono a trovare risposta: in assenza di strutture territoriali di sbocco questa risposta assume la forma di ricoveri in medicina inappropriati, sia in termini di *setting* (il bisogno andrebbe gestito a domicilio o in strutture a gestione infermieristica) che di outcome sul paziente anziano. L'allettamento prolungato compromette fortemente la mobilità, l'orientamento cognitivo, il livello di nutrizione dell'anziano, prolungando i tempi di recupero.

4.2. Il ruolo del PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza discende dalla decisione della Commissione Europea di mettere a disposizione degli Stati membri uno strumento per “fronteggiare l’impatto economico e sociale della crisi pandemica”.

Proprio in occasione della pandemia, il sistema pubblico di assistenza agli anziani ha incontrato grandi difficoltà nell’affrontare l’emergenza sanitarie e sociale, ed è opinione diffusa che le difficoltà del sistema abbiano mostrato come sia necessario affrontare i problemi di fondo dell’assistenza agli anziani in Italia.

I decessi legati al Covid-19 si sono concentrati fra gli anziani, soprattutto quelli non autosufficienti: un Piano di risposta alla tragedia non può quindi dimenticare proprio coloro i quali ne sono stati le principali vittime.

La duplice denominazione del Piano indica la volontà di farne uno strumento sia di *ripresa* dalla pandemia quando di *resilienza*, che permetta cioè agli stati europei di “*preparare il futuro, di governare le trasformazioni senza subirle*”.

Nell’attuale versione del PNRR, e nella Missione 6 (Salute), il PNRR destina due miliardi al potenziamento dell’assistenza domiciliare per gli anziani, attraverso la realizzazione di quelle che sono definite le “Case della Comunità”, ossia dei luoghi fisici ai quali i cittadini hanno la possibilità di accedere gratuitamente per entrare in contatto con l’assistenza sanitaria primaria.

La Casa della Comunità introduce nel Servizio Sanitario Nazionale un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un’*équipe* multiprofessionale territoriale, e costituisce pertanto la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari.

È prevista la realizzazione di almeno una Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, e di altre Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, secondo il ben noto modello in sanità di *hub and spoke*.

Le Case della Comunità costituiscono una chiave fondamentale all’interno del disegno della nuova tutela per i soggetti non autosufficienti, in quanto all’interno di esse saranno garantiti non solo i servizi relativi all’assistenza sanitaria primaria e all’attività di prevenzione, ma costituirà il punto di riferimento per la nuova **assistenza domiciliare integrata**. Tale tipologia di assistenza, come già avviene, sarà rivolta, fra le altre, a persone che si trovano in situazioni di fragilità caratterizzate dalla presenza di una situazione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo.

In Lombardia è prevista l’attivazione di 216 Case della Comunità entro il 2026

4.3. Un’integrazione possibile?

Una riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti è attesa in Italia dalla fine degli anni ’90 quando si cominciò a discuterne in sede tecnica e in sede politica.

Dalle analisi condotte sugli esigui dati a disposizione è emersa l’inadeguatezza degli attuali servizi erogati dal settore pubblico, sia perché sono il risultato di un sistema di welfare disegnato prima che emergesse il bisogno di assistenza degli anziani non autosufficienti, sia in quanto gli esecutivi che si

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

sono susseguiti negli anni non sono stati in grado di impostare un sistema integrato per i soggetti anziani non autosufficienti.

La mancanza di una riforma dedicata è divenuta inoltre un'esclusiva della non autosufficienza. Negli anni sono stati numerosi gli ambiti del welfare italiano, oggetto di rafforzamento attraverso riforme nazionali, quali disoccupazione, povertà e famiglie con figli (si ricordano ad esempio: la Naspi nel 2015, il Rei nel 2017 e il Reddito di Cittadinanza nel 2019, e l'assegno unico in vigore a partire dal 2022). Ma lo sforzo di riforma e rinnovamento non ha toccato, per ora, il fenomeno della non autosufficienza.

Sarebbe quindi auspicabile avviare un processo di riforma, sfruttando inoltre l'occasione unica offerta dal PNRR, e iniziare ad integrare l'attuale Servizio Sanitario Nazionale con la componente privata.

