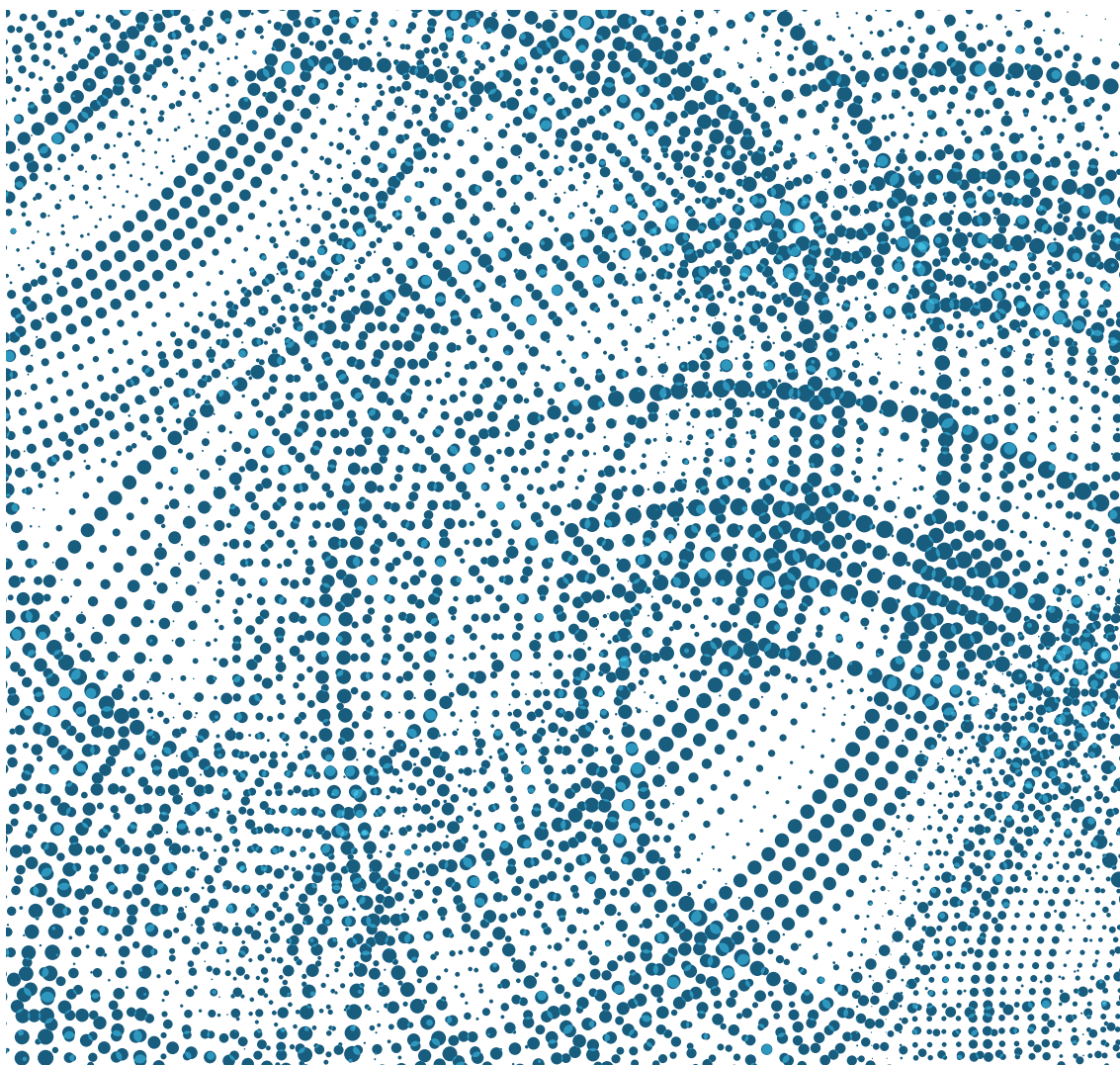


Salute e territorio

I SERVIZI SOCIOSANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2026



Salute e territorio

I SERVIZI SOCIOSANITARI DEI COMUNI ITALIANI
RAPPORTO 2026



Il Rapporto è stato realizzato da Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali e da IFEL-Fondazione ANCI.

A cura di *Rosanna Di Natale* (Coordinatore scientifico Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali) e *Giorgia Marinuzzi* (Responsabile Area Studi e Statistiche Territoriali IFEL-Fondazione ANCI).

Autori:

Capitolo 1: *Giorgia Marinuzzi* (IFEL-Fondazione ANCI), *Marianna Prato* (IFEL-Fondazione ANCI), *Anna Romagno* (Università degli Studi di Foggia).

Capitolo 2: *Michelangelo Caiolfa* (Federsanità ANCI Toscana).

Capitolo 3: *Lucrezia Fenudi* (REF Ricerche), *Michela Mauloni* (REF Ricerche), *Claudia Peiti* (REF Ricerche).

Capitolo 4: *Giorgia Marinuzzi* (IFEL-Fondazione ANCI).

Capitolo 5: *Rosanna Di Natale* (Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali) e *Giorgia Marinuzzi* (IFEL-Fondazione ANCI).

Capitolo 6: *Rosanna Di Natale* (Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali).

Conclusioni: *Rosanna Di Natale* (Federsanità-Confederazione delle Federsanità ANCI regionali).

Si ringrazia *Francesca Morganti* (Università di Roma Tor Vergata) per le preziose indicazioni in fase di rilettura.

Il presente lavoro si chiude con le informazioni disponibili al 13 ottobre 2025.

ISBN: 978-88-6650-056-8

Progetto grafico:

Pasquale Cimaroli, Claudia Pacelli

cpalquadrato.it

Indice

Prefazione di *Alessandro Canelli* / 5

Introduzione di *Fabrizio d'Alba* / 7

Capitolo 1.

Lo scenario evolutivo della domanda / 9

1.1. L'inverno demografico / 11

1.2. La povertà, un fenomeno multidimensionale / 19

1.3. La non autosufficienza, specchio dell'invecchiamento / 28

1.4. La disabilità nelle dimensioni di vita delle persone / 30

1.5. La salute mentale, una dimensione del benessere / 33

1.6. Le dipendenze tra vecchie e nuove sfide / 41

Capitolo 2.

Il primo nucleo di un possibile perimetro sociosanitario / 47

2.1. Il punto di partenza del 1999 / 50

2.2. Il DPCM cosiddetto "Nuovi LEA" del 2017 / 54

2.3. DPCM 2017 - Rassegna delle principali attività e prestazioni sociosanitarie / 57

2.4. DPCM 2017 - Caratteristiche delle principali attività e prestazioni sociosanitarie / 65

2.5. La dimensione del percorso assistenziale integrato / 69

2.6. Esempi di integrazione tra sanità e sociale / 78

2.7. Ipotesi per la determinazione di un primo nucleo del perimetro sociosanitario / 85

Capitolo 3.

La spesa sociosanitaria in Italia: una prima identificazione / 91

3.1. La spesa sociale e sanitaria in Italia / 94

3.2. La spesa sociosanitaria: il perimetro di riferimento / 97

3.3. La spesa sociosanitaria: i flussi finanziari e la stima complessiva / 102

3.4. Le prestazioni sociosanitarie delle ASL e dei comuni in dettaglio / 114

Capitolo 4.

I servizi sociali dei comuni: spesa, aree di utenza ed enti gestori / 121

4.1. Le dinamiche di spesa / 123

4.2. Le tipologie di spesa e le aree di utenza / 125

4.3. Gli enti gestori / 130

Capitolo 5.

Le Missioni 5 e 6 del PNRR. Stato dell'arte un anno prima della chiusura del Piano / 133

5.1. L'avanzamento finanziario delle Missioni 5 e 6 del PNRR / 135

5.2. La casa come primo luogo di cura / 137

5.3. Perché non decolla la prossimità / 140

5.4. Le Botteghe della Comunità: uno sforzo di creatività / 143

Capitolo 6.

One Health: i comuni soggetti centrali per la salute dei propri cittadini / 147

6.1. Tutto è salute: One Health e il legame con la vita sociale / 149

6.2. Le aree urbane / 150

6.3. Salute in evoluzione / 152

6.4. Comuni e comunità / 153

6.5. Contronarrazione e responsabilità dei cittadini / 157

Conclusioni

È possibile un sistema sanitario e sociosanitario diverso? / 159

Appendice 1

Tabelle Capo IV del DPCM 2017 “Nuovi LEA” ed estratto Nomenclatore CISIS 2013 / 165

Appendice 2

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni / 179

Bibliografia e sitografia / 181



Prefazione

A cura di **Alessandro Canelli**
Presidente IFEL-Fondazione ANCI

Il nostro tempo rappresenta una fase cruciale per la costruzione di un nuovo modello di *welfare* integrato che raccolga le sfide che attraversano i sistemi sociosanitari: dall'invecchiamento della popolazione alle cronicità, dalla digitalizzazione alla transizione ecologica. Si impone un cambio di paradigma che metta al centro la persona, la prossimità e la sostenibilità.

Il percorso di lavoro raccolto nel testo nasce da riflessioni condivise su alcuni pilastri strategici quali il cambiamento, la dimensione locale, la fragilità e l'approccio *One Health*. Ciascun ambito contribuisce a delineare un quadro coerente di trasformazione possibile, in cui tecnologia, territorio e comunità si intrecciano per costruire valore pubblico e benessere collettivo.

Le trasformazioni della domanda di servizi e l'innovazione nella loro offerta rappresentano un motore del cambiamento, non solo in senso tecnologico ma anche culturale e organizzativo. Il cambiamento è un processo che richiede visione strategica, *leadership* diffusa e collaborazione tra pubblico e privato. L'uso pertinente dei dati, l'intelligenza artificiale applicata alla sanità e ai processi decisionali, la valorizzazione delle competenze trasversali e la sperimentazione di modelli agili rappresentano strumenti per rendere la salute più accessibile, predittiva e sostenibile.

L'approccio *One Health* invita a riconoscere l'interconnessione profonda tra salute umana e

ambiente. In questa prospettiva, la promozione del benessere non può essere separata dalla qualità degli spazi di vita, dal capitale sociale e dalla partecipazione attiva dei cittadini. È un modello che supera la frammentazione dei sistemi e valorizza il ruolo dei comuni, dei luoghi di lavoro, delle comunità locali come attori di salute.

La prossimità rappresenta il principio operativo di questo nuovo paradigma perché "porta" la cura vicino alle persone, nei territori e nelle reti di comunità. La telemedicina, le comunità di pratica, la formazione dei *caregiver* e il coinvolgimento del terzo settore sono elementi chiave di una "sanità sartoriale", capace di adattarsi ai bisogni e alle peculiarità locali. Tuttavia, la prossimità non può realizzarsi senza una reale condivisione di responsabilità e senza la costruzione di un *continuum* assistenziale tra ospedale e territorio. In questo contesto i comuni sono, per loro natura, presidi di prossimità perché rappresentano il primo livello di contatto tra cittadini e istituzioni, il punto in cui le politiche pubbliche si traducono in servizi concreti. Rafforzarli significa rendere più forte l'intero sistema Paese. L'esperienza della pandemia ha messo in luce la fragilità strutturale del sistema ma, al tempo stesso, ha mostrato il valore della rete e della collaborazione tra istituzioni, evidenziando quanto la prossimità e la capacità di fare sistema siano elementi determinanti nella gestione delle emergenze e nella costruzione di un *welfare* sostenibile.

Infine, il tema delle fragilità richiama la neces-

sità di un approccio integrato e collaborativo. Le persone anziane, croniche o con disabilità richiedono risposte personalizzate, ma anche sistemi resilienti e capaci di adattarsi a bisogni diversi e complessi. Le risorse del PNRR e i progetti che sul territorio stanno prendendo corpo rappresentano una leva straordinaria per riorganizzare e restituire pari dignità a tutte le aree del Paese, colmando il divario digitale e le carenze infrastrutturali. Questo processo di cambiamento è in corso, lentamente ma procede.

Tuttavia, non bisogna dimenticare che il personale comunale si è trovato a gestire una mole di investimenti mai vista prima e ci sta riuscendo nonostante la diminuzione progressiva degli addetti negli uffici tecnici dedicati alla progettazione delle opere pubbliche, ossia il bacino di unità responsabili di seguire più direttamente proprio la complessa filiera degli investimenti comunali.

Il personale dei comuni italiani è il “motore” che rende possibili le politiche pubbliche, che rende operativa la legislazione, che si impegna con dedizione nel far fronte alle esigenze quotidiane di una cittadinanza con esigenze proprie, in un contesto che cambia rapidamente.

La digitalizzazione, la telemedicina e la co-progettazione tra sanità, amministrazioni locali e terzo settore rappresentano leve fondamentali per rafforzare le reti e recuperare la fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale e nei servizi erogati dai comuni.

In questo scenario, il ruolo delle istituzioni locali è centrale: garantire equità nell’accesso ai servizi, coordinare efficacemente le politiche multilivello e rispondere ai bisogni di salute delle comunità. Ma per farlo servono strumenti concreti: formazione continua, collaborazione interistituzionale e investimenti nelle risorse umane.



Introduzione

A cura di **Fabrizio d'Alba**

*Presidente Federsanità-Confederazione
delle Federsanità ANCI regionali*

In un tempo in cui il discorso pubblico sulla sanità è dominato da parole come “crisi”, “tagli” e “declino”, diventa urgente riscrivere la narrazione collettiva del nostro sistema sociosanitario.

Durante la pandemia si è assistito a una retorica eroica – “medici e infermieri eroi” – che ha avuto una funzione emotiva ma effimera poiché alla “santificazione mediatica” non è seguito un adeguato investimento strutturale in termini di risorse, di riconoscimenti, di legittimazione. È quindi necessario riportare l’attenzione sulla realtà quotidiana delle professioni sanitarie, al di là della retorica emergenziale, restituendo valore alla competenza e alla responsabilità professionale.

Ribaltare la narrazione dominante legata alla crisi costante del SSN significa riconoscere la complessità del presente – l’invecchiamento della popolazione, la povertà multidimensionale, le fragilità sociali – contribuendo al processo di trasformazione che, seppure lentamente, si sta realizzando sul territorio con l’applicazione del DM 77/22. Ma significa anche valorizzare ed estendere le esperienze avviate in maniera si-

nergica con i comuni che sperimentano un nuovo modo di intendere la salute come bene “diffuso”, come rete di relazioni, come equilibrio tra dimensioni fisiche, sociali e ambientali.

In questa prospettiva, attivare una narrazione oggettiva sulla realtà del mondo sanitario e sociale è la chiave per riannodare il legame tra cittadini, operatori e istituzioni, restituendo alla sanità pubblica il suo ruolo originario di progetto collettivo. Per questo è necessario lavorare per proporre un invito a cambiare linguaggio e percezione dei servizi, un invito a passare da una visione “a silos” a un approccio integrato e partecipato, in cui la cura non si misura solo in prestazioni, ma in qualità della vita, in prossimità e in coesione.

La contronarrazione è anche un percorso necessario per superare i luoghi comuni che gravano, per esempio, sulle professioni infermieristiche, spesso deformate da narrazioni mediatiche o cinematografiche. Occorre far comprendere che esiste una galassia di specializzazioni infermieristiche, ciascuna con competenze e responsabilità specifiche, tutti professionisti della cura.

La vera contronarrazione oggi consiste nel riconoscere il valore sistemico del lavoro sanitario e sociale, al di là dell'emergenza, e nel restituirgli dignità linguistica, professionale e sociale. Un lavoro che comincia dall'interno delle aziende sanitarie, con la necessità di allineare i linguaggi, usare parole comuni, precise, comprensibili perché la terminologia è un atto politico e culturale: scegliere parole corrette e accessibili significa costruire fiducia.

Non si tratta di semplificare, ma di scegliere consapevolmente il linguaggio più corretto, perché le parole hanno il potere di avvicinare o allontanare i cittadini. La comunicazione *social*, veloce e diretta, impone alle aziende sanitarie di adattare i propri tempi e linguaggi, senza rinunciare alla qualità e alla responsabilità dell'informazione. Solo così si può sviluppare una comunicazione sanitaria scientifica, attendibile, trasparente e comprensibile, capace di rendere il cittadino parte attiva del sistema.

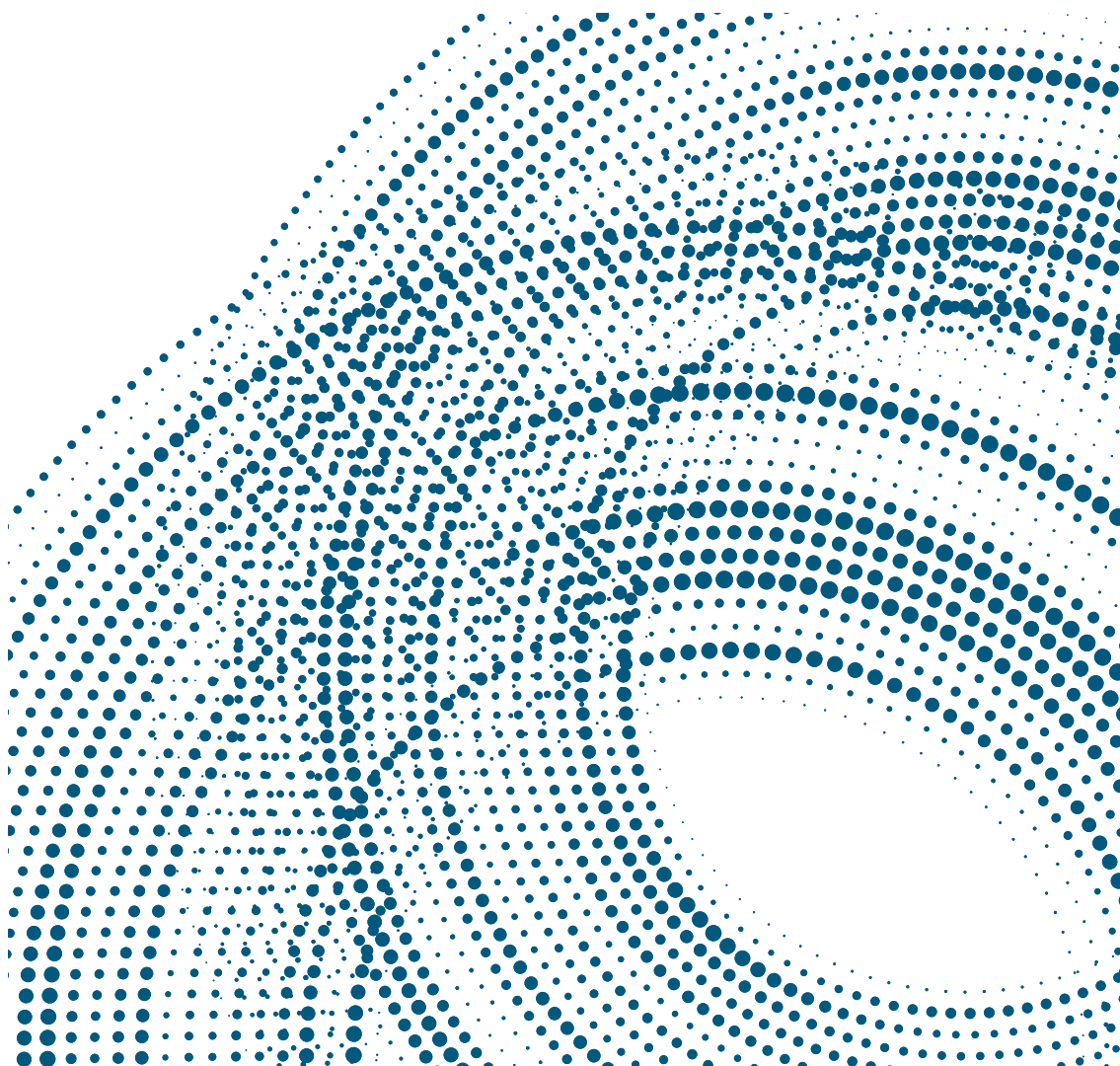
Lavorare sulla contronarrazione, pertanto, non è un esercizio retorico ma un vero e proprio atto di cura: una pratica che restituisce fiducia, senso e prospettiva a un Servizio Sanitario Nazionale che, nonostante le difficoltà strutturali e le disuguaglianze territoriali, continua ogni giorno a garantire assistenza, prossimità e dignità. Un lavoro per il quale è necessario accrescere la consapevolezza civica: i cittadini devono essere resi consapevoli non solo dei propri diritti, ma anche dei propri doveri verso il sistema sanitario e sociale pubblico.

Come coloro che immaginarono e lavorarono alla stesura di una legge innovativa come l'istituzione del SSN nel 1978, così oggi chi lavora nel sistema sanitario e sociale integrato e sinergico deve credere in un futuro che forse non vedrà compiuto in tutti i suoi servizi, ma del quale può contribuire a gettare le fondamenta.

La contronarrazione serve proprio a questo: a raccontare il nostro Servizio Sanitario Nazionale, a immaginare e costruire insieme un nuovo Sistema salute trasformato perché più vicino alle esigenze di una popolazione che è cambiata e i cui bisogni sono più complessi. Un Servizio sanitario e sociale pubblico fondato sulla speranza, sulla responsabilità diffusa e sulla fiducia reciproca, da difendere, rinnovare e raccontare, con parole giuste, voci autorevoli e sguardi consapevoli.

Capitolo 1

Lo scenario evolutivo
della domanda





1.1. L'inverno demografico

Negli ultimi decenni l'Italia sta attraversando un progressivo calo demografico, caratterizzato da una combinazione di bassi tassi di natalità, aumento dell'età media della popolazione e riduzione della forza lavoro attiva. Questo fenomeno, noto come "inverno demografico", non è un evento improvviso, ma il risultato di dinamiche strutturali e culturali che si sono consolidate nel tempo. Contestualmente, l'aspettativa di vita è aumentata, contribuendo a un progressivo invecchiamento della popolazione. Le conseguenze sono evidenti: squilibri nel sistema previdenziale, pressione sul *welfare*, riduzione del potenziale produttivo e desertificazione di alcune aree del territorio nazionale.

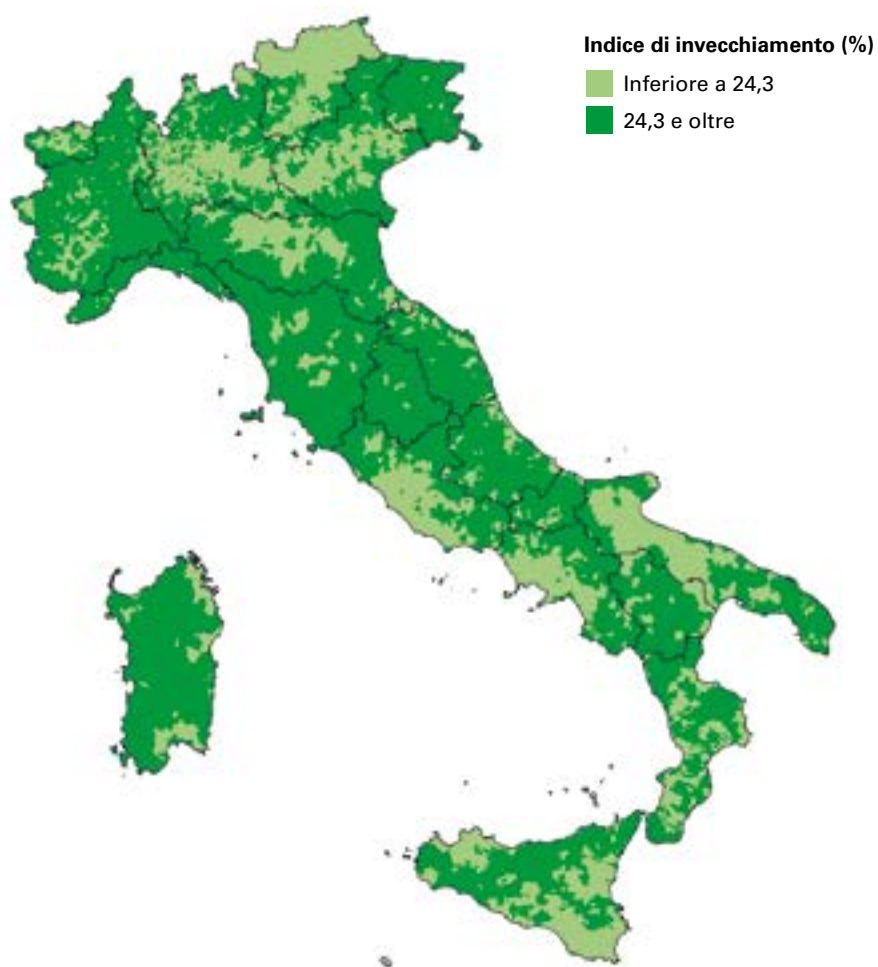
eterogeneo (Figura 1 e Tabella 1), con una punta del 29% nei comuni liguri, seguiti da quelli del Friuli-Venezia Giulia, dell'Umbria, del Molise, della Sardegna, del Piemonte, della Toscana e delle Marche, in media sopra al 26%.

Differenze ancora più ampie si riscontrano per classe di ampiezza demografica dei comuni (Tabella 2): nei comuni in cui vivono fino a 2.000 abitanti si registra l'indice di invecchiamento più elevato, pari al 28,1%. L'indice diminuisce all'aumentare della popolosità dei comuni, per poi risalire sopra al 24% nei comuni con più di 60mila residenti. Nelle 12 grandi città d'Italia con oltre 250mila abitanti il dato quasi coincide con la media nazionale.

1.1.1. Il processo di invecchiamento

L'Italia è il Paese "più vecchio" d'Europa e il secondo dopo il Giappone tra i Paesi OCSE: al 1° gennaio 2024 il 24,3% della popolazione residente ha 65 anni e più, oltre 14 milioni di persone; di questi circa la metà ha più di 74 anni e 4 milioni e mezzo superano gli 80 anni. A livello territoriale, nel 2024 tale indicatore è piuttosto

Figura 1. L'indice di invecchiamento nei comuni italiani, 2024



Dati al 1° gennaio 2024. Indice di invecchiamento: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni ed il totale della popolazione residente, per 100.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 1. Gli indicatori demografici dei comuni italiani, per regione, 2024, valori percentuali

Regione	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
Piemonte	26,6%	232,3	61,5%
Valle d'Aosta	25,3%	215,1	59,0%
Lombardia	23,5%	188,1	56,4%
Trentino-Alto Adige	22,1%	156,1	56,9%
Veneto	24,5%	202,9	57,5%
Friuli-Venezia Giulia	27,2%	244,1	62,0%
Liguria	29,0%	276,6	65,2%
Emilia-Romagna	24,7%	204,1	58,1%
Toscana	26,5%	234,0	60,7%
Umbria	27,0%	238,3	62,3%
Marche	26,2%	226,4	60,8%
Lazio	23,4%	191,2	55,4%
Abruzzo	25,6%	220,2	59,5%
Molise	26,8%	253,3	59,7%
Campania	20,9%	154,3	52,5%
Puglia	24,2%	200,8	57,0%
Basilicata	25,4%	229,8	57,4%
Calabria	24,0%	189,4	57,8%
Sicilia	23,2%	177,5	57,0%
Sardegna	26,8%	266,6	58,5%
Totale	24,3%	199,8	57,6%

Dati al 1° gennaio 2024. Indice di invecchiamento: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni ed il totale della popolazione residente, per 100. Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, per 100. Indice di dipendenza: rapporto tra la popolazione in età non attiva (tra 0-14 anni e con almeno 65 anni) e la popolazione in età attiva (tra i 15-64 anni), per 100.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 2. Gli indicatori demografici dei comuni italiani, per classe demografica, 2024, valori percentuali

Classe di ampiezza demografica	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
0 - 1.999 ab.	28,1%	268,1	62,9%
2.000 - 4.999 ab.	25,2%	212,6	58,9%
5.000 - 9.999 ab.	24,1%	194,6	57,5%
10.000 - 19.999 ab.	23,5%	186,1	56,6%
20.000 - 59.999 ab.	23,8%	189,6	57,0%
60.000 - 249.999 ab.	24,5%	203,8	57,6%
>= 250.000 ab.	24,2%	201,3	56,6%
Totale	24,3%	199,8	57,6%

Dati al 1° gennaio 2024. Indice di invecchiamento: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni ed il totale della popolazione residente, per 100. Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, per 100. Indice di dipendenza: rapporto tra la popolazione in età non attiva (tra 0-14 anni e con almeno 65 anni) e la popolazione in età attiva (tra i 15-64 anni), per 100.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Anche guardando nel lungo periodo le proiezioni statistiche non sono positive: quel 24,3% di popolazione anziana è una quota che, salvo inversioni di tendenza, è destinata a crescere. In base alle più recenti stime Istat, infatti, è previsto che l'indice di invecchiamento, ossia il rapporto tra la popolazione con 65 anni e più ed il totale della popolazione residente (per 100), raggiunga nel 2050 il 34,6% secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% va da un minimo del 33,2% a un massimo del 35,9%.

L'Istat stima che anche la popolazione di 85 anni e più, i cosiddetti "grandi anziani", crescerà in modo significativo, passando dal 3,9% nel 2024 al 7,2% nel 2050, con margini di confidenza compresi tra il 6,4% e l'8%. Un dato allarmante in termini di impatto sulle politiche di protezione sociale, considerando che è proprio in questa fascia di età che si concentra la quota più rilevante di individui fragili con crescenti fabbisogni socio-sanitari. Non è tutto. L'Italia si caratterizza, ormai in modo stabile, per una struttura della popolazione di tipo regressivo, ossia ha un numero di anziani più elevato rispetto al numero di giovani. L'indice di vecchiaia, calcolato come il rapporto tra gli *over65* e gli *under15*, moltiplicato per 100, sintetizza proprio questo fenomeno e nel 2024 si attesta a quota 199,8 (Tabella 1).

Lo squilibrio tra popolazione anziana che aumenta e popolazione giovane che diminuisce ha delle implicazioni in termini di sostenibilità socio-economica. La situazione è più chiara analizzando l'indice di dipendenza demografica, che rapporta gli individui in età non attiva (tra 0-14 anni e con 65 anni e più) ogni 100 in età attiva (15-64 anni) e che fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Il denominatore rappresenta, infatti, la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al so-

stentamento della fascia indicata al numeratore. Questo rapporto, dunque, ha la capacità di esprimere il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. E lo squilibrio generazionale è evidente a livello Paese, con un indice di dipendenza pari al 57,6% alla data del 1° gennaio 2024, ed è particolarmente critico nei comuni di Liguria, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Marche e Toscana, dove supera il 60% (Tabella 1). Indici di dipendenza altrettanto elevati si riscontrano nei piccoli comuni: il dato medio è pari al 62,9% nei comuni fino a 1.999 abitanti e al 58,9% in quelli tra 2.000 e 4.999 residenti (Tabella 2).

Questi numeri sono principalmente legati a due tendenze che si combinano: una maggiore durata della vita e un calo delle nascite inesorabile. Rispetto al primo punto, basti pensare che la speranza di vita alla nascita, per un bambino nato oggi, è pari a circa 81 anni per i maschi e 86 anni per le femmine, e che l'aspettativa di vita, per chi attualmente ha già 65 anni, è di circa altri 20 anni in media. Rispetto al secondo punto, ovvero il calo delle nascite, si deve considerare che nel corso del 2022 i nati sono scesi, per la prima volta dall'Unità d'Italia, sotto la soglia delle 400mila unità e che nel 2023 si sono attestati a poco meno di 380mila.

La natalità fiacca, cumulatasi negli anni, non è stata in grado di popolare in modo significativo la fascia demografica attiva, quella cioè che supporta una spesa per definizione incompensabile, ossia la spesa per le pensioni, per l'assistenza e la cura. Il problema può dirsi quasi recente, poiché finora la popolazione in età lavorativa è stata "pompata" dalla generazione dei *baby boomer*, ossia i nati tra il 1946 e il 1964, che però ormai sono entrati quasi tutti (i più giovani hanno 61 anni) nella vita anziana.

La stessa componente straniera della popolazione residente, che per un periodo si pensava potesse supportare i livelli di fecondità del Paese, si sta adeguando agli “standard” italiani in tema di natalità. A distanza di 20 anni, il tasso di natalità straniera – calcolato come rapporto tra nati stranieri e popolazione straniera residente – si è quasi dimezzato, passando dal 18 per mille del 2003 al 10 per mille del 2023, nonostante la popolazione straniera residente in Italia sia aumentata di circa tre volte. Eppure, il numero di nati italiani si è talmente ridotto in 20 anni, che i nati stranieri sono passati dal 6,2% al 13,5% dei nati complessivi del Paese: si tratta nel 2023 di 51mila nati, cifre in ogni caso lontanissime dall’ipotesi di ripopolare in modo consistente nei prossimi anni le coorti in età lavorativa.

1.1.2. Il decremento demografico

Le più recenti previsioni Istat (2025a) evidenziano come la popolazione residente sia in decrescita: si passerebbe infatti da circa 59 milioni di abitanti del 1° gennaio 2024 a 45,8 milioni del 2080. Il Mezzogiorno sarebbe la ripartizione geografica in cui l’intensità del decremento demografico raggiungerebbe i livelli più alti, con una perdita di popolazione stimata pari a 7,9 milioni di abitanti entro il 2080. Lo scenario mediano mostra che, nel passaggio dal 2024 al 2080, si avrebbero 43,7 milioni di decessi contro 20,5 milioni di nascite, e 18 milioni di immigrazioni dall’estero contro 8,2 milioni di emigrazioni.

Concentrandosi sul saldo attuale tra nascite e decessi, colpisce come nel corso del 2023 siano soltanto 584 i comuni italiani (il 7,4% del totale) che registrano un tasso di incremento naturale⁽¹⁾ positivo: ciò significa che esclusivamente

in tali comuni, prevalentemente lombardi (185 enti) e del Trentino-Alto Adige (119 enti), il numero di nascite ha superato il numero dei decessi (Figura 2).

Inoltre, sono 358 i comuni italiani in cui non si è registrata alcuna nascita nel corso del 2023.

I tassi di incremento naturale medi per regione sono tutti negativi (Tabella 3), con il picco del -8,79 rilevato nei comuni liguri, che si contraddistinguono anche per l’indice di invecchiamento più elevato d’Italia (29%).

Il decremento naturale impatta, infine e soprattutto, nei comuni meno popolosi (Tabella 4), con un tasso di -8,83 nei territori fino a 1.999 abitanti e -5,86 nei territori con una popolazione compresa tra i 2.000 e i 4.999 individui, aree del Paese in cui i tassi di natalità sono al minimo e i tassi di mortalità sono al massimo.

1 Calcolato come la differenza tra nascite e decessi per 1.000 abitanti.

Figura 2. Il tasso di incremento naturale nei comuni italiani, 2023



Dati al 31 dicembre 2023. Tasso di incremento naturale: differenza tra nascite e decessi nell'anno per 1.000 abitanti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 3. Tasso di natalità, mortalità ed incremento naturale dei residenti nei comuni italiani, per regione, 2023

Regione	Tassi per 1.000 ab.		
	Natalità	Mortalità	Incremento naturale
Piemonte	5,90	12,71	-6,81
Valle d'Aosta	5,84	11,17	-5,33
Lombardia	6,56	10,39	-3,83
Trentino-Alto Adige	7,84	8,98	-1,14
Veneto	6,27	10,53	-4,25
Friuli-Venezia Giulia	5,84	12,23	-6,38
Liguria	5,53	14,32	-8,79
Emilia-Romagna	6,42	11,52	-5,10
Toscana	5,70	12,09	-6,39
Umbria	5,59	12,67	-7,09
Marche	5,93	11,96	-6,03
Lazio	6,00	11,24	-5,24
Abruzzo	5,97	12,47	-6,50
Molise	5,74	13,67	-7,93
Campania	7,67	10,53	-2,86
Puglia	6,58	11,16	-4,58
Basilicata	5,86	12,49	-6,63
Calabria	7,22	11,95	-4,73
Sicilia	7,40	11,84	-4,44
Sardegna	4,61	11,95	-7,34
Totale	6,44	11,38	-4,94

Dati al 31 dicembre 2023.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 4. Tasso di natalità, mortalità ed incremento naturale dei residenti nei comuni italiani, per classe demografica, 2023

Classe di ampiezza demografica	Tassi per 1.000 ab.		
	Natalità	Mortalità	Incremento naturale
0 - 1.999 ab.	5,53	14,36	-8,83
2.000 - 4.999 ab.	6,18	12,04	-5,86
5.000 - 9.999 ab.	6,43	11,06	-4,63
10.000 - 19.999 ab.	6,59	10,63	-4,04
20.000 - 59.999 ab.	6,68	10,92	-4,24
60.000 - 249.999 ab.	6,42	11,36	-4,94
>= 250.000 ab.	6,48	11,63	-5,15
Totale	6,44	11,38	-4,94

Dati al 31 dicembre 2023.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025



1.1.3. La frantumazione delle famiglie

Secondo le previsioni Istat (2025a), in Italia il numero totale delle famiglie aumenterà leggermente dal 2024 al 2050, passando da circa 26,5 milioni a oltre 26,7 milioni nel 2050 (Tabella 5).

La stima del lieve aumento della numerosità delle famiglie in Italia (+1% dal 2024 al 2050) si basa soprattutto sulla crescita delle famiglie senza nuclei (ossia persone sole e famiglie multipersonali, cioè che non costituiscono un nucleo familiare anche se composte da più persone). Queste famiglie passeranno da 10,4 milioni nel 2024 a circa 11,9 milioni nel 2050, con un incremento del 13,9%, arrivando a rappresentare il 44,3% di tutte le famiglie nel 2050, contro l’attuale 39,3%. Al contrario, le famiglie composte da almeno un nucleo, ossia coppie e/o con una relazione di tipo genitore-figlio, diminuiranno di oltre il 7%, passando da circa 16,1 milioni nel 2024 (il 60,7% del totale) a 14,9 milioni nel 2050 (il 55,7%). Tale diminuzione è legata a diversi cambiamenti sociali e demografici che da anni interessano l’Italia, come evidenziato in precedenza.

Il progressivo invecchiamento della popolazione residente, connesso all’aumento della longevità, fa aumentare il numero di anziani che vivono soli: dei 9,7 milioni di persone che nel 2024 vivono sole circa il 47% è un *over65enne*, una percentuale che nel 2050 dovrebbe raggiungere il 59%.

Il costante e sempre più accentuato calo delle nascite determina l’incremento del numero di persone senza figli e in parallelo una diminuzione delle coppie con figli, che passerebbero da quasi 7,6 milioni del 2024 a 5,7 milioni del 2050 (-24,3%).

L’aumento dell’instabilità coniugale, che si traduce nel maggior ricorso a separazioni e/o divorzi, fa crescere il numero di persone sole o genitori *single*: dal 2024 al 2050 le madri sole dovrebbero registrare un incremento del 6%, passando da circa 2,3 milioni a 2,4 milioni nel 2050.

Questi fenomeni, secondo le previsioni, causeranno una vera e propria frantumazione delle famiglie, che nei prossimi anni si caratterizzeranno per una dimensione media sempre più contenuta (da 2,21 componenti per nucleo nel 2024 a 2,03 nel 2050).

Tabella 5. Numero di famiglie per tipologia, 2024 e stima 2050 (scenario mediano), valori in migliaia e variazioni percentuali			
Tipologia delle famiglie	2024	2050	Var. % 2024-2050
Totale famiglie	26.478	26.752	1,0%
- di cui con almeno un nucleo	16.073	14.899	-7,3%
Coppie senza figli	5.352	5.667	5,9%
Coppie con figli	7.578	5.734	-24,3%
Madri sole	2.276	2.413	6,0%
Padri soli	618	819	32,5%
Famiglie con 2 o più nuclei	249	267	7,2%
- di cui senza nuclei	10.405	11.853	13,9%
Persone sole	9.734	11.005	13,1%
Famiglie multipersonali	672	849	26,3%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

1.2. La povertà, un fenomeno multidimensionale

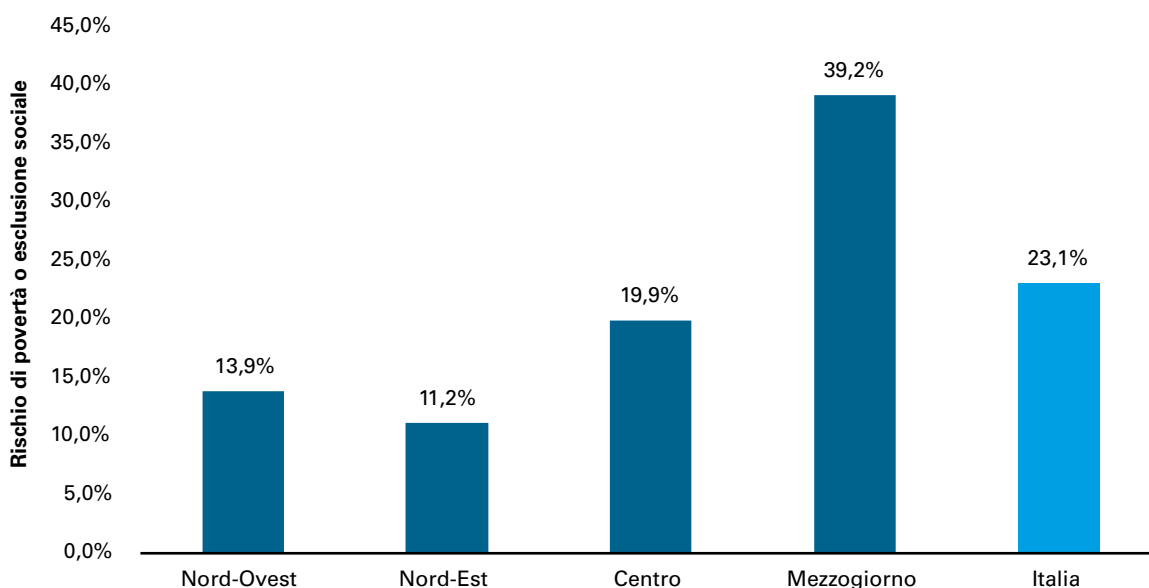
Oggi la povertà si manifesta sempre più frequentemente come un fenomeno complesso e multidimensionale. Si osservano forme di povertà non materiale – culturale, sociale, relazionale, educativa – che sovente si presentano, non a caso, in situazioni di vulnerabilità economica – abitativa, lavorativa, sanitaria, energetica –, innescando una spirale di bisogni da cui è sempre più difficile emanciparsi. Non vi è dubbio che la radice comune alle diverse e molteplici forme di povertà sia la carenza o l'assenza di risorse economiche che, nei fatti, impediscono la soddisfazione dei bisogni primari (alimentari, abitativi, sanitari, educativi). Tuttavia, la complessa realtà sociale contemporanea – specchio delle profonde trasformazioni demografiche e dei cambiamenti dei modelli culturali in atto oramai da tempo – evidenzia come la povertà non può più essere confinata alla sola dimensione eco-

nomica; così come definito nell'Agenda 2030 che individua, tra gli obiettivi per uno sviluppo sostenibile, quello di «porre fine alla povertà in ogni sua forma o dimensione».

Al 2024 nei 27 Paesi dell'Unione europea oltre 93 milioni di persone (il 21,0% del totale) sono a rischio di povertà o esclusione sociale⁽²⁾ (Eurostat, 2025b). In Italia, nello stesso anno, si osserva una quota maggiore pari al 23,1% della popolazione residente, oltre 13,5 milioni di persone. Tra le ripartizioni geografiche, il Mezzogiorno si rileva l'area del Paese con la più alta incidenza di persone a rischio di povertà o esclusione sociale, pari al 39,2%; segue a distanza il Centro (19,9%), mentre il Nord-Est registra la quota più bassa pari all'11,2% (Istat, 2025b), (Figura 3).

2 Persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni: vivono in famiglie a rischio di povertà; vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale (Indicatore Europa 2030); vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (Indicatore Europa 2030). Cfr. Istat (2025b).