Il decisore pubblico nel corso degli anni si è rivelato infatti non in grado di gestire il fenomeno della non autosufficienza senza il sostegno degli operatori privati.

La proposta è quindi di far assumere ai privati un ruolo di *pivot*, in attesa (e in alcuni casi, nella speranza) di una riforma nazionale a favore dei soggetti non autosufficienti.

Tale componente di natura privata tuttavia, a differenza dei *provider* e delle assicurazioni salute già esistenti, dovrebbe essere basata su un sistema mutualistico, **interagire strettamente con la componente delle relazioni industriali, sindacali e più in generale del welfare di categoria.**

La sanità integrativa, basata per sua natura proprio su questo sistema mutualistico e sul welfare di categoria, possiede la capacità di **intercettare i fabbisogni socio-assistenziali specifici di questo particolare target della popolazione italiana**: i Fondi Sanitari integrativi hanno, infatti, i dati e la base informativa relativi alla popolazione assistita (basti pensare che secondo gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute gli iscritti ai Fondi sanitari ammontavano nel 2017 a oltre 10 milioni di persone e alcuni di questi Fondi sono attivi da più di quarant'anni), che, uniti al loro *know how* e capacità tecniche, sono fondamentali per mappare e **ricomporre l'insieme dei servizi e degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti in un complesso coordinato di attività e di processi.**

Con il supporto dei Fondi sanitari, sarebbe possibile semplificare i processi di valutazione della non autosufficienza facendoli convergere verso un processo unico: il primo step sarebbe rappresento sviluppare una definizione delle linee guida che assicurino riferimenti condivisi nella valutazione.

Per i medesimi motivi i Fondi sanitari integrativi sono in grado di guidare e favorire il processo di digitalizzazione dei servizi e delle tutele, anche attraverso la telemedicina e contribuire ad alimentare il sistema informativo sul fenomeno.

Tuttavia, la loro diffusione capillare sul territorio nazionale e per la loro autorevolezza in materia, rendono i Fondi sanitari integrativi, già oggi un punto di riferimento per le diverse questioni legate al *welfare* sanitario, i candidati ideali per avviare la **creazione di una filiera istituzionale integrata pubblico-privato** che ricomponga l'insieme dei numerosi e spesso non coerenti programmi ad oggi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Attraverso i Fondi sarebbe inoltre possibile incentivare la **sinergia tra previdenza complementare e sanità integrativa** per sviluppare nuove forme di tutela per i non autosufficienti: in questo modo la tutela della non autosufficienza potrebbe rappresentare il "ponte" tra previdenza complementare e sanità integrativa con un ruolo prevalentemente gestionale per i fondi pensione (che si occuperebbero

dell'accumulazione e della rivalutazione delle risorse destinate a tal fine) e erogatorio/assistenziale dei fondi sanitari (a cui invece sarebbe demandata la gestione delle prestazioni e delle assistenze).

A questo proposito sarebbe tuttavia necessario implementare un regime fiscale incentivante dedicato alla tutela dei soggetti non autosufficienti in grado di favorire lo sviluppo presso la popolazione di forme mutualistiche dedicate alla copertura dei rischi e delle spese correlate alla non autosufficienza.

4.4. La riforma in Lombardia

Per affrontare e risolvere il problema delle tutele per soggetti non autosufficienti non adeguate o del tutto assenti in Lombardia è necessario ricorrere ad un modello diverso da quello in vigore attualmente, e ci riferiamo nello specifico ad un paradigma all'interno del quale gli equilibri di costo si raggiungono attraverso il ricorso a un principio primo che è a fondamento del secondo pilastro enunciato precedentemente: la **mutualità**.

In queste aree che coinvolgono la sfera sanitaria e, più ampiamente, l'assistenza alla persona si intravedono pertanto le prospettive più ampie di crescita del welfare integrativo a livello regionale attraverso il consolidamento di un secondo pilastro sanitario e socio-assistenziale che possa assolvere a una funzione di sicurezza sociale.