Figura 3. Il rischio di povertà o esclusione sociale, per ripartizione geografica, 2024, valori percentuali



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

I dati Istat sulla diffusione della povertà assoluta delineano un quadro emblematico delle crisi che hanno investito il nostro Paese, da quella finanziaria ed economica del 2008-2009 fino alla più recente crisi pandemica del 2020-2021. Eventi i cui impatti, nel corso degli anni, hanno determinato un aumento significativo della povertà, interessando un numero crescente di persone e raggiungendo segmenti della popolazione considerati prima di allora meno vulnerabili.

Gli ultimi dati disponibili al 2023 tracciano un quadro di importante fragilità economica delle famiglie, seppure stabile rispetto all'anno precedente. Nel 2023 in Italia si contano 2 milioni 217mila famiglie in condizione di povertà assoluta⁽³⁾, pari all'8,4% delle famiglie residenti; per

un totale di 5 milioni 694mila poveri assoluti (il 9,7% dei residenti), (Tabella 6). Il Mezzogiorno si conferma l'area del Paese con la più alta incidenza di famiglie in povertà assoluta, pari al 10,2% (859mila famiglie); seguono il Nord-Ovest (8,0%, 585mila famiglie) e il Nord-Est (7,9%, 413mila famiglie) mentre il Centro registra il valore più basso (6,7%, 360mila famiglie).

Prendendo a riferimento un arco temporale di più lungo periodo (2014-2023), si osserva un aumento dell'incidenza di povertà assoluta sia a livello familiare (+2,2 punti percentuali) sia a livello individuale (+2,8 punti percentuali), con una timida inversione di tendenza nel 2019 e un forte aumento nel 2020 a seguito della crisi pandemica (Figura 4).

3 Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile inferiore al valore della soglia di povertà assoluta che rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e i servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta. La soglia varia, per costruzione, in base

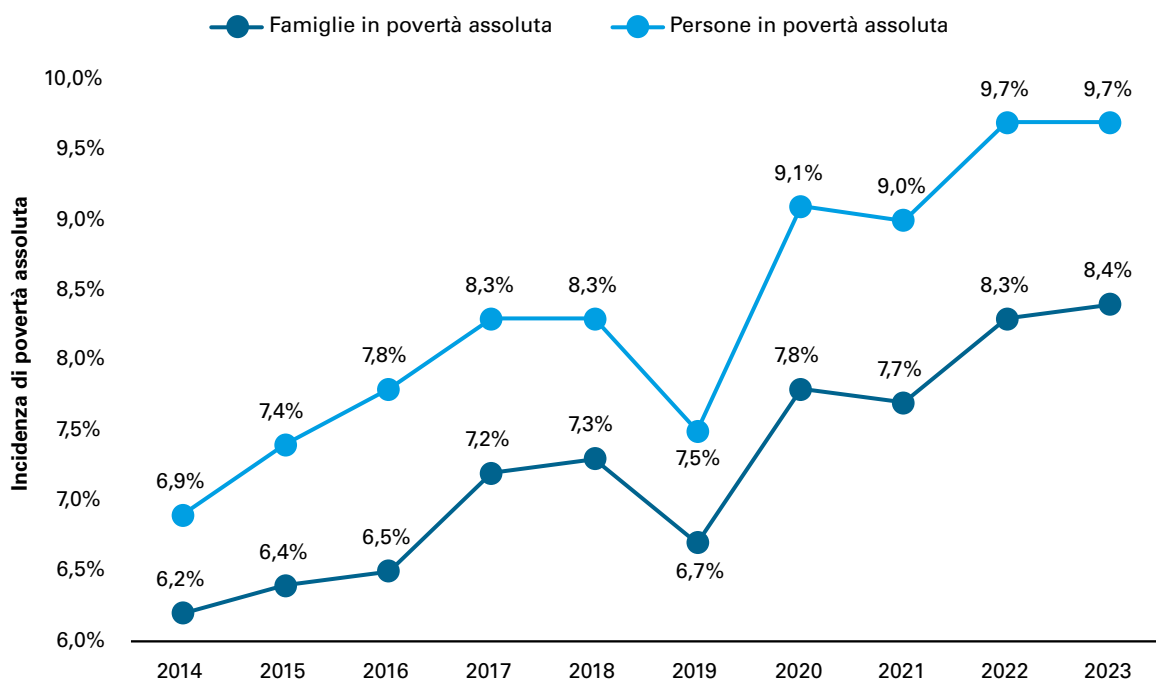
alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla regione e dimensione del comune di residenza. Cfr. Istat (2024a).

Tabella 6. Indicatori di povertà assoluta, per ripartizione geografica, 2023, valori assoluti in migliaia e incidenze percentuali			
Ripartizione geografica	Famiglie povere	Composizione %	Incidenza della povertà
Nord-Ovest	585	26,4%	8,0%
Nord-Est	413	18,6%	7,9%
Centro	360	16,3%	6,7%
Mezzogiorno	859	38,7%	10,2%
Totale	2.217	100,0%	8,4%
Ripartizione geografica	Persone povere	Composizione %	Incidenza della povertà
Nord-Ovest	1.423	25,0%	9,1%
Nord-Est	990	17,4%	8,6%
Centro	918	16,1%	7,9%
Mezzogiorno	2.363	41,5%	12,0%
Totale	5.694	100,0%	9,7%

Incidenza di povertà assoluta familiare: percentuale di famiglie in povertà assoluta sul totale famiglie residenti. Incidenza di povertà assoluta individuale: percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sul totale residenti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2024

Figura 4. Incidenza di povertà assoluta familiare e individuale in Italia, 2014-2023, valori percentuali



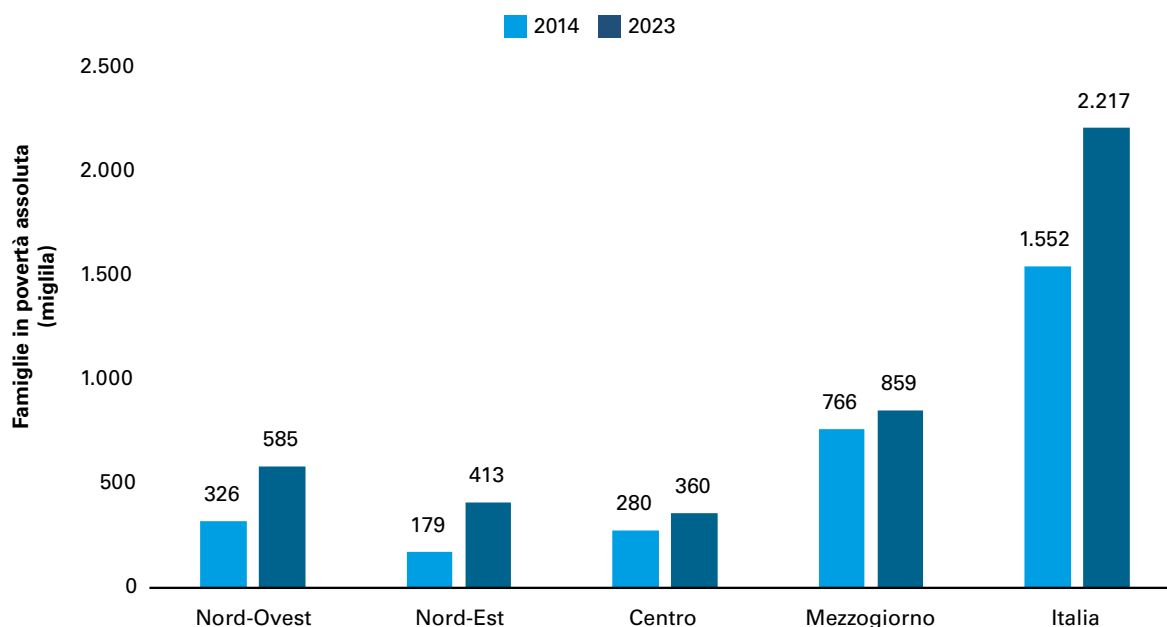
Incidenza di povertà assoluta familiare: percentuale di famiglie in povertà assoluta sul totale famiglie residenti. Incidenza di povertà assoluta individuale: percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sul totale residenti.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Ad uno sguardo di insieme si evidenzia che nel lungo periodo il numero di famiglie in condizione di indigenza economica residenti nelle regioni settentrionali è nei fatti duplicato, passando da 505mila nuclei familiari in povertà assoluta nel 2014 a quasi 1 milione nel 2023 (+97,2%), a conferma che la condizione di povertà non rappresenta più un fenomeno circoscritto, ma un rischio più comune. In particolare, l'incremento percentuale maggiore si osserva nel Nord-Est (+130,7%, pari a 234mila famiglie in più) mentre la crescita più consistente in termini assoluti si registra nel Nord-Ovest (+79,4%, pari a 259mila famiglie in più). Al confronto, il Mezzogiorno (+12,1%, pari a 93mila famiglie in più) e il Centro (+28,6%, pari a 80mila famiglie in più) registrano aumenti significativamente più contenuti (Figura 5).

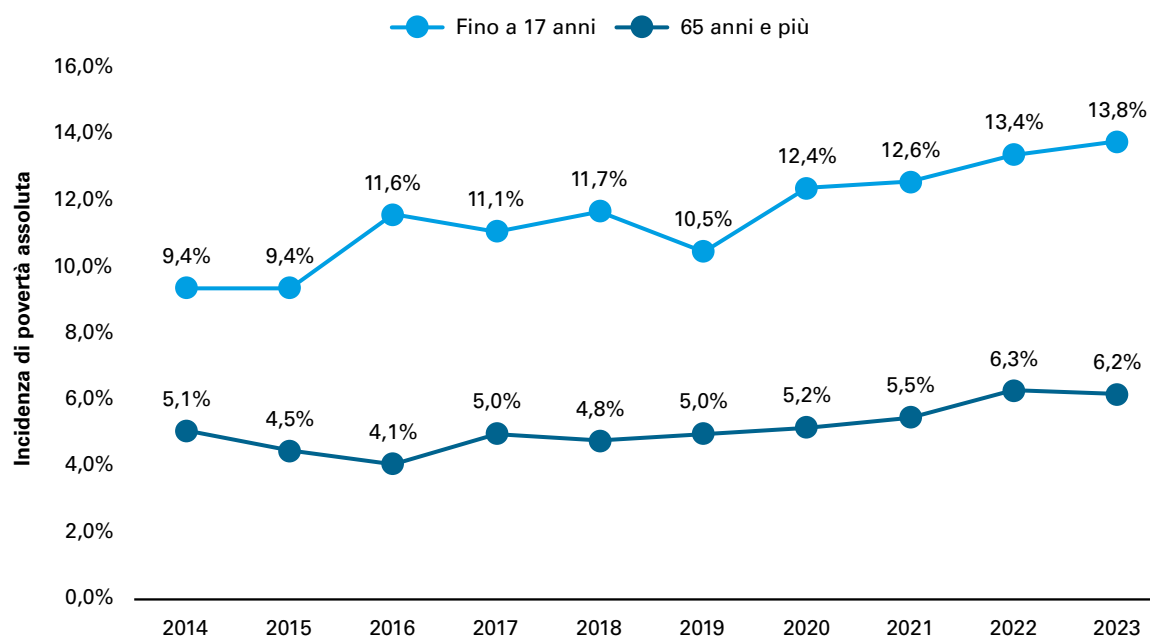
Il confronto generazionale evidenzia una forte disuguaglianza a svantaggio dei più giovani: l'incidenza di povertà assoluta tende a diminuire all'aumentare dell'età. Nel dettaglio, tra i minori raggiunge il 13,8% a fronte del 6,2% rilevato tra gli anziani di 65 anni e oltre. L'analisi di lungo periodo (2014-2023) mette in rilievo come a fronte di un livello di povertà tendenzialmente stabile tra gli anziani, si registra un aumento dell'incidenza di povertà assoluta in tutte le fasce di età, a partire dai minori: si osserva un incremento significativo di 4,4 punti percentuali dell'incidenza di povertà assoluta tra i minori a fronte di un aumento di 1,1 punti percentuali registrato tra gli over65 (Figura 6).

Figura 5. Famiglie in povertà assoluta, per ripartizione geografica, 2014 e 2023, valori assoluti in migliaia



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Figura 6. Incidenza di povertà assoluta individuale, minori vs over65, 2014-2023, valori percentuali



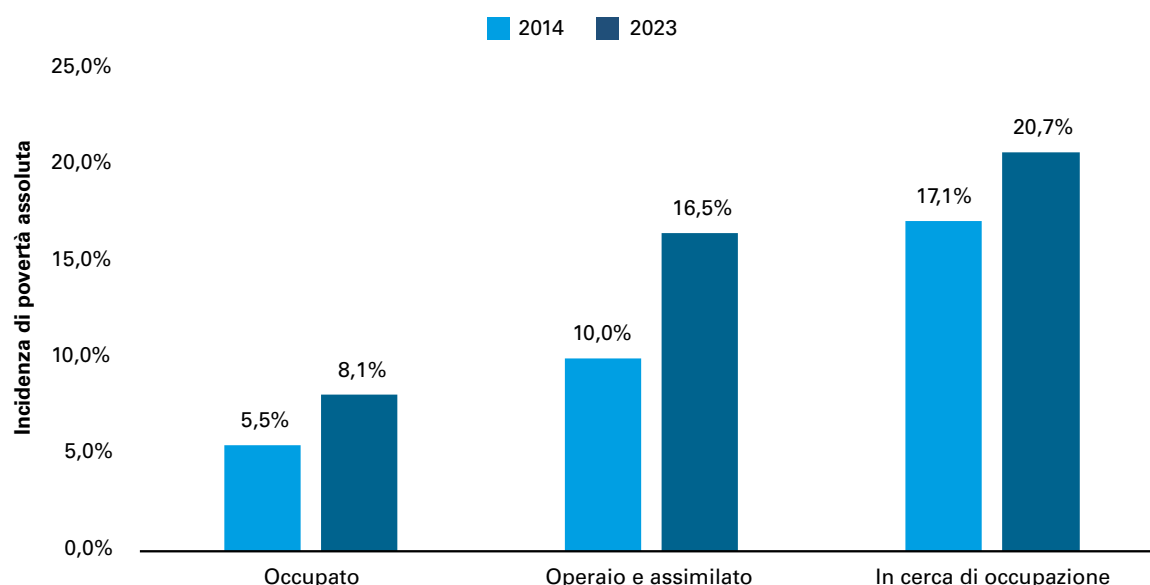
Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Particolarmente rilevante è il legame tra disagio economico e livello di istruzione, in tal senso si osserva una minore incidenza di povertà assoluta tra le persone con un più alto livello di scolarizzazione. Nel dettaglio, se la persona di riferimento del nucleo familiare ha conseguito un diploma di scuola secondaria di II grado o un titolo di studio superiore, l'incidenza di povertà assoluta è pari al 4,6%, mentre si evidenziano incidenze di gran lunga superiori nel caso in cui la persona di riferimento della famiglia non abbia alcun titolo di studio o abbia conseguito la licenza di scuola primaria (13,3%) oppure la licenza di scuola secondaria di I grado (12,3%). In breve, l'istruzione rappresenta (ancora) un fattore di protezione contro la povertà economica, uno strumento per ridurre le disuguaglianze sociali e favorire l'inclusione sociale.

Considerando la condizione occupazionale (Figura 7), si osserva che l'incidenza di povertà assoluta è minore nelle famiglie con la persona di riferimento occupata (8,1%) a fronte della più alta incidenza osservata nelle famiglie con la persona di riferimento in cerca di un'occupazione (20,7%). La condizione di povertà, tuttavia, non sempre è associata alla mancanza di una occupazione; sebbene il lavoro possa rappresentare una via d'uscita da una condizione di indigenza economica, «avere un lavoro non sempre è sufficiente a proteggere dalla povertà se stessi e la propria famiglia» (Saraceno 2018, p. 1). Sotto questo aspetto, si affaccia il complesso fenomeno del "lavoro povero" che, insieme alla condizione di disoccupazione, rappresenta una importante fragilità occupazionale. I dati Eurostat al 2024 evidenziano come l'Italia sia uno dei Paesi dell'Unione europea dove il rischio di vivere in una famiglia povera nonostante un'occupazione sia tra i più alti e riguardi il 10,2% degli occupati (di 18 anni e oltre) a fronte di una media europea a 27 dell'8,2%

(Eurostat, 2025c). Se si considera la posizione professionale, i dati Istat sulla povertà assoluta al 2023 evidenziano un'incidenza significativa nelle famiglie in cui la persona di riferimento è un operaio (16,5%). Al confronto con le famiglie in cui la persona di riferimento è in cerca di un'occupazione, si osserva una differenza di appena 4,2 punti percentuali, a significare che oggi avere un lavoro non sempre protegge da una condizione di indigenza economica (Figura 7). La rilevanza del fenomeno del "lavoro povero" è messa in luce anche dall'Osservatorio di Caritas Italiana, che nell'ultimo Rapporto sulla povertà 2025 evidenzia che il 23,5% degli assistiti nel 2024 dichiara di avere un'occupazione, con un'incidenza che supera il 30% tra gli adulti nella fascia di età 35-54 anni.

Figura 7. Incidenza di povertà assoluta familiare, per condizione professionale della persona di riferimento, 2014 e 2023, valori percentuali



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

1.2.1. La povertà minorile

Le famiglie più numerose sono quelle maggiormente esposte alla condizione di povertà assoluta e la presenza di figli minori espone le famiglie a condizioni di fragilità economica maggiore e disagi crescenti all'aumentare del numero di minori presenti. All'interno di questo scenario si mette in luce la condizione di povertà in cui nascono e crescono i minori nel nostro Paese: nel 2023 si contano circa 1,3 milioni di minori poveri. Nel 2024, il 26,7% di minori di età inferiore ai 16 anni vive in una famiglia a rischio povertà o esclusione sociale e l'11,7% è in condizione di deprivazione materiale e sociale specifica⁴. Tra i minori (con età inferiore a 16 anni) in condizione di deprivazione l'88,6% vive in una famiglia che

non può permettersi di sostituire i mobili danneggiati o fuori uso; il 36,3% vive in una casa non adeguatamente riscaldata; il 19,3% non ha la possibilità di mangiare carne o pesce almeno una volta al giorno (Tabella 7). Alla dimensione materiale della povertà si sommano altri fattori ugualmente determinanti, dall'educazione alle attività ludico-ricreative, all'uso della tecnologia. Fattori necessari per lo sviluppo cognitivo oltre che per lo sviluppo di attitudini e capacità di relazione interpersonale e sociale e che nei fatti, al pari della povertà economica, condizionano le traiettorie di vita dei minori. I dati mettono in evidenza il forte nesso tra condizioni di fragilità socio-economiche della famiglia e povertà educativa che, nella definizione di Save the Children (2014), è descritta come «la privazione da parte dei bambini e degli adolescenti della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni». Nel 2024, tra i minori di età inferiore a 16

⁴ Si fa riferimento alla percentuale di minori di età non superiore ai 15 anni che registrano almeno tre segnali di deprivazione materiale e sociale su una lista di 17 (12 relativi al minore e 5 relativi alla famiglia). Cfr. Istat (2025c).

anni in condizione di deprivazione materiale e sociale specifica, il 67,5% non ha la possibilità di svolgere in modo regolare attività di svago fuori casa a pagamento; il 34,0% vive in una famiglia che non può permettersi l'acquisto di libri extra-scolastici adatti all'età; il 28,9% non ha la possibilità di partecipare a gite scolastiche o eventi mentre il 24,7% non ha accesso ad una connessione internet (Tabella 7). Nei fatti, ai minori che vivono nelle famiglie in povertà economica è negata la possibilità di svolgere attività sportive, ricreative, culturali nonché l'opportunità di acquisire saperi e competenze digitali, con il rischio di essere esposti anche alla povertà educativa digitale.

Il complesso fenomeno della povertà educativa è rappresentato anche dalla dispersione scolastica. In Italia, secondo i dati Istat (2024b), nel 2023

il 10,5% dei giovani di 18-24 anni con al massimo un diploma di scuola secondaria di I grado è uscito precocemente dal sistema di istruzione e formazione, con una quota significativamente maggiore nel Mezzogiorno (14,6%) e tra i giovani di cittadinanza straniera (26,9% a fronte del 9,0% dei giovani di cittadinanza italiana). I dati evidenziano come il livello di istruzione dei genitori sia determinante nel percorso di istruzione e formazione dei figli. Nel 2023 quasi un quarto (23,9%) di giovani di 18-24 anni con genitori aventi al massimo un diploma di scuola secondaria di I grado ha abbandonato gli studi prima del diploma. Al confronto, si osserva un tasso di dispersione scolastica significativamente inferiore (5,0%) se almeno uno dei due genitori possiede un titolo di scuola secondaria di II grado, mentre si attesta all'1,6% nel caso in cui almeno uno dei due genitori possiede una laurea.

Tabella 7. Quota di minori di età inferiore a 16 anni per condizione di deprivazione materiale e sociale specifica e segnali di deprivazione, 2024, valori percentuali

Segnali di deprivazione	Quota minori deprivati*	Quota minori**
Sostituire mobili danneggiati o fuori uso	88,6%	17,9%
Almeno una settimana di vacanza all'anno	85,4%	14,7%
Attività di svago fuori casa	67,5%	9,3%
Arretrati nel pagamento di bollette, affitto, mutuo	41,2%	7,9%
Invitare gli amici	40,7%	4,8%
Riscaldare adeguatamente l'abitazione	36,3%	8,2%
Libri extrascolastici adatti all'età	34,0%	4,1%
Due paia di scarpe in buone condizioni	29,1%	3,4%
Partecipare a gite scolastiche o eventi	28,9%	3,8%
Giochi da usare in casa	28,8%	3,4%
Giochi da usare all'aria aperta	25,9%	3,1%
Sostituire gli abiti consumati	25,5%	3,0%
Connessione internet utilizzabile a casa	24,7%	3,0%
Festeggiare il compleanno, l'onomastico, gli eventi religiosi, ecc.	19,4%	2,3%
Carne o pesce almeno una volta al giorno	19,3%	2,3%
Automobile	11,4%	2,3%
Frutta fresca e verdura una volta al giorno	8,4%	1,0%

*Sul totale minori deprivati. **Sul totale minori.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Come è noto, una bassa scolarità riduce le opportunità di condizioni di vita migliore in termini di posizione lavorativa, percorsi di carriera e livello di benessere. Non di rado, chi nasce e cresce in una famiglia in condizioni di vulnerabilità economica è maggiormente esposto al rischio di una trasmissione intergenerazionale della povertà. Nel 2023, in Italia l'incidenza del rischio di povertà per gli adulti di età compresa tra i 25 e i 59 anni è pari al 34,0% per coloro che all'età di 14 anni vivevano in famiglie con difficoltà economiche; mentre si attesta al 14,4% per coloro che sono cresciuti in famiglie con buone condizioni economiche (Istat, 2025c). A conferma gli esiti di una indagine condotta dalla Caritas Italiana sulla povertà ereditaria e intergenerazionale e raccolti nel "Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale. L'anello debole" in cui si legge che «quasi sei persone su dieci che si rivolgono alla Caritas per chiedere aiuto risultano vivere una condizione di precarietà economica in continuità con quella vissuta dalla propria famiglia di origine» (Caritas Italiana 2022, p. 8). In breve, appare evidente come le prospettive di futuro per bambini e ragazzi dipendano dalle condizioni sociali, economiche e culturali di partenza ovvero da uno specifico vissuto individuale e, quindi, dai margini possibili che hanno per perseguire un proprio progetto di vita, nell'idea di un «domani (im) possibile» (Save the Children, 2024).

1.2.2. La povertà tra disagio abitativo e vulnerabilità sanitaria

Alla fragilità meramente economica si sovrappongono criticità sociali importanti come disagio abitativo e vulnerabilità sanitaria. Nel 2024, in Italia il 5,6% della popolazione vive in condizioni di grave deprivazione abitativa⁽⁵⁾ ov-

verosia vive in abitazioni sovraffollate, spesso prive di servizi igienici, con problemi strutturali o di luminosità. Sovente, il disagio abitativo si manifesta per via dei costi eccessivi legati alla casa: nel 2024, il 5,1% delle persone vive in condizioni di sovraccarico dei costi abitativi (Istat, 2025d). Una condizione, quella del disagio abitativo, di grave svantaggio che incide negativamente sul benessere individuale e familiare e genera fragilità nei legami sociali, alimentando ulteriori vulnerabilità. I dati di fonte Caritas (2025) sul "problema casa" tra i poveri evidenziano che il 33,0% delle persone seguite nel 2024 dalla rete Caritas manifesta almeno una forma di disagio abitativo. In particolare, il 22,7% vive una grave forma di esclusione abitativa (persone senza casa, senza tetto, in condizione di insicurezza abitativa, in condizioni abitative inadeguate, persone sotto sfratto, persone accolte presso dormitori, servizi di accoglienza, alloggi temporanei) mentre il 10,3% presenta difficoltà legate alla gestione o al mantenimento dell'alloggio, perlopiù rispetto al pagamento di bollette e affitti.

Non di rado, condizioni di deprivazione economica – oltre ad una minore efficacia del *welfare* pubblico – impattano in modo significativo sul livello di benessere delle persone, compromettendone sovente le condizioni di salute per via della rinuncia a curarsi. I dati Istat al 2024 rilevano che il 9,9% della popolazione ha dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici, ecc.) per le lunghe liste di attesa (il 6,8% della popolazione) e per ragioni economiche (il 5,3% della popolazione). Un fenomeno, quello della rinuncia alla cura della salute, in forte crescita sia rispetto al

sentano almeno uno tra i seguenti tre problemi: a) problemi strutturali dell'abitazione (soffitti, infissi, eccetera); b) problemi legati all'assenza di bagno/doccia con acqua corrente; c) problemi di luminosità. Cfr. Istat (2025d).

5 Persone che vivono in abitazioni sovraffollate e che pre-

2023 (7,5% dei residenti) sia rispetto all'anno pre-pandemia 2019 (6,3% dei residenti), (Istat, 2025d). A livello territoriale il problema della rinuncia alle prestazioni sanitarie ha interessato il 10,7% dei residenti nelle regioni del Centro, il 10,3% in quelle del Mezzogiorno e il 9,2% nelle regioni del Nord. Più in dettaglio, si osservano interessanti differenze territoriali in relazione alla motivazione della scelta: i residenti del Centro-Nord rinunciano principalmente per problemi legati alle lunghe liste di attesa (7,3% dei residenti del Centro e 6,9% del Nord); mentre nel Mezzogiorno pesano in eguale misura i problemi economici e le lunghe liste di attesa (6,3% dei residenti).

Nell'ultimo "Rapporto sulla povertà in Italia" (2025), l'Osservatorio della Caritas Italiana individua il reddito, il lavoro e la casa come i prin-

cipali pilastri di vulnerabilità. Tuttavia, si evidenzia come a queste difficoltà, tra le altre, si sovrappongono quelle legate a problemi di salute o di tipo familiare (separazioni, genitorialità, lutti, ecc.), restituendo un prezioso quadro sulla condizione di povertà al nostro tempo. Tra le persone accolte dalla rete Caritas nel 2024, il 43,6% manifesta un unico ambito di bisogno, generalmente di natura economica, il 26,4% presenta due fragilità combinate e infine, una quota significativa, pari al 30,0%, ne cumula tre o più. A livello territoriale, la più alta quota di persone che manifesta un unico ambito di bisogno si registra in Toscana (67,3%) mentre la più alta quota di persone che manifesta tre o più ambiti di bisogno si rileva nella regione ecclesiastica che raggruppa Abruzzo e Molise (52,9%), (Tabella 8).

Tabella 8. Persone ascoltate dalla rete Caritas, per regione ecclesiastica e numero di ambiti di bisogno, 2024, valori percentuali e assoluti

Regione ecclesiastica	1 ambito di bisogno	2 ambiti di bisogno	3 o più ambiti di bisogno	Totale	Numero persone ascoltate
Abruzzo-Molise	20,2%	26,9%	52,9%	100,0%	4.334
Basilicata	26,6%	27,2%	46,2%	100,0%	2.082
Calabria	47,6%	25,1%	27,2%	100,0%	2.276
Campania	43,7%	30,5%	25,8%	100,0%	8.332
Emilia-Romagna	28,9%	25,1%	46,0%	100,0%	19.370
Lazio	41,3%	26,0%	32,7%	100,0%	11.056
Liguria	43,4%	25,8%	30,7%	100,0%	5.399
Lombardia	53,7%	25,4%	20,9%	100,0%	28.127
Marche	35,6%	25,8%	38,7%	100,0%	7.945
Piemonte-Valle d'Aosta	38,8%	35,1%	26,2%	100,0%	21.048
Puglia	43,0%	33,5%	23,5%	100,0%	5.147
Sardegna	40,6%	21,8%	37,6%	100,0%	6.991
Sicilia	27,8%	31,2%	41,0%	100,0%	6.770
Toscana	67,3%	19,6%	13,0%	100,0%	25.180
Triveneto	35,1%	25,0%	39,9%	100,0%	12.650
Umbria	34,8%	25,8%	39,4%	100,0%	37.22
Totale	43,6%	26,4%	30,0%	100,0%	170.429

Fonte: Caritas Italiana, *La povertà in Italia. Report Statistico Nazionale 2025*, p. 60

Entro questo scenario, appare evidente come la povertà sia un fenomeno a più dimensioni. Dimensioni che, sovente, si sovrappongono e si alimentano, aggravando, se possibile, una condizione già segnata da indigenza economica, la radice comune di molte fragilità.

1.3. La non autosufficienza, specchio dell'invecchiamento

Come evidenziato nei paragrafi precedenti, le profonde trasformazioni demografiche in atto oramai da tempo nel nostro Paese hanno contribuito al progressivo invecchiamento della popolazione. Rispetto a tali trasformazioni si apre l'interrogativo sull'impatto della longevità rispetto alla salute pubblica, ovvero se l'allungamento della vita comporta un peggioramento dello stato di salute della popolazione e in che modo impatta sulla sostenibilità del sistema socio-assistenziale e sanitario. Nel "Sesto Rapporto sul secondo *welfare*" (Maino, 2023), si evidenzia come la componente della popolazione anziana si trovi a dover fronteggiare numerose criticità che spesso alimentano forme di emarginazione e isolamento sociale. Tra le condizioni a rischio di esclusione sociale si annovera quella della non autosufficienza, che si manifesta dopo una progressiva perdita di autonomia tanto da richiedere un aiuto o l'utilizzo di ausili per affrontare le normali attività di vita quotidiana.

Più in generale, la non autosufficienza definisce – secondo il Decreto Legislativo 29/2024, art. 2, lettera c) – la condizione della «persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche

conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute-*International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) [...]».

Nel complesso, la non autosufficienza descrive una condizione che richiede – come recita la Legge appena richiamata – misure adeguate a prevenire la fragilità, a promuovere la salute e l'invecchiamento attivo, a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane, nonché misure atte a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali. Così come richiede misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale; per non tralasciare il campo dell'offerta dei servizi e delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria. In questo scenario, la non autosufficienza si configura come una vera e propria sfida sociale, sanitaria ed economica del nostro tempo.

Più nello specifico, l'Istat stima il livello di limitazioni nelle attività di vita che si compiono abitualmente nell'ambito delle Indagini Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" – mediante l'indicatore *Global Activity Limitation Indicator* (GALI) – che rileva il numero di persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere limitazioni gravi o lievi nello svolgimento di attività abituali e ordinarie a causa di problemi di salute (fisici, mentali o emotivi) da almeno sei mesi alla data della

rilevazione. Secondo gli ultimi dati Istat disponibili al 2023, si registrano 6 milioni 469mila anziani che presentano limitazioni gravi o non gravi. In particolare, sono 1 milione 836mila (il 28,4% di coloro che presentano limitazioni) gli anziani che dichiarano gravi limitazioni nelle attività abitualmente svolte; di questi il 74,1% (1 milione 360mila persone) ha oltre 75 anni di età (Tabella 9). Un dato che si affaccia come un campanello di allarme per la domanda di servizi, in considerazione di un contesto caratterizzato dalla scarsità di strutture residenziali socio-assistenziali e sociosanitarie, nonché dalla carenza di servizi di assistenza domiciliare. Secondo il report “Vivere la Longevità” (Auser, 2024), nel 2041 potrebbero diventare quasi 6 milioni gli anziani con gravi difficoltà; cifre che rendono evidente quanto urgente sia costruire un sistema coerente, integrato ed equo di risposta pubblica.

È opportuno rilevare che al 31 dicembre 2022 si contano 273.833 anziani di 65 anni e oltre ospitati nelle strutture residenziali⁽⁶⁾. Di questi oltre la metà (55,1%, pari a 150.923 persone anziane) ha più di 85 anni e il 22,0% (60.237 persone

anziane) ha un’età compresa tra gli 80 e gli 84 anni (Istat, 2025e).

Al di là della scarsa rilevanza rispetto alla domanda di cura e di assistenza, i dati nell’insieme evidenziano che gran parte degli anziani vive in casa e, per le attività quotidiane, riceve sostegno essenzialmente dalla rete familiare, a conferma di un sistema di *welfare* in cui la cura dei soggetti più fragili è nei fatti consegnata quasi interamente alle famiglie. Sotto questo aspetto, si considera il *parent support ratio*, un indicatore, definito dal rapporto tra persone di 85 anni e oltre e persone di età compresa tra 50 e 64 anni (per 100), che rappresenta una *proxy* per stimare il sistema di supporto e di assistenza familiare a genitori o parenti anziani. Al 1° gennaio 2024 in Italia vi sono 17 persone di 85 anni e oltre ogni 100 persone di 50-64 anni, a significare un’importante domanda di sostegno e cura a genitori o a parenti anziani.

Rimane aperto l’interrogativo sulle promesse e sulle possibilità della riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti relativamente all’assistenza continuativa, alla costruzione di un settore integrato e al superamento dell’attuale frammentazione delle misure, alla definizione di nuove forme di intervento, più rispondenti alle esigenze dell’oggi, e all’ampliamento dell’offerta in risposta alla persistente carenza di servizi.

Tabella 9. Persone anziane per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte, per classe di età, 2023, valori assoluti in migliaia

Gravità delle limitazioni	Classe di età		Totale anziani
	65-74 anni	75 anni e più	
Limitazioni gravi	476	1.360	1.836
Limitazioni non gravi	2.040	2.593	4.633
Totale persone con limitazioni (gravi e non gravi)	2.516	3.953	6.469
Senza limitazioni	3.795	2.555	6.350
Non indicato	580	590	1.170
Totale	6.890	7.098	13.988

Sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi (a causa di motivi di salute che durano da almeno sei mesi alla data della rilevazione) nelle attività che svolgono abitualmente. Non sono comprese le persone con disabilità che vivono nelle residenze. I dati sono ottenuti come media degli ultimi due anni.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

1.4. La disabilità nelle dimensioni di vita delle persone

La ridotta o assente autonomia determina una condizione di dipendenza, più o meno forte, da altre persone per compiere abitualmente le normali attività quotidiane. Una condizione, quella della ridotta autonomia, che caratterizza la disabilità e determina limitazioni gravi che si manifestano e si riflettono in uno o più contesti di vita, come quello dell'istruzione, della salute, del lavoro e delle relazioni sociali.

I dati Eurostat al 2024 rilevano che in Italia il 31,2% delle persone di 16 anni e oltre con gravi limitazioni è a rischio di povertà o esclusione sociale a fronte del 21,4% della popolazione residente della stessa fascia di età, alimentando una condizione di fragilità preesistente (Eurostat, 2025d). Il maggiore rischio è sovente determinato da una mancata o fortemente penalizzata partecipazione al mercato del lavoro, sia della persona con disabilità sia dei *caregiver* familiari, nonché da una limitata o assente partecipazione alla vita sociale, se non supportata da una rete familiare e amicale importante, oltre che dalle ridotte possibilità di accedere alle opportunità culturali, ricreative e di socializzazione, fattori che alimentano ulteriormente una condizione di isolamento sociale con un forte impatto sul livello di benessere individuale.

Nel nostro Paese, secondo gli ultimi dati Istat del Sistema Informativo "Disabilità in cifre", al 2023 si contano 2 milioni 904mila persone, pari al 5,0% della popolazione residente, che dichiarano di avere gravi limitazioni nello svolgimento di attività ordinarie di vita quotidiana a causa di problemi di salute⁷⁾ (Tabella 10), con una quo-

ta prevalente di donne (58,2%). Mentre il 16,2% della popolazione (pari a 9 milioni 487mila persone) dichiara di avere limitazioni non gravi. Se si considera la classe di età, si osserva una quota maggiore di persone con gravi limitazioni tra gli anziani di 65 anni e oltre (63,2%, pari a 1 milione 836mila unità) a fronte di quote significativamente inferiori rilevate nella fascia di età 0-44 anni (12,5%, pari a 362mila unità) e in quella di 45-64 anni (24,3%, pari a 706mila unità), evidenziando un forte legame tra perdita di autonomia e invecchiamento con conseguenze importanti in termini di bisogno di assistenza a lungo termine e di sostegno da parte delle famiglie *caregiver*.

A livello territoriale, si osserva una maggiore presenza di persone che dichiarano gravi limitazioni nelle regioni del Nord Italia, con un'incidenza del 42,5% (oltre 1,2 milioni di persone) a fronte del 36,8% (poco più di 1 milione di persone) registrato nel Mezzogiorno (Tabella 11).

⁷ La stima della prevalenza di limitazioni gravi o non gravi è effettuata rispetto alle persone che vivono in famiglia (non

sono comprese quelle che vivono nelle residenze) e dichiarano di avere per motivi di salute (da almeno sei mesi alla data della rilevazione) limitazioni (gravi o non gravi) nelle attività che svolgono abitualmente.

Tabella 10. Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte, per classe di età, 2023, valori assoluti in migliaia e incidenze percentuali

Gravità delle limitazioni	0-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale	
				v.a.	% su tot.
Limitazioni gravi	362	706	1.836	2.904	5,0%
Limitazioni non gravi	1.718	3.136	4.633	9.487	16,2%
Totale persone con limitazioni (gravi e non gravi)	2.080	3.842	6.469	12.391	21,2%
Senza limitazioni	22.081	12.872	6.350	41.303	70,5%
Non indicato	2.288	1.397	1.170	4.855	8,3%
Totale	26.449	18.111	13.988	58.548	100,0%

Sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi (a causa di motivi di salute che durano da almeno sei mesi alla data della rilevazione) nelle attività che svolgono abitualmente. Non sono comprese le persone con disabilità che vivono nelle residenze. I dati sono ottenuti come media degli ultimi due anni

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 11. Persone con limitazioni gravi nelle attività abitualmente svolte, per ripartizione geografica, 2023, valori assoluti in migliaia e incidenze percentuali

Ripartizione geografica	Limitazioni gravi	
	v.a.	% su tot.
Nord-Ovest	725	25,0%
Nord-Est	508	17,5%
Centro	601	20,7%
Mezzogiorno	1.069	36,8%
Italia	2.904	100,0%

Sono considerate con disabilità le persone che vivono in famiglia e dichiarano di avere delle limitazioni gravi (a causa di motivi di salute che durano da almeno sei mesi alla data della rilevazione) nelle attività che svolgono abitualmente. Non sono comprese le persone con disabilità che vivono nelle residenze. I dati sono ottenuti come media degli ultimi due anni.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Nonostante le diverse politiche di inclusione lavorativa a favore delle persone con disabilità (una su tutte la Legge 68/99 sul collocamento mirato), il lavoro rappresenta un aspetto emblematico delle difficoltà e delle barriere, anche di tipo culturale, che sovente le persone con disabilità incontrano. In Italia, nel 2023, appena un terzo (33,1%) delle persone tra i 15 e i 64 anni con limitazioni gravi dichiara di essere occupato contro il 61,8% delle persone della stessa fascia di età che non presentano limitazioni (Istat, 2025g), evidenziando (ancora una volta) una condizione di svantaggio economico e di

diseguaglianza sociale. Senza tralasciare che la mancanza di un'occupazione compromette significativamente lo sviluppo e il mantenimento di relazioni sociali, alimentando una condizione di isolamento. Un divario, quello occupazionale, che testimonia importanti difficoltà di accesso al mercato del lavoro, anche a causa di barriere culturali e organizzative che ostacolano una piena inclusione, laddove il collocamento delle persone con disabilità è considerato spesso un problema in termini di produttività, rappresentando probabilmente un ostacolo ancora maggiore rispetto alla presenza di barriere fisiche.

Ugualmente complesso è il processo di inclusione ai fini di una piena partecipazione scolastica. Al 2022 in Italia si contano 316.760 alunni con disabilità⁽⁸⁾ – ovverosia coloro che hanno una certificazione in base alla Legge 104/92 e che usufruiscono dell'insegnante di sostegno – pari al 3,9% del totale iscritti, registrando una crescita del 4,9% rispetto al 2021. Tra gli alunni con disabilità, si registra una maggiore presenza nella scuola primaria (38,0%, pari a 120.354 alunni) e – seppure con una consistenza inferiore – nella scuola secondaria di II grado (26,7%, pari a 84.618 alunni); mentre nella scuola dell'infanzia la presenza di alunni con disabilità è inferiore ed è pari al 10,5% (33.271 alunni), (Tabella 12).

Nel lungo periodo (2012-2022) si registra un'importante crescita del 46,6% degli alunni con disabilità, pari a 100.747 unità in più. Un incremento così significativo sembra evidenziare una maggiore attenzione verso il tema dell'inclusione scolastica, anche attraverso l'individuazione e il riconoscimento di una condizione di disabilità; così come sembra indicare una domanda di assistenza più elevata da parte delle stesse famiglie. In questo contesto, appare evidente

come il sistema educativo sia chiamato a mettere in campo misure mirate a corrispondere alle molteplici e specifiche necessità degli alunni con disabilità in un'ottica di inclusività, accessibilità e disponibilità di personale specializzato, a garanzia di una piena partecipazione scolastica per tutti. Tuttavia, se si considerano le caratteristiche strutturali degli edifici e degli ambienti scolastici si rilevano non poche criticità rispetto alla presenza di barriere fisiche. Nel 2023, in Italia, il 33,6% delle scuole di ogni ordine non dispone ancora di un accesso all'edificio scolastico con rampe; il 70,0% di servoscala e/o piattaforma elevatrice; il 65,6% non è dotata di segnali acustici e/o visivi; il 78,5% di mappe a rilievo e/o percorsi tattili e l'11,1% delle scuole non dispone di servizi igienici a norma. Se si considera la tecnologia a sostegno della didattica inclusiva e più nello specifico la disponibilità di postazioni adeguate alle esigenze degli alunni con disabilità, si osservano importanti differenze tra i diversi ordini di scuola. In particolare, la presenza di postazioni informatiche con *hardware* (periferiche speciali) e *software* specifico per alunni con disabilità è piuttosto limitata nella scuola dell'infanzia (26,8%) e significativamente maggiore nella primaria (71,6%) e nella scuola secondaria di I grado (76,5%). Nel complesso, il 40% delle scuole non è ancora attrezzato con

8 Non sono compresi i dati della Provincia Autonoma di Bolzano.

Tabella 12. Alunni con disabilità in Italia, per ordine di scuola, 2022, valori assoluti e incidenze percentuali

Ordine di scuola	Alunni con disabilità	Composizione %	Incidenza per 100 alunni con le stesse caratteristiche
Infanzia	33.271	10,5%	2,6%
Primaria	120.354	38,0%	4,8%
Secondaria di primo grado	78.517	24,8%	4,7%
Secondaria di secondo grado	84.618	26,7%	3,1%
Totale	316.760	100,0%	3,9%

Sono considerati studenti con disabilità coloro che hanno una certificazione in base alla Legge 104/92 e che usufruiscono dell'insegnante di sostegno. Non sono compresi i dati della Provincia Autonoma di Bolzano.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

postazioni adatte per gli alunni con disabilità. Un dato che mette in luce come a fronte di una crescente domanda di inclusività, il sistema educativo appare ancora segnato da barriere fisiche. Ciò rischia di condizionare il percorso formativo e di socializzazione degli studenti con disabilità, alimentando disuguaglianze e compromettendo le prospettive future.