Bisogna tuttavia rilevare che purtroppo il contributo finora fornito dalle forme sanitarie integrative in questo settore è stato piuttosto contenuto. Le motivazioni di questa situazione vanno ricercate nell'impianto normativo che fino a oggi ha disciplinato il settore.

È tuttavia possibile sfruttare l'occasione offerta dal PNRR e dalla realizzazione prevista di oltre 1.200 Case della Comunità sul territorio nazionale per avviare un primo pacchetto di misure che possano contribuire a fornire le prime risposte per la popolazione interessata e che costituiscano una solida base per ulteriori interventi, siano condivise fra il pubblico, il privato e la sanità integrativa e beneficiano dell'impianto del PNRR.

Per **massimizzare il ruolo delle case di comunità** è necessario sviluppare una **procedura di partenariato** fra i operatori privati/integrativi e le Case della Comunità (di natura pubblica): in questo modo sarebbe possibile non solo semplificare l'accesso ai servizi e il rimborso degli stessi, ma anche **migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate, a parità di risorse, favorendo allo stesso tempo il ricorso alla digitalizzazione, alla domiciliazione e alla customizzazione dei percorsi di cura**.

In quest'ottica bisognerebbe ampliare il tradizionale ruolo dei Fondi Sanitari Integrativi favorendone la trasformazione da "strumenti della contrattazione collettiva" a "strumenti a vocazione sociale" in grado di abbracciare l'intero ciclo di vita del lavoratore e, più in generale, del cittadino. Nello specifico si tratterebbe sostanzialmente di **favorire il convenzionamento dei Fondi Sanitari Integrativi con le RSA e più in generale con strutture destinate alla gestione degli anziani e/o dei soggetti non autosufficienti**. Allo stesso tempo è necessario rivalutare l'assegnazione ai Fondi Sanitari Integrativi di un ruolo dedicato alla non autosufficienza, aumentando i vantaggi fiscali ad essa dedicata, rispetto ad altre forme di tutela della salute.

5. CONCLUSIONI

Le criticità delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti fin qui esposte riflettono la situazione italiana attuale, ma di fronte ad una popolazione anziana sempre più numerosa, in assenza di una netta inversione di rotta, la situazione è destinata a peggiorare ulteriormente nei prossimi anni.

Attraverso il PNRR e nello specifico con la relizzazione delle case delle comunità, insieme alle potenzialità, in buona parte non sfruttate, della sanità integrativa, vi è *oggi* l'opportunità non solo di **intercettare i fabbisogni socio-assistenziali specifici di questo particolare target della popolazione italiana**, ma anche di **ricomporre l'insieme dei servizi e degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti in un complesso coordinato di attività e di processi**.

La diffusione sul territorio nazionale e per il know how acquisito negli ultimi quarant'anni in materia di tutele socio-sanitarie, rendono i Fondi sanitari integrativi, già oggi un punto di riferimento per le diverse questioni legate al *welfare* sanitario, i candidati ideali per avviare la **creazione di una filiera istituzionale integrata pubblico-privato** che ricomponga l'insieme dei numerosi e spesso non coerenti programmi ad oggi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Attraverso i Fondi, e soprattutto in Lombardia, vi è la possibilità di sviluppare una forte **sinergia tra previdenza complementare e sanità integrativa e modellare nuove forme di tutela per i non autosufficienti**: in questo modo la tutela della non autosufficienza potrebbe rappresentare il **"ponte" tra previdenza complementare e sanità integrativa** con un ruolo prevalentemente gestionale per i fondi pensione (che avrebbero il ruolo di accumulazione e rivalutazione delle risorse destinate a tal fine) e erogatorio/assistenziale dei fondi sanitari (a cui invece sarebbe riservato il ruolo di gestione delle prestazioni e delle assistenze).

A questo sarebbe necessario associare un regime fiscale incentivante dedicato alla tutela dei soggetti non autosufficienti in grado di favorire lo sviluppo presso la popolazione di forme mutualistiche dedicate alla copertura dei rischi e delle spese correlate alla non autosufficienza.