1.5. La salute mentale, una dimensione del benessere

Se si attraversa la letteratura e il dibattito più generale sulla salute mentale non si può fare a meno di rilevare analisi e studi che evidenziano una stretta corrispondenza tra la manifestazione di alcune forme psicopatologiche e il contesto culturale e sociale entro cui esse prendono forma. È sufficiente richiamare la sindrome *Hikikomori* che, secondo uno studio sulle dipendenze comportamentali nella Generazione Z (*Zoomer*)⁽⁹⁾ realizzato dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, rappresenta una «manifestazione estrema di ritiro sociale e descrive un disturbo che colpisce principalmente adolescenti o giovani adulti che vivono a casa dei genitori, chiusi nelle loro camere da letto per giorni, mesi o addirittura anni, isolati dal mondo; solitamente rifiutano la comunicazione con l'esterno e in casi estremi anche con la loro famiglia, usano internet in maniera compulsiva e si attivano solo per affrontare i loro bisogni fisici primari». Un disturbo caratterizzato da ansia sociale, depressione esistenziale, misantropia, scarsa au-

tostima, spesso associato al *gaming* patologico e alla dipendenza dal web. Una condizione che porta a rinunciare a qualunque tipo di rapporto sociale, compreso quello con i propri amici. Un fenomeno che esprime per dirla con Recalcati «il male di vivere contemporaneo, le sue manifestazioni sintomatiche, il suo inserimento nel discorso sociale»⁽¹⁰⁾.

L'*Hikikomori* non è la sola espressione del «male di vivere contemporaneo». Sono sempre più diffusi i disturbi del comportamento, soprattutto tra le nuove generazioni, che nelle forme più gravi si manifestano come vere e proprie dipendenze patologiche comportamentali, classificate anche come *addiction*⁽¹¹⁾. Tra queste si annoverano, a titolo esemplificativo, la *Social Media Addiction (SMA)*⁽¹²⁾, l'*Internet Gaming*

10 Si rinvia a <https://www.jonasitalia.it/libreria/>

11 Degno di nota è l'utilizzo del termine "addiction" che è stato introdotto per sopperire all'uso del termine "dipendenza" perché non più adeguato a comprendere anche quei comportamenti non derivati da sostanze ma da attività (quali gioco d'azzardo, videogiochi, internet, chat, sesso, shopping, esercizio fisico, cibo) che, se praticate in modo eccessivo, rappresentano una dipendenza patologica classificata appunto come "addiction". Il termine inglese "addiction" non corrisponde al termine italiano "dipendenza", come si precisa nell'introduzione al Rapporto del Consiglio Superiore della Sanità (2022): «la lingua inglese opera un'importante distinzione tra i termini addiction e dependence, che in italiano sono invece tradotti con la stessa parola "dipendenza", pur avendo significati molto diversi. Con addiction si vuole definire una condizione generale, in cui la dipendenza psicologica da una sostanza o da un oggetto spinge alla ricerca dell'oggetto stesso, senza il quale l'esistenza sembra priva di significato; con dependence, invece, si intende la dipendenza fisica e chimica, ovvero la condizione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare», p. 4.

12 Seppure non disponibile una descrizione condivisa, con SMA si definisce una dipendenza comportamentale caratterizzata da un bisogno incontrollabile di accedere ad informazioni o veicolare dei contenuti propri verso terzi, in una maniera talmente compulsiva da compromettere gli altri ambiti di vita quotidiana. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 17.

9 Si fa riferimento ai nati tra il 1997 e il 2012. Gli anni indicati per circoscrivere la generazione, come esplicitato nello stesso Rapporto, non fanno riferimento alla data di nascita ma «a un comune vissuto e all'esposizione ad eventi storici, sociali e culturali che ne formano il sistema di valori e di modelli di vita», p. 1.

Disorder (IGD)⁽¹³⁾, la *Food Addiction* (FA)⁽¹⁴⁾. Tra i fattori che sovente caratterizzano questi fenomeni emergono: l'eccessiva esposizione ai *social media*, una scarsa fiducia nei confronti degli adulti di riferimento (in particolare genitori e insegnanti), l'esperienza di bullismo e cyberbullismo, l'insoddisfazione per il proprio corpo. Tutti elementi che minano l'autostima e generano un senso di inadeguatezza nelle interazioni sociali, compromettendo il benessere individuale e relazionale, con un forte deterioramento del proprio stato psicologico.

Al di là delle manifestazioni più severe dei disturbi del comportamento, appare evidente come il disagio giovanile, con gradi di intensità differenti e forme diverse di manifestazione,

sia un fenomeno oggi largamente diffuso. Una diffusione favorita dai profondi cambiamenti, innescati dall'avvento del digitale, che hanno investito in modo particolare il sistema di relazioni sociali. Un fenomeno rafforzato dalla pandemia da Covid-19 che ha impattato significativamente su tutte le dimensioni di vita, peggiorando il livello di benessere individuale e minando la fiducia nella possibilità di un futuro migliore. Un'indagine Censis del 2022 sui bisogni e le aspettative dei giovani italiani nel post-Covid rileva come la pandemia sia stata un «catalizzatore di malesseri psicologici latenti o preesistenti» (Censis, 2022, p. 27). I dati dell'indagine evidenziano condizioni di maggiore sofferenza per i giovani durante e dopo la pandemia. In particolare, il 60,7% dei giovani tra i 18 e i 36 anni durante la pandemia ha sofferto della mancanza di relazionalità a fronte del 24,1% degli *over65*; mentre il 44,6% dei giovani ha manifestato disturbi di ansia e depressione, tra gli adulti (37-64 anni) la quota si attesta al 26,2% e tra gli *over65* al 18,4%. Senza tralasciare che dopo la pandemia il 46,9% dei giovani si percepisce fragile contro il 26,6% degli *over65*; mentre il 31,8% si sente solo a fronte del 19,2%

13 L'IGD è descritto come l'uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi per un periodo di 12 mesi. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 31.

14 La FA è definita come un comportamento alimentare che comporta il consumo eccessivo di alimenti specifici, altamente appetibili (cibi ricchi di sale, grassi e zuccheri) in quantità superiori al reale fabbisogno energetico dell'individuo. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 44.

Tabella 13. Disagi psicologici durante e dopo la pandemia, per classe di età, 2022, valori percentuali

Disagi psicologici	Classe di età			Totale
	Giovani 18-36 anni	Adulti 37-64 anni	Anziani 65 anni e oltre	
Durante la pandemia				
Spesso mi sono sentito solo	60,7%	44,3%	24,1%	42,5%
Ho avuto problemi psicologici, di depressione di ansia	44,6%	26,2%	18,4%	28,4%
Ho aumentato il consumo di alcool/altre sostanze	17,6%	8,1%	1,5%	8,5%
Dopo la pandemia				
Desidero trascorrere a casa più tempo possibile	45,5%	49,5%	44,3%	47,1%
Ho paura a frequentare locali/luoghi affollati	47,9%	43,2%	42,2%	44,0%
Mi sento fragile	46,9%	35,8%	26,6%	35,8%
Sono solo	31,8%	19,2%	16,7%	21,5%

Fonte: Indagine Censis, 2022 - Generazione Post Pandemia. Bisogni e aspettative dei giovani italiani nel post Covid 19, p. 26

degli adulti e del 16,7% degli anziani di 65 anni e oltre (Tabella 13). Nell'insieme si osservano differenti forme di disagio psicologico, espressione di una condizione di fragilità emotiva forte (acuita dalla pandemia) in particolare nelle nuove generazioni.

Uguualmente significativi sono i più recenti dati al 2024 relativi alle forme di disagio per classe di età. Gli esiti dell'indagine del Censis (2024) evidenziano che il 69,1% dei giovani di 18-34 anni di età manifesta il bisogno di sentirsi rassicurato; il 58,1% si sente fragile e il 56,5% si sente solo. Sono sintomi di un disagio che, se protratto nel tempo, può manifestare stati di ansia o di depressione, attacchi di panico o disturbi dell'alimentazione. In particolare, il 51,8% dei giovani soffre di ansia e depressione a fronte del 40,8% degli adulti (35-64 anni) e del 19,0% degli anziani di 65 anni e oltre; mentre il 32,7% di giovani soffre di attacchi di panico e il 18,3% manifesta un disturbo alimentare. Al confronto, appena il 4,2% degli anziani di 65 anni e oltre soffre di attacchi di panico e l'8,2% presenta un disturbo dell'alimentazione. Sono giovani fragili e soli che manifestano un malessere conclamato: il

29,6% è in cura dallo psicologo e il 16,8% assume psicofarmaci e/o sonniferi (Tabella 14).

Ad uno sguardo più allargato, in quest'ultimo ventennio si è diffusa sempre più la consapevolezza della stretta correlazione tra disagio mentale e condizioni sociali quali le disuguaglianze, la povertà, l'emarginazione, le violenze e una forte tendenza all'individualismo. Tutti aspetti che vanno oltre la sfera sanitaria e indirizzano verso percorsi di cura capaci di integrare politiche sanitarie e sociali. La stessa definizione di salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2013) ponendo l'attenzione sul benessere chiama in causa la necessità di corrispondere alla pluralità dei bisogni delle persone e di creare le condizioni per generare benefici sociali, riconoscendo così un approccio non strettamente confinato nell'ambito sanitario ed evitando una lettura parziale dei fenomeni tutta centrata sul disagio invalidante: «la salute mentale si definisce come uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità» (OMS, 2013, p. 38).

Tabella 14. Forme di disagio e risposte individuali, per classe di età, 2024, valori percentuali

	Classe di età			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e oltre	
Forme di disagio				
Ha bisogno di sentirsi rassicurato	69,1%	60,7%	33,8%	54,7%
Si sente fragile	58,1%	49,7%	34,4%	47,1%
Si sente solo	56,5%	50,6%	22,9%	43,9%
Soffre di ansia o depressione	51,8%	40,8%	19,0%	36,8%
Soffre di attacchi di panico	32,7%	23,8%	4,2%	20,0%
Ha disturbi del comportamento alimentare	18,3%	12,8%	8,2%	12,6%
Le risposte individuali				
È in cura dallo psicologo	29,6%	17,9%	1,9%	15,7%
Prende psicofarmaci/sonniferi	16,8%	16,3%	9,6%	14,5%

Fonte: Indagine Censis 2024, 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2024, p. 56

In linea con le indicazioni dell'OMS, si può interpretare anche l'obiettivo 3 dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile volto a garantire la salute e a promuovere il benessere per tutti a tutte le età, da raggiungere anche potenziando «gli interventi per il trattamento del disagio psichico e promuovere la tutela della salute mentale, in particolare fra i giovani, creando ad esempio punti di ascolto all'interno delle scuole o inserendo esperti del settore nell'organico»⁽¹⁵⁾. In breve, si riconosce la salute mentale come dimensione del benessere e quindi determinante per la salute di una persona.

Prendendo a riferimento l'indice di salute mentale⁽¹⁶⁾, che fornisce una misura del disagio psicologico esplorando le dimensioni quali l'ansia, la depressione, la perdita di controllo comportamentale o emozionale e il benessere psicologico, nel 2024 si registra per l'Italia un valore pari a 68,4 punti medi⁽¹⁷⁾. La distinzione per classe di età evidenzia come il disagio psicologico peggiori all'aumentare dell'età. Nel dettaglio, si rileva un valore medio più elevato tra i giovani di 14-24 anni (70,4 punti) mentre si attesta a 68,2 punti tra gli adulti di 55-64 anni e raggiunge un valore significativamente più basso tra le persone di 75 anni e oltre (65,1 punti), (Istat, 2025d). Rispetto al 2019 (anno pre-pandemia) non si osserva nessuna variazione dell'indice; mentre a partire dal 2020 si registra «un preoccupante peggioramento del benessere psicologico soprattutto tra i più giovani, in particolare le ragazze» (Istat, 2024c, p. 37). E non è tutto. Un'indagine Eurobarometro Flash sulla salute mentale (2023) rileva che il

44% dei cittadini italiani ha sofferto di problemi emotivi o psicosociali nei 12 mesi prima della rilevazione (tra i cittadini europei la percentuale si attesta al 46%); il 60% considera le «condizioni di vita» tra i fattori determinanti per la salute mentale, in linea con il dato osservato a livello europeo; mentre il 62% dichiara di essere molto d'accordo (14%) o abbastanza d'accordo (48%) che eventi come la pandemia da Covid-19, la guerra in Ucraina, la crisi climatica o fattori come la disoccupazione o l'aumento dei prezzi di generi alimentari ed energia si ripercuotano sulla propria salute mentale, un dato in linea con quello registrato a livello europeo (il 18% molto d'accordo e il 44% abbastanza d'accordo). A conferma che i fattori socio-economici costituiscono delle determinanti innegabili per una condizione di benessere o di malessere.

Considerando la rete dei servizi territoriali per la salute mentale, il primo riferimento per le persone con disagio psichico è il Centro di Salute Mentale (CSM). Nel merito, il CSM coordina, nell'ambito territoriale, tutti gli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Tra le altre attività, si annoverano quelle di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza; trattamenti psichiatrici e psicoterapie; inserimenti dei pazienti in strutture residenziali e centri diurni; attività diagnostiche per la definizione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi; interventi di formazione al lavoro e di inserimento lavorativo attraverso accordi di programma con i comuni e programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, ecc.). Secondo gli ultimi dati disponibili al 2023 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e più specificatamente del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), si rilevano 726.062 utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali

15 Si rinvia ad ASviS, <https://asvis.it/goal-3-salute-e-benessere/>

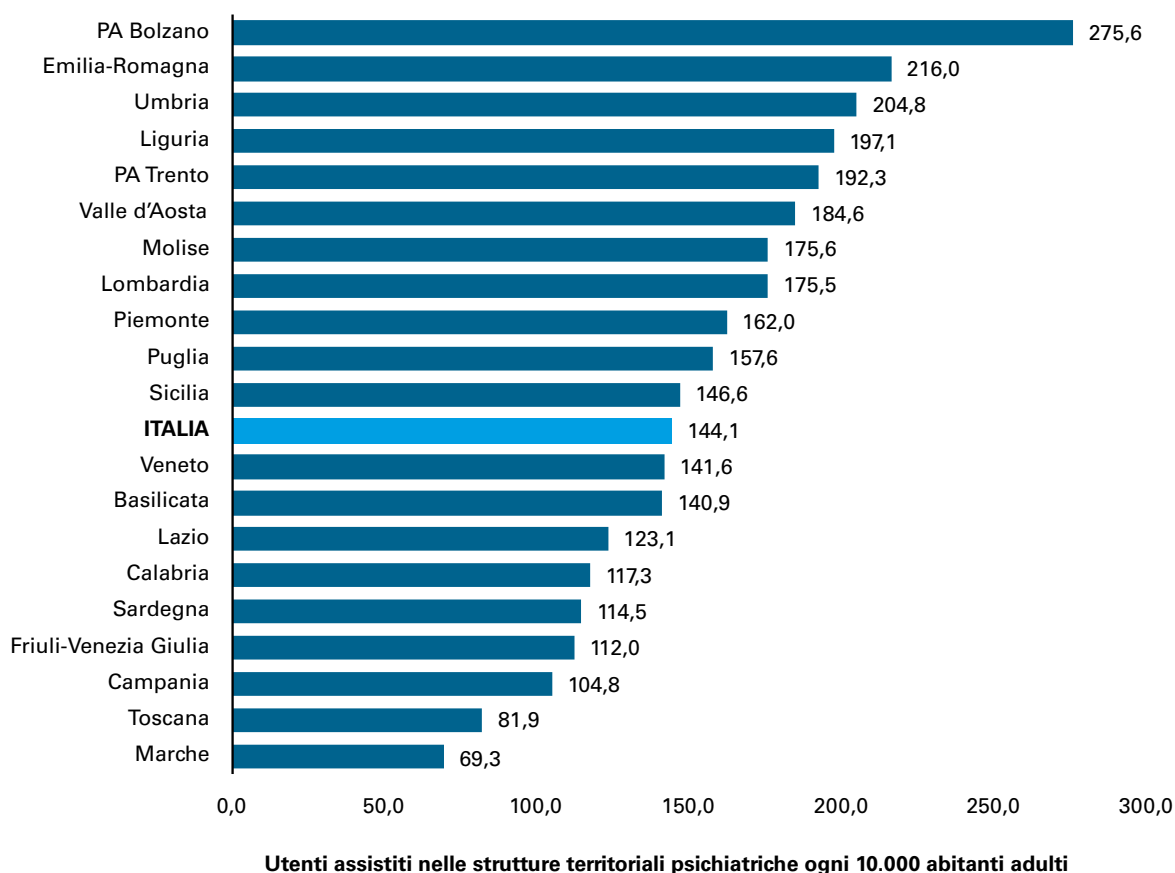
16 Calcolato tra le persone di 14 anni e più. Cfr. Istat (2025d).

17 L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore medio dell'indice. Cfr. Istat (2025d).

psichiatriche, ovvero 144,1 utenti ogni 10.000 abitanti adulti. Il dettaglio regionale evidenzia 276 utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali ogni 10.000 abitanti nella Provincia Autonoma di Bolzano; seguono a distanza l'Emilia-Romagna (216 utenti psichiatrici assistiti ogni 10.000 abitanti), l'Umbria (205 utenti psichiatrici assistiti ogni 10.000 abitanti) e la Liguria (197 utenti psichiatrici assistiti ogni 10.000 abitanti). Di contro, si registrano tassi inferiori nelle Marche (69 utenti psichiatrici assistiti ogni 10.000 abitanti) e in Toscana (82 utenti psichiatrici assistiti ogni 10.000 abitanti), (Figura 8).

Con riferimento al gruppo diagnostico, si osserva che la patologia più frequente tra gli utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali è la depressione con 31,9 assistiti ogni 10.000 residenti adulti; seguono la schizofrenia e altre psicosi funzionali (29,6 utenti assistiti per 10.000 abitanti) e le sindromi nevrotiche e somatoformi (18,2 utenti assistiti per 10.000 abitanti). Se si considera la classe di età degli assistiti, si rileva che la depressione è più frequente tra gli adulti e nella fascia di popolazione anziana tra i 65 e i 74 anni, registrando un picco nella classe di età 55-64 anni (51,3 utenti assistiti per 10.000 abi-

Figura 8. Utenti assistiti nelle strutture territoriali psichiatriche, per regione*, 2023, tassi per 10.000 abitanti adulti



*I dati della regione Abruzzo non sono disponibili.

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), 2024

tanti); la schizofrenia e altre psicosi funzionali è prevalente tra gli adulti dai 45 ai 64 anni. Tra gli utenti psichiatrici più giovani assistiti nei servizi territoriali sono prevalenti le sindromi nevrotiche e somatoformi e i disturbi della personalità e del comportamento mentre tra gli anziani di oltre 75 anni sono prevalenti le demenze e i disturbi mentali organici (Tabella 15).

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, nel 2023 si rilevano 573.663 accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, pari al 3,1% del totale accessi in Pronto Soccorso a livello nazionale (18.421.877 unità). Nel dettaglio, si annoverano 221.497 accessi per sindromi nevrotiche e somatoformi, pari al 38,6% del totale degli accessi per patologie psichiatriche; seguono a distanza gli accessi per schizofrenia e altre psicosi funzionali (47.341 accessi, l'8,3% del totale), quelli per demenze e disturbi mentali organici (45.168 accessi, il 7,9% del totale), gli accessi per disturbi della perso-

nalità e del comportamento (38.645 accessi, il 6,7% del totale) e per alcolismo e tossicomanie (37.561 accessi, il 6,5% del totale), (Tabella 16).

Dall'analisi della dinamica tendenziale si osserva un calo significativo del 35,0% di accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche tra il 2019 e il 2020 (anno dello scoppio della pandemia) e aumenti importanti negli anni 2021 e 2022, rispettivamente del 13,8% (58.068 accessi in più) e del 14,2% (68.201 accessi in più). Nel 2023 si registra un ulteriore incremento del 4,8%, pari a 26.186 accessi in più rispetto al 2022, raggiungendo tuttavia un numero di accessi ancora inferiore a quelli registrati nel 2019 (anno pre-pandemia). Il dettaglio per gruppo diagnostico evidenzia tra il 2019 e il 2020 il calo maggiore di accessi in Pronto Soccorso per le sindromi nevrotiche e somatoformi (-40,0%) mentre gli accessi per i disturbi della personalità e del comportamento registrano le variazioni annuali maggiori in tutti e tre gli anni successivi

Tabella 15. Utenti assistiti nelle strutture territoriali psichiatriche, per gruppo diagnostico e classe di età, 2023, tassi per 10.000 abitanti adulti

Gruppo diagnostico	Classe di età							Totale
	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	>75 anni	
Alcolismo e tossicomanie	2,6	4,2	3,6	3,3	2,6	1,1	0,4	2,5
Altri disturbi psichici	20,3	11,0	9,3	10,7	12,0	6,2	2,8	9,7
Assenza di patologia psichiatrica	8,2	6,5	6,4	6,4	6,4	5,1	4,3	6,0
Demenze e disturbi mentali organici	1,0	1,3	1,6	2,3	3,4	5,3	12,6	4,2
Depressione	21,5	20,1	23,3	35,8	51,3	40,0	20,6	31,9
Diagnosi in attesa di definizione	22,6	15,4	13,5	14,2	14,9	11,2	8,3	13,7
Disturbi della personalità e del comportamento	22,9	15,9	12,3	14,6	13,6	7,2	2,3	12,0
Mania e disturbi affettivi bipolari	3,8	7,1	10,0	14,7	19,2	15,4	6,0	11,8
Ritardo mentale	9,3	6,6	5,1	5,2	4,1	2,0	1,2	4,4
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	16,9	25,9	31,3	41,5	43,4	27,4	9,2	29,6
Sindromi nevrotiche e somatoformi	26,0	21,6	19,3	20,6	21,9	14,3	7,2	18,2
Italia	155,1	135,6	135,7	169,3	192,7	135,2	74,9	144,1

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), 2024

Tabella 16. Accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, secondo il gruppo diagnostico, 2019-2023, valori assoluti e incidenze percentuali

Gruppo diagnostico	2019	2020	2021
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	49.061	38.628	43.058
Mania e disturbi affettivi bipolari	9.708	7.023	7.889
Depressione	28.040	19.558	21.543
Sindromi nevrotiche e somatoformi	270.875	162.468	189.761
Disturbi della personalità e del comportamento	21.665	16.132	20.434
Alcolismo e tossicomanie	45.174	30.001	32.339
Demenze e disturbi mentali organici	53.135	37.867	40.143
Ritardo mentale	505	351	418
Altri disturbi psichici	170.284	109.180	123.691
Totale	648.447	421.208	479.276
Gruppo diagnostico	2022	2023	Composizione % (anno 2023)
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	47.778	47.341	8,3%
Mania e disturbi affettivi bipolari	8.796	8.462	1,5%
Depressione	23.430	23.217	4,0%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	215.771	221.497	38,6%
Disturbi della personalità e del comportamento	25.481	38.645	6,7%
Alcolismo e tossicomanie	37.977	37.561	6,5%
Demenze e disturbi mentali organici	45.082	45.168	7,9%
Ritardo mentale	413	401	0,1%
Altri disturbi psichici	142.749	151.371	26,4%
Totale	547.477	573.663	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Emergenza Urgenza (EMUR - PS), 2024

al 2020. In particolare, nel 2021 si registra un aumento degli accessi pari al 26,7%, un valore quasi doppio rispetto alla media nazionale (13,8%); nel 2022 l'aumento è pari al 24,7%, un valore di gran lunga superiore alla media nazionale (14,2%); mentre nel 2023 si registra un aumento degli accessi in Pronto Soccorso per disturbi della personalità e del comportamento del 51,7% (13.164 accessi in più) rispetto al

2022, registrando la variazione maggiore tra tutti i gruppi diagnostici. Tra le altre diagnosi, nel 2023 si osserva una variazione annuale positiva di accessi in Pronto Soccorso soltanto per le sindromi nevrotiche e somatoformi (+2,7%, pari a 5.726 accessi in più) e per le demenze e i disturbi mentali organici (+0,2%, pari a 86 accessi in più), (Tabella 17).

Tabella 17. Dinamica tendenziale accessi in Pronto Soccorso per patologie psichiatriche, secondo il gruppo diagnostico, 2020-2023, variazioni percentuali rispetto all'anno precedente

Gruppo diagnostico	2020	2021	2022	2023
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	-21,3%	11,5%	11,0%	-0,9%
Mania e disturbi affettivi bipolari	-27,7%	12,3%	11,5%	-3,8%
Depressione	-30,2%	10,1%	8,8%	-0,9%
Sindromi nevrotiche e somatoformi	-40,0%	16,8%	13,7%	2,7%
Disturbi della personalità e del comportamento	-25,5%	26,7%	24,7%	51,7%
Alcolismo e tossicomanie	-33,6%	7,8%	17,4%	-1,1%
Demenze e disturbi mentali organici	-28,7%	6,0%	12,3%	0,2%
Ritardo mentale	-30,5%	19,1%	-1,2%	-2,9%
Altri disturbi psichici	-35,9%	13,3%	15,4%	6,0%
Totale	-35,0%	13,8%	14,2%	4,8%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Emergenza Urgenza (EMUR - PS), 2024

Più in generale, rispetto allo stato di benessere/disagio della popolazione del nostro Paese e sulla prevalenza dei disturbi comportamentali, si delineano aspetti e caratteristiche che chiamano in causa tra i fattori sociali determinanti la struttura socio-demografica e in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione per l'aumento delle aspettative di vita. Così come è di tutta evidenza che, soprattutto nei contesti urbani, si possono generare fattori di rischio per la salute mentale data la presenza di condizioni dove l'impoverimento si associa alla diffusione di sostanze stupefacenti e a fenomeni di violenza e di criminalità. Per non tralasciare le trasformazioni in atto delle strutture familiari, sia in relazione alla loro composizione (famiglie unipersonali, monogenitoriali, allargate, ricomposte, omogenitoriali) sia in relazione alla manifestazione dei nuovi bisogni.

In questo scenario appare evidente che il contesto in cui si vive, le nuove dinamiche familiari, le problematiche legate all'occupazione e all'istruzione, l'esposizione ad eventi sociali ed economici destabilizzanti se da sempre hanno avuto un forte impatto sui giovani di ogni ge-

nerazione, oggi si configurano come fattori di maggiore rischio per la salute mentale.

Facendo sintesi, l'insieme delle informazioni e dei dati qui presentati non ci restituisce di certo un quadro esaustivo della realtà della salute mentale né tantomeno i dati relativi al numero degli utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali così come il numero degli accessi alle strutture sanitarie ci possono essere d'aiuto. L'articolata configurazione delle strutture e la conseguente frammentazione dei dati che popolano il Sistema Informativo non garantiscono la copertura del fenomeno. Vale ad esempio la non inclusione nel Sistema Informativo di coloro che non si rivolgono alle strutture pubbliche o non dichiarano il proprio disagio a causa dello stigma sociale che spesso accompagna il fenomeno. La stessa definizione dell'OMS e l'emergere di problematiche che ampliano il campo del disagio mentale confermano che la salute mentale non richiama un unico e specifico fenomeno misurabile ma permea la vita sociale delle persone.

1.6. Le dipendenze tra vecchie e nuove sfide

Se il tema della salute mentale richiama una condizione di benessere o di disagio, quello delle dipendenze richiama una condizione di fragilità e di situazioni patologiche che si esprimono attraverso l'utilizzo e l'abuso di sostanze legali e non (alcol, tabacco, droghe leggere e pesanti, farmaci, ecc.) o attraverso l'alterazione di comportamenti che inducono a forme di dipendenza rispetto a specifiche attività (gioco d'azzardo, utilizzo eccessivo di *social media* e di videogiochi su internet, consumo compulsivo di cibo, ecc.). Queste ultime sono forme di disturbo del comportamento che nella manifestazione più estrema rappresentano vere e proprie dipendenze al pari di quelle da sostanza e che interessano in misura prevalente i giovani e i giovanissimi. Parallelamente, lo stesso mercato delle sostanze stupefacenti si è modificato: si assiste sempre più alla diffusione di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) ovvero droghe sintetiche create in laboratorio. Il digitale e lo spazio *web* – in particolare quello sommerso, il cosiddetto *dark web* e, in parte, il *deep web* – sono i luoghi virtuali utilizzati per reperire prodotti illeciti, e sono stati utilizzati soprattutto durante la pandemia. È questo, sinteticamente, il quadro che si desume dagli esiti dell'indagine conoscitiva sulle dipendenze patologiche diffuse tra i giovani, realizzata dalla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ma anche dai Rapporti sulle dipendenze comportamentali dell'Istituto Superiore di Sanità.

Dai dati del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), con riferimento ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) del Sistema Sanitario Nazionale, un servizio che si occupa della cura, della prevenzione primaria e della riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza patologica, si rileva che nel 2023, in Italia, sono

stati assistiti complessivamente 132.195 soggetti con dipendenza da sostanze (Tabella 18). Di questi l'87,0% (pari a 114.952 unità) è costituito da soggetti già in carico alle strutture o rientranti dagli anni precedenti e il restante 13,0% è costituito da nuovi utenti pari a 17.243 unità. La composizione per classe di età evidenzia come le classi di età più giovani (tra i 15 e i 39 anni) siano più ricorrenti tra i nuovi utenti. Per contro, tra gli utenti già in carico prevalgono le classi di età meno giovani (tra i 40 e i 59 anni).



Tabella 18. Utenti in trattamento nei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), per classe di età, 2023, valori assoluti e incidenze percentuali						
Classe di età	Nuovi utenti		Utenti già in carico		Totale utenti	
	v.a.	% su tot.	v.a.	% su tot.	v.a.	% su tot.
Fino a 15 anni	10	0,1%	7	0,01%	17	0,01%
15-19 anni	1.729	10,0%	1.152	1,0%	2.881	2,2%
20-24 anni	2.406	14,0%	4.020	3,5%	6.426	4,9%
25-29 anni	2.430	14,1%	7.666	6,7%	10.096	7,6%
30-34 anni	2.533	14,7%	11.139	9,7%	13.672	10,3%
35-39 anni	2.307	13,4%	13.956	12,1%	16.263	12,3%
40-44 anni	2.053	11,9%	16.214	14,1%	18.267	13,8%
45-49 anni	1.545	9,0%	17.059	14,8%	18.604	14,1%
50-54 anni	1.163	6,7%	17.841	15,5%	19.004	14,4%
55-59 anni	628	3,6%	15.052	13,1%	15.680	11,9%
60-64 anni	290	1,7%	7.837	6,8%	8.127	6,1%
65 anni e oltre	149	0,9%	3.009	2,6%	3.158	2,4%
Totale	17.243	100,0%	114.952	100,0%	132.195	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), 2024

Un’ulteriore conferma di una più diffusa esposizione dei giovani all’uso di sostanze è data dal confronto tra l’età media dei soggetti in trattamento e l’età media degli stessi alla prima assunzione della sostanza. Nel merito, si rileva che gli utenti in trattamento al 2023 hanno un’età media pari a 42,5 anni e registrano un’età media di 21,3 anni al primo utilizzo della sostanza. Dall’analisi dei dati con riferimento all’età degli utenti in trattamento secondo il tipo di sostanza assunta, si osserva un’età media significativamente bassa tra gli utenti consumatori di allucinogeni pari a 28,9 anni, con un’età media alla prima assunzione di 19,7 anni. Seguono gli utenti consumatori di cannabinoidi con un’età media pari a 29,1 anni e un’età media alla prima assunzione di 16,1 anni. Altrettanto indicativi sono i dati degli utenti consumatori di cocaina: hanno un’età media di 39,3 anni e fanno registrare un’età media di 22,3 anni alla prima assunzione (Tabella 19). Secondo evidenze tratte dagli studi epidemiologici, il consumo di cocaina è considerato un problema di salute

pubblica per la rilevanza di accessi al Pronto Soccorso a causa di *overdose*, disturbi medici come infarti, ictus, complicazioni neuropsichiatriche e altre malattie come HIV ed epatite. Ed è considerato un problema sociale perché l’utilizzo di cocaina fa aumentare la probabilità di incidenti e atti di violenza ed è spesso associato a consumatori che manifestano frequenti problematiche con il sistema giudiziario penale, tra cui crimini, arresti e detenzioni (IFC-CNR, 2024).

Con riferimento all’uso di sostanze legali quali l’alcol, secondo gli ultimi dati Istat, nel 2023 8 milioni 29mila persone manifestano almeno un comportamento di uso di bevande alcoliche a rischio per la salute, ovverosia eccedono abitualmente nel consumo o sono soggette a ubriacature (*binge drinking*). Più in dettaglio, il consumo abituale eccedentario⁽¹⁸⁾ riguarda

18 Il consumo abituale eccedentario è quello che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l’uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda

Tabella 19. Numero utenti in trattamento nei Ser.D., età media utenti in trattamento ed età media alla prima assunzione, per tipo di sostanza, 2023, valori assoluti

Tipo di sostanza	Numero utenti in trattamento	Età media degli utenti in trattamento	Età media alla prima assunzione
Oppiacei	79.627	46,5	21,8
Cocaina	34.407	39,3	22,3
Stimolanti	359	36,7	23,3
Ipnotici e Sedativi	707	47,8	31,3
Allucinogeni	184	28,9	19,7
Inalanti volatili	12	34,5	23,1
Cannabinoidi	15.880	29,1	16,1
Altre dipendenze	1.019	46,3	22,7
Totale	132.195	42,5	21,3

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche territoriali su dati NSIS - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), 2024

l'8,8% della popolazione mentre il *binge drinking* ovvero il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione riguarda il 7,8% della popolazione. Degna di nota è la contrazione negli ultimi dieci anni del consumo abituale eccedentario (-2,3 punti percentuali) rispetto alle ubriacature (+1,5 punti percentuali). Nella generalità dei casi prevalgono gli uomini (21,2%) rispetto alle donne (9,2%). Riguardo alla classe di età si osservano "comportamenti non moderati" tra gli ultra-sessantaquattrenni (il 18,1%), tra gli adolescenti di 11-17 anni (il 15,7%) e tra i giovani e adulti fino a 44 anni (15,5%), (Istat, 2024d).

Più nello specifico, dai dati dell'indagine ESPAD-European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – una survey volta ad analizzare i comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e non, da parte degli studenti e delle studentesse frequentanti le scuole secondarie di II grado italiane, di età compresa tra i 15 e i 19 anni – si rileva che la

Generazione Z, i cosiddetti nativi digitali nati tra il 1997 e il 2012, è fortemente esposta ad abitudini e comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze come tabacco, alcol e sostanze psicoattive, a cui si aggiungono le nuove forme di dipendenza. Focalizzando l'attenzione sui comportamenti esposti all'uso di sostanze psicotrope legali e non, si rileva che nel 2023 una quota consistente di giovani, circa 700mila (il 28% di studenti tra i 15 e i 19 anni), ha sperimentato l'uso di cannabis almeno una volta nella vita. Destano particolare preoccupazione, per gli effetti tossicologici e i rischi sociali che ne derivano, i consumi e l'aumento dei casi di intossicazione da Nuove Sostanze Psicoattive-NPS. L'11% dei 15-19enni (pari a circa 260mila studenti), nel corso della propria vita, ha consumato una delle sostanze individuate come *New Psychoactive Substances*, definite anche *smart drugs* o *legal highs*¹⁹. Mentre ammontano a circa 170mila (il

¹⁹ La particolarità di questa tipologia di sostanze è quella di riuscire a mimare l'effetto di altre sostanze illegali più conosciute grazie alla loro struttura molecolare molto simile. La problematicità, oltre agli effetti di dipendenza che danno al pari delle altre sostanze, risiede nel fatto che l'eterogeneità delle NPS è molto ampia e il loro sviluppo è potenzialmente semplice e meno costoso rispetto alle altre droghe,

alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni. Cfr. Istat (2024d).

6,9% degli studenti) i giovani che, almeno una volta nel corso della vita, hanno fatto uso di cannabinoidi sintetici (noti anche come *Spice*, K2 o AK47) e – seppure con una consistenza minore ma ugualmente significativa – i giovani che almeno una volta nella vita hanno fatto esperienza del consumo di oppioidi sintetici (circa 43mila unità, pari all'1,7% degli studenti). È opportuno rilevare che l'indagine mette in evidenza come l'uso delle Nuove Sostanze Psicoattive esponga i ragazzi ad altri comportamenti a rischio. Nel merito, coloro che utilizzano tali sostanze sembrano essere più esposti a condotte pericolose rispetto ai coetanei che non ne fanno uso. Dagli studi epidemiologici effettuati si rilevano pratiche di *binge drinking*, l'uso di sigarette, rapporti sessuali non protetti. A questi seguono altri comportamenti a rischio, quali l'ubriacatura e l'assunzione di cannabis, oltre a comportamenti tendenti a rapporti problematici con gli insegnanti, rapporti conflittuali con gli amici, nonché incidenti stradali e problemi con la giustizia (IFC-CNR, 2024).

Altrettanto indicativi sono i dati relativi all'uso di stimolanti⁽²⁰⁾, utilizzati da circa 148mila ragazzi (il 6,0% dei giovani tra i 15 e i 19 anni), e i dati di quelli che hanno sperimentato l'uso di allucinogeni⁽²¹⁾ almeno una volta nel corso della

loro vita (circa 100mila giovani, il 4,1% del totale studenti).

Per giunta, i giovani, soprattutto della Generazione Z, sono maggiormente esposti a comportamenti a rischio di dipendenza da alcune attività. La ricerca clinica ha confermato per questi comportamenti forti similarità con le dipendenze da sostanza, quali la ripetitività e uno stato d'animo di tensione anticipatoria nell'attesa della soddisfazione. Entro questo quadro caratterizzato da "nuove dipendenze", nel 2020 il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), Sezione I, è stato chiamato ad esprimere un parere in merito all'ampliamento del concetto di dipendenza, al fine di poter contemplare ulteriori alterazioni del comportamento classificabili come vere e proprie patologie. Nel nuovo concetto di dipendenza elaborato da un Gruppo di lavoro *ad hoc* e approvato dalla Sezione I del CSS si considera come dipendenza una «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo, una sostanza e/o uno specifico comportamento, caratterizzata da risposte psicofisiche che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza e/o di mettere in atto un determinato comportamento disfunzionale in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il malessere della sua privazione» (CSS-Sez. I 2022, p. 3).

Gli studi epidemiologici di questi ultimi anni hanno focalizzato l'attenzione su alcuni comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenze comportamentali. Vale ad esempio lo studio già richiamato del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (2023) sulle dipendenze comportamentali della Generazione Z, volto a monitorare gli studenti e le studentesse delle scuole secondarie di I e II grado (11-13 anni e 14-17 anni) che mostra-

motivo per il quale la loro diffusione diventa più semplice e, non essendo conosciute, almeno inizialmente, è difficile tenerne traccia. Cfr. IFC-CNR (2024), p. 153.

20 Gli psicostimolanti comprendono una classe eterogenea di sostanze con proprietà stimolanti del sistema nervoso centrale e con un elevato potenziale di abuso. Le sostanze di questa classe comprendono sostanze illecite, farmaci con prescrizione medica, preparati da banco e integratori alimentari. Cfr. IFC-CNR (2024), p. 173.

21 Gli allucinogeni sono sostanze psichedeliche, come la dietilamide dell'acido lisergico (LSD), comunemente noto come "Acido" e i funghi allucinogeni, che possono potenzialmente alterare il modo in cui le persone vedono, sentono e percepiscono, ma anche come le persone si sentono dal punto di vista emotivo e umorale; possono inoltre alterare le funzioni cognitive. Cfr. IFC-CNR (2024), p. 185.

no comportamenti a rischio. L'importanza dello studio è data dal rilievo che si dà all'associazione tra lo sviluppo di comportamenti a rischio di dipendenza rispetto ad alcune dimensioni quali l'ansia sociale, la depressione, l'impulsività, la regolazione emotiva, la qualità del sonno, stili di vita non salutari, nonché rispetto ai fenomeni emergenti quali le sfide *social* o *social challenge*⁽²²⁾, *doxing*⁽²³⁾, *sexting*⁽²⁴⁾ e *morphing*⁽²⁵⁾ legati all'utilizzo problematico dei *social media*. Seppure i fenomeni appena richiamati siano oggetto di attenzione da parte della comunità scientifica, non trovano ancora riscontro in dati consistenti utili a descrivere la completa articolazione dei fenomeni da cui ricavare inferenze.

22 Giochi online presentati sottoforma di sfide nelle quali l'individuo si registra con uno smartphone o con una webcam mentre completa una sfida per poi condividere la clip su diversi canali. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 6.

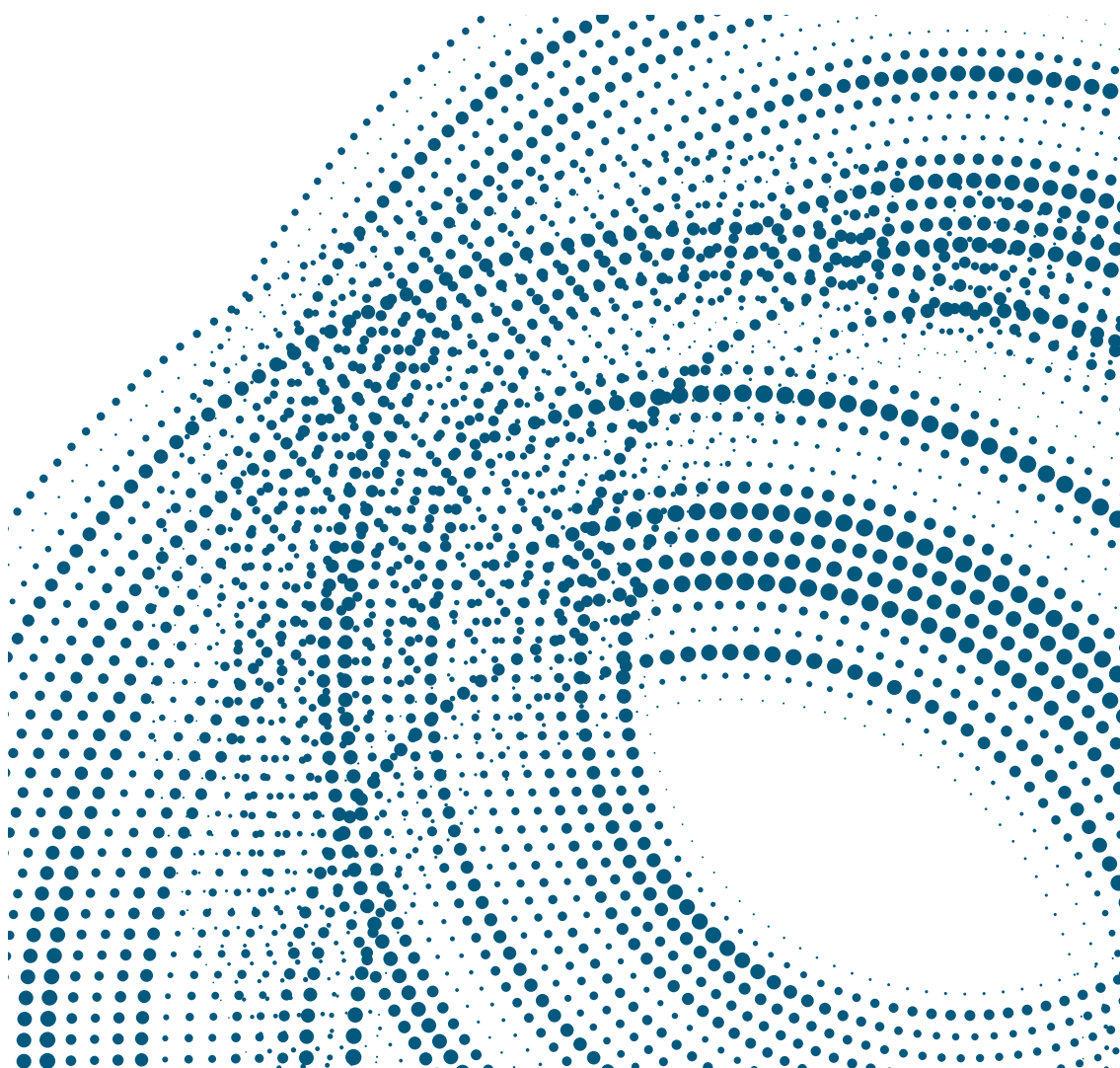
23 Una forma di cyberbullismo riguarda la diffusione via internet di dati personali e sensibili senza il consenso dell'altro. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 6.