Entrando nello specifico dell'esperienza lombarda, per **massimizzare il ruolo delle case di comunità previste dal PNRR** è necessario sviluppare una **procedura di partenariato** fra i operatori privati/integrativi e le Case della Comunità, in modo da **migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate, a parità di risorse, favorendo allo stesso tempo il ricambio alla digitalizzazione, alla domiciliazione e alla customizzazione dei percorsi di cura**, favorendo inoltre il **convenzionamento dei Fondi Sanitari Integrativi con le RSA e più in generale con strutture destinate alla gestione degli anziani e/o dei soggetti non autosufficienti**.

Queste azioni sono in grado di rendere sistemico questo contributo positivo che il secondo pilastro già eroga e diffonderne su tutto il territorio nazionale e su tutti i livelli le *best practice* già messe in atto.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)
- Legge 30 dicembre 2018, n. 145, “Legge di Bilancio 2019”
- Legge 27 dicembre 2019, n. 160, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022”
- Legge di Bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) commi 159-171
- DGR n. X/6164 del 30.01.2017, Regione Lombardia
- DGR n. X/6551 del 20.05.2017, Regione Lombardia

Le principali norme di riferimento per i Fondi sanitari integrativi sono:

- Art. 46 “*Mutualità volontaria*” della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “*Istituzione del servizio sanitario nazionale*”
- Art. 9 “*Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale*” del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299;
- Art. 26 “*Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali*” della Legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”;
- Decreto ministeriale (Ministro della salute) del 31 marzo 2008 “*Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali*”;
- Decreto ministeriale (Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali) del 27 ottobre 2009 “*Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale*”.

I principali riferimenti per le norme fiscali dai Fondi Sanitari integrativi sono costituiti da:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 22 dicembre 1986, n. 917 “*Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi*” (TUIR)
 - Articolo 10 “*Oneri deducibili*”, comma 1, lettera e-ter;
 - Articolo 51 “*Determinazione del reddito di lavoro dipendente*”, comma 2, lettere a), f-ter, f-quater.
- Articoli modificati, per gli aspetti di interesse, da:
 - Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge finanziaria 2008);
 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016), ha potenziato le agevolazioni fiscali per le aziende che concedono servizi di welfare aziendale ai dipendenti;
 - Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio del 2017), ha ampliato le fattispecie che non concorrono alla determinazione del reddito di lavoro dipendente.

7. BIBLIOGRAFIA

- Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia (2019) - Fonte ISTAT (<https://www.istat.it/it/archivio/259588>)
- Primo Report nazionale dal Modulo COVID - Cap 3.3 La pandemia e la rinuncia alle cure nell'anziano - ISS (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2020/PASSI-PdA-COVID19-primo-report-nazionale-dicembre-2020.pdf>)
- La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più, ISS (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/> e <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/croniche>)
- L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2020/2021 (https://welforum.it/wp-content/uploads/2021/03/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf)
- Le sfide della non autosufficienza, Itinerari Previdenziali (<https://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/le-sfide-della-non-autosufficienza.html>)

8. APPENDICE: I FONDI SANITARI INTEGRATIVI

I Fondi Sanitari Integrativi sono entrati nell'ordinamento giuridico italiano con l'approvazione del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che con l'art. 9 introduce *"Forme integrative di assistenza sanitaria"*, stabilendo che: *"Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale."*

Queste forme integrative nella loro denominazione avrebbero dovuto essere regolamentate da un apposito Decreto Ministeriale, ovvero (comma 8 dell'art. 9) *"il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale"*.

Tale Decreto Ministeriale, tuttavia, non venne mai emanato e solo nel 2007, con Legge Finanziaria del 2008 (e precisamente dall'art. 1, co. 197, lett. b), l. 24.12.2007, n. 244), che ha modificato l'art. 10 e l'art. 51 del TUIR, è stata introdotta la distinzione, attualmente vigente, fra due tipologie di Fondi sanitari:

- *"i Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale"*;
- *"gli enti, casse e società di mutuo soccorso di cui all'art. 1, comma 3"*.

Sono stati più recentemente emanati i due decreti del Ministero della Salute:

- il **D. M. 31 marzo 2008 (c.d. Decreto Turco)** che ha individuato gli ambiti di intervento di entrambe le tipologie di Fondi e ha istituito operativamente l'Anagrafe dei Fondi Sanitari;
- il **D. M. 27 ottobre 2009 (c.d. Decreto Sacconi)** che ha definito i criteri e le modalità di iscrizione all'Anagrafe e le informazioni che devono essere comunicate, nonché i criteri per il calcolo della quota delle cd. risorse vincolate (condizione per beneficiare, dal 2012, del trattamento fiscale agevolato) e ha rinviato ad un successivo decreto ministeriale (mai emanato) la definizione delle modalità di funzionamento dell'Anagrafe.

L'Anagrafe ha iniziato la propria attività nel 2010 e attualmente è gestita dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, presso il Ministero della Salute.

Concretamente, chi è iscritto a un Fondo sanitario integrativo può usufruire del rimborso di una serie di prestazioni medico/sanitarie, indicate nel cosiddetto Piano Sanitario o nel Nomenclatore.

E' possibile usufruire di tale rimborso attraverso una **gestione c.d. diretta**, per cui l'iscritto si reca presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria convenzionata con il Fondo stesso e il costo della prestazione viene coperto integralmente o parzialmente dal Fondo, tramite pagamento diretto alla struttura; oppure attraverso una **gestione c.d. indiretta**, per cui l'iscritto si reca presso una struttura sanitaria non convenzionata con il Fondo, e il rimborso del costo della prestazione sanitaria avviene all'iscritto, dietro presentazione di regolare documentazione (in genere fattura).

I contributi versati a favore dei Fondi sono deducibili fiscalmente dal reddito, ma i *"Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale"* erogano prestazioni solo integrative del SSN (quindi solo prestazioni extra LEA, rimborso dei ticket e prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali), sono disciplinati dall'art. 9 del D.Lgs. 502/1992 e ai contributi ad essi versati si applica l'art. 10 del TUIR, per

Il rapporto pubblico-privato nella gestione della non autosufficienza

cui i contributi sono deducibili dal reddito imponibile entro un tetto annuo di € 3.615,20, e i benefici fiscali sono garantiti a prescindere dalla tipologia reddituale prodotta dall'assistito.

Tali Fondi sono comunemente definiti "**Fondi di tipo A**".

Gli "*enti, casse e società di mutuo soccorso di cui all'art. 1, comma 3*", possono invece erogare qualsiasi tipologia di prestazione, purchè siano rispettati gli "ambiti di intervento" così come definiti dal Decreto Turco (D.M. 31.3.2008) e dal Decreto Sacconi (D.M. 27.10.2009).

Ai contributi ad essi versati si applica l'art. 51 del TUIR, per cui i contributi sono esclusi dal reddito di lavoro dipendente entro un tetto annuo di € 3.615,20, purché la contribuzione sia avvenuta «in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale».

I benefici fiscali di tali Fondi non si applicano a lavoratori autonomi, pensionati e soggetti che si iscrivono autonomamente.

Tali Fondi sono comunemente definiti "**Fondi di tipo B**".

Ai fini del rispetto della soglia delle prestazioni vincolate, a partire dal 2011, gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, al momento dell'iscrizione all'Anagrafe o del relativo rinnovo, devono, in aggiunta alla documentazione sopra indicata, certificazione a firma del legale rappresentante, che indichi, per l'anno precedente, al netto delle spese generali:

- l'ammontare delle risorse impegnate che, nella modalità di prestazioni direttamente erogate o di rimborsi a fronte di spese sanitarie dei propri assistiti, si riferiscano a prestazioni di cui all'articolo 2, comma , lettera d) e delle risorse impegnate che, nella modalità di erogazione di somme anche forfetariamente stabilite, si riferiscano a prestazioni di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2), relative a soggetti il cui stato di non autosufficienza sia attestato da idonea certificazione medica ;
- l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;
- percentuale dell'importo di cui alla lettera a) sull'importo di cui alla lettera b).