24 Termine che unisce la parola sesso (*sex*) e sms (*texting*) e riguarda l'invio di messaggi elettronici con delle allusioni a sfondo erotico. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 6.

25 Nasce come una tecnica cinematografica, riguarda la possibilità di trasformare le immagini attraverso APP, mutandole gradualmente da una forma iniziale ad una di arrivo, con un effetto di trasformazione del tutto credibile e naturale. Questa tecnica viene solitamente utilizzata dai giovani per trasformare le proprie fotografie ed apparire più adulti o più giovani. Cfr. Istituto Superiore di Sanità (2023), p. 6.

Capitolo 2

Il primo nucleo di un possibile
perimetro sociosanitario



Dopo la pandemia il mondo del sociosanitario vive un nuovo periodo di forte interesse, probabilmente dovuto alla riemersa consapevolezza della incidenza dei determinanti di salute ulteriori alle prestazioni strettamente sanitarie, unita alla forte correlazione che lega tra loro la salute della singola persona, del suo nucleo familiare e della comunità in cui abita. Dopo il lungo periodo in cui questi temi sono stati prevalentemente oggetto di convegni e di esperienze locali e volontaristiche, l'integrazione tra sanità e sociale e l'approccio di comunità sono tornati a essere considerati come elementi portanti, non eventuali o accessori, della costruzione di sistemi evoluti per la salute.

Questo *revival*, tuttavia, fa tornare alla luce le stesse questioni di fondo affrontate in passato nelle tante fasi di costruzione delle correlazioni tra il Servizio Sanitario Nazionale e i servizi sociali, l'ultima avvenuta tra gli anni 1999 e 2000, e le dinamiche incoerenti che hanno caratterizzato i successivi venticinque anni. Questioni di fondo che, una volta riprese e riattualizzate, andrebbero necessariamente legate alla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in sanità e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni

nel sociale, perché non si tratta solo di incrociare l'erogazione di prestazioni che restano distinte tra loro, ma di integrare in modo stabile funzioni pubbliche fondamentali nel loro rapporto con i diritti costituzionali alla salute e all'assistenza.

Per contribuire ad alimentare questa visione fondativa e sostenere le competenze indispensabili alla sua attuazione operativa, è cruciale riprendere i fondamentali delle materie sociosanitarie e dell'integrazione iniziando da una loro definizione concreta e comprovata. Sono dimensioni dell'assistenza dotate di un loro canone specifico fatto di materie, confini, legami, interazioni, contenuti, modalità, processi, prestazioni, organizzazione, governo. Dimensioni da montare insieme alla sanità normale e al sociale normale, in modo "nativo" se possibile, costruendo un vero sistema integrato di servizi territoriali.

Lungo questo cammino, un apporto positivo può forse scaturire dalla definizione di un possibile perimetro del sociosanitario, a partire da un primo nucleo solido e normato da completare e aggiornare seguendo le normative specifiche sviluppate da ogni settore assistenziale coinvol-

to; per poi cercare di comprendere quali sono gli agganci strutturali su cui è possibile montare un sistema integrato stabile e permanente.

Si tratta di un percorso ricostruttivo del mondo sociosanitario e incrementale rispetto agli aggiornamenti apportati dalle normative di settore più recenti. Il presente Capitolo, dunque, cerca di rintracciare i riferimenti costitutivi recati dal D.Lgs. 229/1999 e dall'Atto d'Indirizzo 2001, per poi determinare il primo nucleo del perimetro sociosanitario prendendo come base il DPCM 12.1.2017, con le prestazioni e i processi, e chiudere individuando le principali fonti da analizzare per assumere le evoluzioni nate negli ultimi anni.

2.1. Il punto di partenza del 1999

Il punto di partenza da cui iniziare il percorso ricostruttivo della sfera sociosanitaria è costituito dal Decreto Legislativo 229/1999, cosiddetto "Decreto Bindi", che modifica il Decreto Legislativo 502/1992 di riforma del Servizio Sanitario Nazionale.

Il D.Lgs. 229/1999 è un atto complesso che interviene su molteplici aspetti, tra cui:

- Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.
- Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, piano sanitario regionale, definizione delle unità sanitarie locali.
- Processo di costruzione delle aziende sanitarie, figure del direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie, rapporto con la medicina generale e la pediatria di libera scelta.
- Distretto sanitario, funzioni e risorse, comitato dei sindaci, piano delle attività territo-

riali, prestazioni sociosanitarie, area delle professioni sociosanitarie.

- Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali, sperimentazioni gestionali, fondi integrativi.

Per quanto riguarda lo specifico delle materie sociosanitarie, il D.Lgs. 229/1999 introduce il basilare articolo 3-septies denominato appunto "integrazione sociosanitaria", in cui vengono fissati i fondamenti che regolano tuttora i processi di valutazione multidimensionale, progettazione individuale, integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

2.1.1. L'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 (come modificato dal D.Lgs. 229/1999)

Al comma 1 dell'art. 3-septies vengono definite prestazioni sociosanitarie «... tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione»⁽¹⁾.

Il Decreto introduce le definizioni complementari di "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e di "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" che, nel loro insieme, compongono l'area sociosanitaria⁽²⁾:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. «Attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite».
- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. «Attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo

¹ Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 1.

² Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 2.

di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute».

Successivamente il Decreto aggiunge due ulteriori specificazioni.

La prima specificazione riguarda le cosiddette “prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria”, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che «attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative». Queste attività sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria⁽³⁾.

La seconda specificazione riguarda le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”, di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall’Atto di Indirizzo e coordinamento, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sulla base di quote capitarie correlate ai Livelli Essenziali di Assistenza⁽⁴⁾.

«Le regioni disciplinano i criteri e le modalità con cui i comuni e le aziende sanitarie garantiscono l’integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari»⁽⁵⁾.

2.1.2. L’Atto di Indirizzo per le prestazioni sociosanitarie del 2001

Lo stesso art. 3-septies prevede l’emanazione di un Atto di Indirizzo in cui si individuano:

- Le prestazioni da ricondurre alla tipologia “sanitarie a rilevanza sociale” e “sociale a rilevanza sanitaria”, precisandone i criteri di finanziamento a carico delle aziende sanitarie e delle amministrazioni comunali.
- Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, ricomprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.
- La definizione di livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario⁽⁶⁾.

In applicazione di queste disposizioni, nel corso del tempo sono stati elaborati due atti principali: il DPCM del 14.02.2001 “Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” e il DPCM del 12.01.2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, atto che ricomprende anche le materie sociosanitarie e tratta in modo approfondito e analitico in riferimento ai principi definiti nel 2001.

L’Atto di Indirizzo 2001 stabilisce che l’assistenza sociosanitaria viene prestata sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, e individua i primi riferimenti per la definizione delle prestazioni sociosanitarie basate su tre criteri principali: la natura del bisogno, la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale, la sua durata.

3 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, commi 4 e 5.

4 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 6.

5 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 8.

6 Decreto Legislativo 502/1992, articolo 3-septies, comma 3.

Per la determinazione della natura del bisogno si tiene conto di quattro aspetti:

- Funzioni psicofisiche.
- Natura delle attività del soggetto e relative limitazioni.
- Modalità di partecipazione alla vita sociale.
- Fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato:

- Fase intensiva, «caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari».
- Fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito.
- Fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati, professionali e di altra natura, e alla loro articolazione nel progetto personalizzato⁽⁷⁾.

L'articolo 3 dell'Atto di Indirizzo 2001 individua le tipologie di prestazioni.

7 D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" - articolo 2, commi 3 e 4.

Il comma 1 richiama le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria, considerate complementari e contestuali secondo le previsioni del D.Lgs. 502/1992, art. 3-septies. Il comma 2 specifica le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che riguardano tutte le attività del sistema sociale con l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, che vengono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata ed erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

Sono attività di competenza comunale prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini⁽⁸⁾, e si esplicano attraverso interventi per:

- Infanzia, adolescenza e responsabilità familiari.
- Contrasto alla povertà.
- Sostegno e aiuto per persone non autosufficienti.
- Ospitalità alberghiera per adulti e anziani con limitazione dell'autonomia.
- Inserimento sociale di persone con disabilità o patologia psicofisica o dipendenza.
- Ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza.

Il comma 3 specifica le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, che riguardano tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8 D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" - articolo 3, comma 2.

Questa tipologia di prestazioni è attribuita in particolare alla fase post-acuta, e caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.

Si tratta di prestazioni erogate dalle aziende sanitarie a carico del fondo sanitario, in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali, e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti alle funzioni psicofisiche e alla limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza⁹.

2.1.3. I principi di programmazione e organizzazione e l'impianto del 1999-2001

L'articolo 4 dell'Atto di Indirizzo del 2001 fissa i principi della programmazione e della organizzazione come elementi cardine dell'integrazione sociosanitaria, seguendo delle linee antesignane di quello che oggi potremmo chiamare "approccio multilivello e multiattoriale".

Per la programmazione degli interventi sociosanitari l'articolo determina i principi generali: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale. Individua nella regione il soggetto che determina gli obiettivi, le funzioni e i criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, compresi i criteri di finanziamento, in concerto con la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e

sociosanitaria regionale. La regione e la rispettiva conferenza permanente svolgono funzioni di coordinamento nei confronti delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

A livello distrettuale l'integrazione tra i servizi di assistenza primaria e le prestazioni sociosanitarie rientrano nel Programma delle attività territoriali. I comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti¹⁰.

Cercando di riassumere l'impianto generato tra il 1999 e il 2001, tuttora alla base dell'area sociosanitaria, è possibile evidenziare alcuni elementi fondamentali che giungono fino ai nostri giorni:

- L'area sociosanitaria racchiude tutte le attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
- Queste prestazioni sono composte da "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria".
- Le "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria" sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, e sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria.
- Un Atto di Indirizzo individua le tipologie di queste prestazioni e definisce i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

9 D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" - articolo 3, comma 3.

10 D.P.C.M. 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" - articolo 4

Con le loro specificità, l'articolo 3-septies "Integrazione sociosanitaria" e l'Atto di Indirizzo si collocano in modo del tutto funzionale all'interno del più ampio schema di riforma recato dal Decreto Legislativo 229/1999, che per la parte territoriale trova i suoi capisaldi nel distretto sanitario (art. 3-quater e seguenti del D.Lgs. 502/1992, come modificato nel 1999). Un distretto sanitario che garantisce: l'assistenza primaria e la continuità assistenziale; il coordinamento tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture operative aziendali, servizi specialistici ambulatoriali, strutture ospedaliere ed extraospedaliere; l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni. Attività la cui programmazione è assicurata dal Programma delle Attività Territoriali, con il Comitato dei Sindaci che concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute.

In questo quadro acquistano spessore e finalità gli elementi chiave presenti nell'art. 3-septies e nell'Atto di Indirizzo, come la programmazione e l'organizzazione, la valutazione multidimensionale e il piano individuale, le tipologie delle prestazioni e i criteri di finanziamento; fino a giungere a uno dei passaggi meno ricordati dell'art. 3, comma 3, del DPCM 2001 «... [le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria] ... possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza».

Fuori da questa lettura sistematica e correlata, l'attenzione posta solo al dettaglio di singole norme o di singole tabelle di prestazioni perde di qualsiasi disegno complessivo in grado

di dare significatività, appropriatezza, efficacia e finalità all'integrazione sociosanitaria. Senza i riferimenti d'insieme al sistema, i contenuti delle tabelle delle prestazioni e le loro percentuali di attribuzione dei costi, rischiano di diventare semplici tessere di un puzzle indecifrabile, perché vengono mosse singolarmente e posizionate nei modi più svariati mancando la figura complessiva da ricomporre necessariamente.

Se interpretato nella sua interezza e complessità, invece, l'articolato normativo del 1999-2001 mantiene intatte la modernità e l'attualità iniziali e va a costituire il fondamento tuttora insuperato della sfera sociosanitaria. Un fondamento da sviluppare attraverso il secondo DPCM del 2017, e successivamente da aggiornare seguendo il sentiero delle norme specifiche di ogni settore assistenziale e delle più significative disposizioni nazionali degli ultimi anni.

2.2. Il DPCM cosiddetto "Nuovi LEA" del 2017

Dopo avere toccato le normative fondamentali del periodo 1999-2001, per proseguire nel cammino verso la ricostruzione di un primo perimetro del sociosanitario, è necessario fare un salto temporale di oltre quindici anni e raggiungere il secondo dispositivo attuativo dell'art. 3-septies, terzo comma, del D.Lgs. 502/1992.

Nel 2017 è stato elaborato un fondamentale DPCM denominato "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", che per la parte sociosanitaria riprende i contenuti del primo Atto di Indirizzo del 2001 e li sviluppa nel quadro di una più ampia trattazione integrale dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per l'ampiezza dell'atto, la caratura delle materie trattate, i contenuti normati, il DPCM cosiddetto "Nuovi LEA" del 12.01.2017 rappresenta il nucleo fondante del perimetro sociosanitario, e si pone quindi alla base di questo lavoro ricostruttivo. Il paragrafo descrive le strutture generali del dispositivo e della sezione dedicata alle materie sociosanitarie, a cui segue una prima evidenziazione delle dimensioni di erogazione e di processo. Nei paragrafi successivi queste due dimensioni sono analizzate in modo più approfondito seguendo l'articolato del DPCM.

2.2.1. La struttura del DPCM "Nuovi LEA"

In riferimento al Patto per la Salute 2014-2016, il DPCM 12.01.2017 reca la nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che sostituisce integralmente i provvedimenti precedenti. Il provvedimento non ha un carattere ricognitivo o descrittivo, ma «ha carattere effettivamente costitutivo, proponendosi come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale»⁽¹¹⁾.

Il DPCM del 2017 è composto da 64 articoli raggruppati in sei capi il cui impianto segue l'articolazione dei macro-livelli di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica.
- Assistenza distrettuale.
- Assistenza ospedaliera.

Ogni macrolivello è suddiviso in aree specifiche che sono articolate in attività, servizi e prestazioni, e costituiscono i Livelli Essenziali di Assistenza. Per le aree specifiche in cui le

prestazioni erogabili sono elencate in liste o nomenclatori, i nuovi nomenclatori sono inclusi nel provvedimento con specifici allegati ed esauriscono la relativa disciplina.

Nelle aree in cui non sono disponibili o proponibili liste chiuse di prestazioni, sono state declinate le attività, come nel caso dell'assistenza distrettuale e in particolare modo per l'assistenza sociosanitaria. La scelta di evitare il rinvio alla normativa vigente ha imposto di ricavare da tale normativa le specifiche attività e prestazioni di competenza dei rispettivi servizi (dipartimenti di prevenzione, consultori familiari, SERT, dipartimenti di salute mentale, servizi di riabilitazione, ecc.) e di riportarle nel testo, sia pure senza carattere di esaustività.

Il DPCM del 2017, dunque, presenta una struttura ampia e complessa perché abbraccia l'intero Servizio Sanitario Nazionale, definendo per ciascuna area specifica i contenuti costitutivi dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in termini di attività, servizi e prestazioni e allegando, quando possibile, vere e proprie liste che costituiscono i nuovi Nomenclatori LEA.

2.2.2. La struttura del Capo IV "Assistenza Sociosanitaria"

Il Capo IV del DPCM del 2017 è dedicato all'assistenza sociosanitaria, area in cui non sono stati definiti dei veri e propri elenchi di prestazioni ma sono state individuate le attività e le tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità e impegno assistenziale.

Il Capo è composto da 15 articoli che interessano l'area dei minori e famiglie, delle persone con disturbi mentali, delle persone con dipendenze patologiche, delle persone con disabilità, delle persone con non autosufficienza, le cure domiciliari, residenziali e palliative:

¹¹ Relazione illustrativa allo Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante: "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria".

A21 Percorsi assistenziali integrati.

A22 Cure domiciliari.

A23 Cure palliative domiciliari.

A24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie.

A25 Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

A26 Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali.

A27 Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità.

A28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche.

A29 Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario.

A30 Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti.

A31 Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita.

A32 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

A33 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali.

A34 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità.

A35 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche.

Come emerge nel paragrafo successivo, l'impianto normativo è piuttosto complesso da decodificare in modo sistematico, perché per ciascuna area specifica sono declinate le attività ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali, ma poi vanno associate anche le cure domiciliari con quattro livelli di intensità assistenziale e le cure residenziali di solito sono articolate in tre livelli di intensità assistenziale. Per ciascuna area sono state anche riportate le ripartizioni degli oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2.2.3. Le due dimensioni del perimetro sociosanitario: il processo assistenziale e le prestazioni integrate

L'articolo 21 del DPCM del 2017 disciplina i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali che prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Si fa riferimento a specifiche linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa, anche con l'apporto delle autonomie locali, e le modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione.

È garantito l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia.

Analogamente al percorso definito in ambito sanitario dal DPCM, anche in ambito sociale si sono sviluppati nel tempo degli approcci del tutto sovrapponibili che interessano tutte le aree assistenziali. In questa materia, tra la vasta produzione di dispositivi e linee guida, nell'area sociosanitaria sono da mettere in rilievo i contenuti della Legge 234/2021 e del Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024, oltre ai Decreti Legislativi 29 e 62 del 2024.

L'articolo 1, comma 163 della Legge 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) riprende i passaggi fondamentali dell'accesso unitario (PUA),

della valutazione multidimensionale (UVM) e della progettazione individuale integrata (PAI), e li mette in relazione con un assetto organizzativo territoriale incentrato sulla presenza dei PUA nelle Case della Comunità, con l'approccio bio-psico-sociale alla valutazione dei bisogni di salute della persona e della sua famiglia, con una progettazione orientata a individuare interventi modulati secondo l'intensità del bisogno con responsabilità, compiti e modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali.

Il Punto 3.2 del PNNA 2022-2024 definisce il percorso assistenziale come LEPS (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) di Processo e ne individua i contenuti costituiti dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

La seconda dimensione del perimetro sociosanitario, quella più classica e consueta, riguarda invece le prestazioni da considerare, le attività e tipologie di assistenza, e la ripartizione dei relativi oneri. Come descritto nel paragrafo precedente, il Decreto Legislativo 229/1999 determina la composizione dell'assistenza socio-sanitaria in "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria". Al primo gruppo appartengono anche le "attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", completamente finanziate dal SSN; per il secondo gruppo invece le norme iniziali prevedevano la definizione di livelli uniformi delle prestazioni sociali nelle aree assistenziali dell'infanzia, adolescenza e responsabilità

familiari, povertà e inclusione, persone con disabilità e persone con non autosufficienza, percorsi di autonomia per persone con dipendenze patologiche o con disturbi mentali.

In linea generale quando si incontrano "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale", che non siano a elevata integrazione, con "prestazioni sociali a rilevanza sociale", l'insieme delle attuali normative prevede la ripartizione degli oneri tra il Sistema Sanitario Nazionale e le amministrazioni comunali, secondo percentuali variabili. Gli oneri non sanitari possono a loro volta prevedere una compartecipazione da parte delle persone e delle loro famiglie.

Il prossimo paragrafo è dedicato alla rassegna delle attività di tipo sociosanitario come definite dal DPCM del 2017; seguito da un approfondimento sulle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le relative ripartizioni degli oneri; per poi chiudere la parte dedicata alle analisi con la ricostruzione di alcuni tra i riferimenti principali che riguardano la dimensione del processo assistenziale, anche nelle sue più recenti evoluzioni.

2.3. DPCM 2017 - Rassegna delle principali attività e prestazioni sociosanitarie

Per tentare di ricostruire il primo nucleo fondante del perimetro sociosanitario, appare utile riordinare l'articolato del DPCM 2017 presentato al paragrafo 2.2.2. in modo da produrne una lettura più ragionata e agevole. La Tabella successiva raggruppa gli articoli per settore assistenziale, lasciando all'inizio l'articolo 21 sui percorsi assistenziali integrati e posizionando alla fine i due articoli specifici per le cure domiciliari e l'assistenza residenziale⁽¹²⁾.

¹² Nell'Appendice 1 del presente Rapporto sono riportate le

Tabella 1. Capo IV del DPCM 2017 – Aggregazione degli articoli per area assistenziale

Capo IV Assistenza Sociosanitaria		
Percorsi Assistenziali	A21	Percorsi assistenziali integrati
Materno-Infantile	A24	Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie
Salute Mentale	A26	Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali
	A33	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali
	A25	Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo
	A32	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo
Dipendenze Patologiche	A28	Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche
	A35	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche
Disabilità	A27	Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità
	A34	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità
Non Autosufficienza	A30	Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti
Cure Palliative	A23	Cure palliative domiciliari
	A31	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita
Cure Domiciliari	A22	Cure domiciliari
Assistenza Residenziale	A29	Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario
Fonte: DPCM 12.01.2017		

L'analisi della dimensione prestazionale si appoggia sulle tabelle riportate nell'Appendice 1 del presente Rapporto, che evidenziano tutti i contenuti maggiormente significativi di ogni articolo considerato, ed è organizzata in tre raggruppamenti:

- materno-infantile, salute mentale, dipendenze patologiche;
- disabilità, non autosufficienza;
- cure palliative, cure domiciliari, assistenza residenziale extraospedaliera.

In occasione della elaborazione del DPCM sui nuovi LEA del 2017, per la sezione dell'assistenza sociosanitaria la scelta del legislatore nazionale è stata di non produrre un Nomenclatore

delle singole prestazioni sociosanitarie sotto forma di lista, a differenza di altre sezioni dello stesso atto, ma di costruire l'articolato definendo le attività e le tipologie per ogni area assistenziale.

Le tabelle riportate nell'Appendice 1 del Rapporto provano a costruire una sorta di "Nomenclatore delle attività sociosanitarie", estratto dal dettato normativo in modo del tutto fedele, di cui si riporta il commento nel successivo paragrafo.

2.3.1. Materno-infantile, salute mentale, dipendenze patologiche

L'area del materno-infantile, e più precisamente l'area dell'infanzia, adolescenza, donne, coppie, famiglie, conta un solo articolo del DPCM 2017, ossia l'**articolo 24**, che si compone di due commi, il

tabelle più estese con i principali riferimenti del DPCM 2017 per ogni settore assistenziale.

primo dedicato alle prestazioni garantite dal SSN e il secondo all'integrazione con i servizi sociali.

Nel comma 1 le prestazioni garantite alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie sono quelle domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, necessarie e appropriate raggruppate in 20 ambiti di attività: educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile; procreazione responsabile; consulenza preconcezionale; tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili e delle patologie benigne dell'apparato genitale; assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro; corsi di accompagnamento alla nascita; assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato; consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza; consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita; consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa; consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia; consulenza e assistenza a favore degli adolescenti; prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio; valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione; rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi; prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale; consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali; consulenza e

collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

Stando al comma 2, «l'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione».

La formula del comma 2 è ripetuta più volte negli articoli dell'assistenza sociosanitaria. Ripresa dal DPCM del 2001, non fissa percentuali di ripartizione degli oneri ma evidenzia come queste prestazioni sociosanitarie, interamente finanziate dal SSN, possono coordinarsi in modo integrato con prestazioni sociali di competenza comunale in relazione alla valutazione multidimensionale dei bisogni di salute.

L'area della salute mentale raggruppa quattro articoli del DCPM 2017, due dedicati alla salute mentale adulti e due alla salute mentale minori, o per meglio dire infanzia-adolescenza.

L'articolo 26 riguarda l'area salute mentale adulti, la sua struttura ricalca quella dell'articolo 24 con un comma dedicato alle prestazioni garantite dal SSN e un altro dedicato all'integrazione con i servizi sociali.

Il comma 1 prevede per le persone con disturbi mentali prestazioni domiciliari, specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate, riconducibili a 17 ambiti di attività: «individuazione precoce e proattiva del disturbo; accoglienza; valutazione diagnostica multidisciplinare; definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia; visite psichia-

triche; prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche; colloqui psicologico-clinici; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia; interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari; interventi sulla rete sociale formale e informale; consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali; collaborazione con i medici di medicina generale; collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità; interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia; progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta».

«Comma 2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione». Anche in questo caso è adottata la formula prevista per le prestazioni a elevata integrazione sociosanitaria, insieme al fondamentale riferimento alla valutazione multidimensionale. Formula che si ripete praticamente identica in tutti gli altri casi simili.

L'**articolo 33** riguarda l'area salute mentale adulti e disciplina le attività residenziali e semiresidenziali, presenta elementi di notevole complessità perché incrocia tre livelli di intensità assistenziale. È formato da cinque commi dedicati rispettivamente a: trattamenti, assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale, oneri del SSN, residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza. Il comma 1 riguarda i trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, com-

plexità e durata per le persone con disturbi mentali. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate in 9 ambiti di attività.

Secondo il comma 2 l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) Trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo) - 100% SSN (art. 32, comma 4).
- b) Trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo - 100% SSN (art. 33, comma 4).
- c) Trattamenti socio-riabilitativi - 40% SSN (art. 33, comma 4).

Il comma 3 riguarda i trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da *équipe* multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana - 100% SSN (art. 33, comma 4).

Il comma 5 riguarda i trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 - 100% SSN.

L'**articolo 25** riguarda la salute mentale minori, o per meglio dire infanzia-adolescenza, e ripropone la stessa struttura in due commi degli articoli 24 e 26.

Il comma 1 prevede per i minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo prestazioni domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate riconducibili a 19 ambiti di attività: individuazione precoce e proattiva del disturbo; accoglienza; valutazione diagnostica multidisciplinare; programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'*équipe* multiprofessionale, in collaborazione con la fa-

miglia; visite neuropsichiatriche; prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17; colloqui psicologico-clinici; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17; abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche; interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana; gruppi di sostegno per i familiari; interventi sulla rete sociale, formale e informale; consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali; consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale; collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni; adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile; collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità; progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

«Comma 2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione». La formula standard che si ripete.

L'**articolo 32** riguarda l'area salute mentale minori, infanzia-adolescenza, e disciplina le attività residenziali e semiresidenziali con gli elementi di complessità dovuti all'incrocio con tre livelli di intensità assistenziale. È formato da cinque commi, tra cui: trattamenti, assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale, di cui si riporta una sintesi di seguito

Il comma 1 prevede la garanzia di trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate in 15 ambiti di attività.

Il comma 3 definisce l'articolazione dell'assistenza residenziale nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) Trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa - 100% SSN (art. 33, comma 5).
- b) Trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa - 100% SSN (art. 33, comma 5).
- c) Trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa - 100% SSN (art. 32, comma 5).

Il comma 4 prevede trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da *équipe* multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana - 100% SSN (art. 33, comma 5).

L'area delle dipendenze patologiche raggruppa due articoli del DCPM 2017, uno dedicato alle prestazioni ambulatoriali e l'altro alle attività residenziali e semiresidenziali.

L'**articolo 28** presenta una struttura simile a quella degli articoli 24, 25 e 26, con un comma dedicato alle prestazioni garantite dal SSN e l'altro dedicato all'integrazione con i servizi sociali.

Il comma 1 prevede la garanzia, per le persone con dipendenze patologiche, di prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate, riconducibili a 19 ambiti di attività: accoglienza; valutazione diagnostica multidisciplinare; valutazione dello stato di dipendenza; certificazione dello stato di dipendenza patologica; programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia; terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; gestione delle problematiche mediche specialistiche; prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze; colloqui psicologico-clinici; colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia; interventi di riduzione del danno; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica; gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica; consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali; collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria; collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

«Comma 2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione».

L'articolo 35 disciplina le attività residenziali e semiresidenziali per le persone con dipendenze patologiche, con gli elementi di complessità dovuti all'incrocio con tre livelli di intensità assistenziale. È formato da cinque commi, tra cui: trattamenti, assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale.

Il comma 1 garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate in 13 ambiti di attività.

Il comma 2 definisce l'articolazione dell'assistenza residenziale per le persone con dipendenze patologiche nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) Trattamenti specialistici - 100% SSN (art. 35, comma 3).
- b) Trattamenti terapeutico-riabilitativi - 100% SSN (art. 35, comma 3).
- c) Trattamenti pedagogico-riabilitativi - 100% SSN (art. 35, comma 3).

Al comma 4 si legge che nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce:

- a) Trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana - 100% SSN (art. 35, comma 5).
- b) Trattamenti pedagogico-riabilitativi erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana - 100% SSN (art. 35, comma 5).

2.3.2. Disabilità, non autosufficienza

L'area della disabilità raggruppa due articoli del DCPM 2017, uno dedicato alle prestazioni am-

bulatoriali e l'altro alle attività residenziali e semiresidenziali.

L'**articolo 27** presenta una struttura simile a quella degli articoli 24, 25, 26 e 28, con un comma dedicato alle prestazioni garantite dal SSN e l'altro dedicato all'integrazione con i servizi sociali.

Il comma 1 prevede per le persone con disabilità complesse prestazioni domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate in 14 ambiti di attività: valutazione diagnostica multidisciplinare; programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia; gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio; colloqui psicologico-clinici; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi; abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita; interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana; gruppi di sostegno; interventi sulla rete sociale formale e informale; consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali; collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni; inter-

venti terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.

«Comma 2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione».

L'**articolo 34** disciplina le attività residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità, con gli elementi di complessità dovuti all'incrocio con tre livelli di intensità assistenziale. È formato da cinque commi tra cui: trattamenti, assistenza residenziale, assistenza semiresidenziale.

I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie (comma 1):

- a) Trattamenti di riabilitazione intensiva che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale - 100% SSN (art. 34, comma 2).
- b) Trattamenti di riabilitazione estensivi che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno un'ora giornaliera e un medio impegno assistenziale - 100% SSN (art. 34, comma 2).
- c) Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue che possono articolarsi in moduli differenziati in base alla tipologia degli ospiti:
 - 1) Persone con disabilità in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare - 70% SSN (art. 34, comma 2).
 - 2) Persone con disabilità che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare - 40% SSN (art. 34, comma 2).

I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie (comma 3):

- a) Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti

a persone con disabilità non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale - 100% SSN (art. 34, comma 4).

- b) Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue - 70% SSN (art. 34, comma 4).

Il comma 5 riguarda il tema del concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore per cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero.

L'area della non autosufficienza conta un solo articolo del DCPM 2017, ossia l'**articolo 30**, che disciplina le attività residenziali e semiresidenziali e presenta gli elementi di complessità dovuti all'incrocio con tre livelli di intensità assistenziale.

I trattamenti residenziali per le persone non autosufficienti si articolano nelle seguenti tipologie (comma 1):

- a) Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale - 100% SSN (art. 30, comma 2).
b) Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure - 50% SSN (art. 30, comma 2).

Comma 3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

- a) Trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico - 100% SSN (art. 30, comma 4).
b) Trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo - 50% SSN (art. 30, comma 4).

2.3.3. Cure palliative, cure domiciliari, assistenza residenziale extraospedaliera

L'area delle cure palliative raggruppa due arti-

coli del DCPM 2017, uno dedicato alle cure domiciliari e l'altro alle attività residenziali.

L'**articolo 23** disciplina le cure domiciliari specializzate, articolate in due livelli di intensità assistenziale.

Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli (comma 1):

- a) Livello di base con CIA (coefficiente intensità assistenziale) minore di 0,50.
b) Livello specialistico con CIA maggiore di 0,50.

«Comma 2. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale».

L'**articolo 31** disciplina le attività residenziali specialistiche per le persone nella fase terminale della vita.

Le prestazioni garantite alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta sono erogate in Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale (comma 1).

L'area delle cure domiciliari conta un solo articolo del DCPM 2017 che disciplina le attività svolte a domicilio in modo trasversale a tutte le aree assistenziali e a tutte le tipologie di persone assistite. L'**articolo 22** disciplina le attività svolte a domicilio e presenta elevati aspetti di complessità dovuti all'incrocio di quattro livelli di intensità assistenziale e integrazione.

«Comma 2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di Indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria” [...]».

In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli (comma 3):

- a) Cure domiciliari di livello base con CIA inferiore a 0,14.
- b) Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello con CIA compreso tra 0,14 e 0,30.
- c) Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello con CIA compreso tra 0,31 e 0,50.
- d) Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello con CIA compreso tra 0,51 e 0,60 anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *caregiver*.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona e sono a totale carico del SSN per i primi 30 giorni e per una quota del 50% per i giorni successivi (comma 4).

«Comma 5. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale».

L’area della residenzialità extraospedaliera a elevato impegno sanitario conta un solo articolo del DPCM 2017, ossia l’**articolo 29**, che riguarda prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17.

Con il comma 1 il SSN garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario, che richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore e sono interamente a carico del SSN. La durata del trattamento è oggetto di specifica valutazione multidimensionale da effettuarsi a 45 giorni dall’ingresso e, successivamente, almeno ogni 90 giorni (comma 2).

2.4. DPCM 2017 - Caratteristiche delle principali attività e prestazioni sociosanitarie

Il paragrafo precedente riporta la rassegna delle principali attività sociosanitarie definite al Capo IV del DPCM “Nuovi LEA” 2017. Dal testo normativo sono stati estratti gli articoli e i commi che connotano direttamente le attività sociosanitarie, disciplinate nella forma di prestazioni, trattamenti, assistenze. È stato necessario andare in questa direzione perché il Capo IV non riporta direttamente in allegato una lista o un Nomenclatore di prestazioni, come invece accade per altre aree assistenziali.

In collegamento con le tabelle nell’Appendice 1 del presente Rapporto, in cui l’estrazione del testo normativo è più chiara e ricca, è forse possibile comprendere meglio la rassegna proposta e immaginare di comporre una sorta di iniziale “Nomenclatore di attività sociosanitarie” (ovviamente non un classico Nomenclatore con una lista di prestazioni e, quando possibile, un tariffario).

Nelle materie sociosanitarie, i fondamenti del DPCM 2017 sono perfettamente ripresi dalle norme generali del D.Lgs. 229/1999 e dall’Atto di Indirizzo del 2001, di cui qualcosa si è accennato nel primo paragrafo. In particolare, resta

basilare l'articolazione in "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" e "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria"; con la prima tipologia che ricomprende al suo interno le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, e la seconda tipologia che riporta alle condizioni uniformi di erogazione e finanziamento delle prestazioni sociali interessate.

Il primo nucleo utile alla definizione del perimetro sociosanitario è dunque rappresentato dall'insieme delle attività definite al Capo IV del DPCM 2017, a cui va irrevocabilmente aggiunta la dimensione del processo assistenziale oggetto del paragrafo 2.5. Per comprendere i funzionamenti insiti in questa prima dimensione del nucleo, quella delle attività/prestazioni, è opportuno evidenziare alcune delle sue caratteristiche principali.

2.4.1. Le caratteristiche principali delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

L'articolato del Capo IV del DPCM 2017 è piuttosto complesso, per questo è proposta una sua rilettura basata sull'aggregazione per settori assistenziali – materno-infantile, salute mentale, dipendenze patologiche, disabilità, non autosufficienza, cure palliative – a cui vanno aggiunte le cure domiciliari, che sono trasversali a tutti i settori, e la residenzialità extraospedaliera a elevato impegno sanitario. Pur restando nella più rigorosa lettura del dettato normativo, come è d'obbligo, la riunificazione degli articoli secondo i settori assistenziali può rendere più immediata la comprensione del nucleo delle attività sociosanitarie.

In linea di massima, per ciascun settore assistenziale possiamo distinguere due insiemi di contenuti: un insieme composto da trattamenti/prestazioni di tipo prevalentemente ambulatoriale,

se è appropriato nominarli così seguendo la terminologia adottata dall'Atto di Indirizzo del 2001, e un insieme composto dalle attività residenziali e semiresidenziali. A questi due insiemi vanno aggiunte le cure domiciliari, che sono trasversali a tutti i settori.

Le prestazioni del primo insieme sono evidenti in particolare agli articoli 24, 25, 26, 27 e 28 che presentano lo stesso tipo di impianto. Il primo comma si apre sempre con una formula di questo genere: «Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ... le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ... necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività ... »; a cui segue un elenco di prestazioni che vanno dall'accesso alla valutazione, da prestazioni di tipo ambulatoriale (prevalentemente svolte nelle sedi delle strutture afferenti ai dipartimenti di competenza o dei soggetti accreditati) a prestazioni specialistiche o riabilitative o psico-educative o di gruppo o collaborazioni con altri settori o altri enti. Una parte dell'elenco di queste prestazioni è molto simile per tutti gli articoli citati, una parte è invece declinata in modo specifico per ogni singolo settore assistenziale.

Le attività residenziali sono articolate secondo le diverse intensità assistenziali, di solito tre:

- Alta intensità.
- Media intensità.
- Bassa intensità.

È questo il caso degli articoli 30, 31, 32, 33, 34, mentre nel 35 (relativo alle cure palliative) i livelli sono due. In alcuni casi i tre livelli sono anche associati alla durata, e diventano quindi: intensivi, estensivi, oppure, per la bassa intensità, socio-riabilitativi, pedagogico-riabilitativi o di lungoassistenza.

Le attività semiresidenziali nelle due aree della salute mentale non sono articolate per intensità assistenziale, nelle altre aree sono articolate al massimo in due livelli di intensità assistenziale, come agli articoli 30, 34 e 35.

Le cure domiciliari dell'articolo 22 sono articolate in quattro livelli di intensità assistenziale trasversali a tutte le aree⁽¹³⁾:

- Cure domiciliari di livello base - CIA inferiore a 0,14.
- Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello - CIA compreso tra 0,14 e 0,30.
- Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello - CIA compreso tra 0,31 e 0,50.
- Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello - CIA compreso tra 0,51 e 0,60.

Occorre evidenziare che nella normativa attuale non è prevista una forma specifica di assistenza domiciliare di lunga durata per le persone anziane non autosufficienti, a differenza delle attività residenziali che prevedono la lungoassistenza all'articolo 30, comma 1, lettera c).

Riassumendo, ai fini della composizione di un virtuale "nucleo di base" è forse possibile raggruppare le attività/prestazioni in cinque *setting*: ambulatoriale, intermedio, domiciliare, semiresidenziale, residenziale. Dove per "ambulatoriale" si intende quella parte delle prestazioni effettuate nelle strutture afferenti ai dipartimenti di competenza (o accreditate), e riconducibili alle attività di accesso, valutazione, diagnosi, trattamento; e per "intermedio" si intende quella parte delle prestazioni svolte in *setting* che non sono propriamente di accesso

e valutazione, ma non si svolgono né a domicilio né in una struttura residenziale o semiresidenziale (es. interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi per l'autonomia personale, sociale e lavorativa - gruppi di sostegno - interventi sulla rete sociale formale e informale - interventi di riduzione del danno).

È sempre indispensabile precisare che in questo scritto si sta esaminando solo il DPCM 2017, senza le successive modifiche, integrazioni, evoluzioni che sono intervenute successivamente in ogni settore assistenziale sociosanitario.

2.4.2. Le caratteristiche principali delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Il DPCM del 2017 non tratta direttamente le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a differenza dell'Atto di Indirizzo del 2001 che invece riporta un articolo specifico su questa materia a cui si è accennato al precedente paragrafo 2.1.2.

L'articolo 3 dell'Atto di Indirizzo del 2001 individua le tipologie di prestazioni, e il comma 2 specifica le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che supportano le persone in stato di bisogno tale da condizionare lo stato di salute. Sono attività di competenza comunale che vengono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata ed erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza; l'Atto di Indirizzo del 2001 declinava a questo scopo anche un elenco di aree assistenziali.

Nel DPCM del 2017 non è presente un articolo del genere ma viene utilizzata puntualmente la formulazione «L'assistenza distrettuale alle persone con ... è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione».

¹³ Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) si calcola rapportando le giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare (GEA) rispetto alle giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma (GdC),

Questa scelta del legislatore nazionale apre varie questioni, tra cui due principali:

- L'individuazione dei contenuti specifici, vale a dire dei servizi, attività, interventi sociali che possono essere integrati in modo appropriato con le attività definite agli articoli e ai commi del Capo IV del DPCM 2017.
- La definizione delle modalità con cui questa integrazione può essere attuata in riferimento alle prerogative nazionali sui Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), alle prerogative regionali sulla organizzazione dei servizi sociali, alle prerogative comunali sulla gestione dei servizi che comprende anche la titolarità sui regolamenti di accesso ed erogazione.

Per quanto riguarda la prima delle questioni principali, l'individuazione dei servizi sociali che possono essere integrati in modo appropriato, nelle tabelle in Appendice 1 è riportato anche un primo tentativo di "allineamento" tra i contenuti del DPCM 2017 e i contenuti del Nomenclatore Sociale CISIS 2013. Ovviamente, sono correlazioni non validate, che hanno il solo scopo di aprire una piccola finestra sulla parte non trattata direttamente dal DPCM 2017, mentre questo tema avrebbe bisogno di essere analizzato e approfondito in una sede istituzionale multilivello Stato, regioni, comuni.

Infine, occorre sottolineare che dopo il 2017 sono stati introdotti molti cambiamenti, integrazioni, evoluzioni nel mondo dei servizi sociali, tutti riportati puntualmente nel Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS e SIOSS), che però al momento non ha ancora generato un nuovo strumento esterno e aggiornato simile al Nomenclatore CISIS 2013. Allo stesso tempo è in atto una rilevante azione per la costruzione dei LEP in ambito sociale in attuazione del D.Lgs. 147/2017 (Capo VI) e della Legge 234/2021 (art. 1,

commi 159-171), che si incrocia con le riforme nazionali della non autosufficienza e della disabilità recate dal PNRR e la riforma dell'Assegno d'Inclusione per la povertà.

2.4.3. La ripartizione degli oneri tra SSN, amministrazioni comunali e persone assistite

Il DPCM 2017 riprende l'impostazione dell'Atto di Indirizzo del 2001 e identifica alcune attività finanziate solo parzialmente dal SSN a cui, nei termini complessivi ed estesi dell'integrazione sociosanitaria, si aggiungono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria in relazione al bisogno emerso dalla valutazione come descritto nel punto precedente.

Salute mentale adulti

Attività semiresidenziali livello c) "Trattamenti socio-riabilitativi" - 40% Finanziamento SSN.

Disabilità

Attività residenziali livello c) "Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento":

- Elevato impegno assistenziale e tutelare - 70% SSN.
- Moderato impegno assistenziale e tutelare - 40% SSN.

Attività semiresidenziali livello c) "Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento" - 70% SSN

Non autosufficienza

Attività residenziali livello c) "Trattamenti di lungoassistenza" - 50% SSN.

Attività semiresidenziali livello c) "Trattamenti di lungoassistenza" - 50% SSN.

Come sempre, un'analisi a parte deve essere dedicata alle cure domiciliari, che presentano una costruzione trasversale a tutti i settori so-

ciosanitari. In questo caso vanno rilevati due aspetti principali, da sempre contraddistinti per la loro difficile interpretazione:

- ADI III Livello. Il livello di massima intensità dell'assistenza domiciliare è caratterizzato anche dalla necessità di assicurare la continuità assistenziale e di fornire supporto alla famiglia e/o al *caregiver*. Si tratta di interventi a carico del SSN di cui tuttavia è difficile determinare i contenuti attuativi effettivi.
- Aiuto Infermieristico. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, e anche in questo caso è difficile determinare i contenuti attuativi effettivi. Primi 30 g. 100% SSN - Successivamente 50% SSN.

Come già evidenziato in precedenza, queste disposizioni acquistano una rilevanza fondamentale nel caso dell'assistenza domiciliare di lungo periodo per le persone anziane non autosufficienti, che non è disciplinata dal DPCM 2017 a differenza dei *setting* residenziale e semiresidenziale.

Il DPCM 2017 non reca alcuna disposizione sulla parte degli oneri non ricompresi nelle percentuali assegnate al SSN. Per meglio dire, se un'attività residenziale è finanziata al 40% o al 50% o al 70% dal SSN, nulla si dice del restante 60% o 50% o 30%. Le competenze sono affidate alla regolazione delle singole regioni, anche se ogni materia nel corso del tempo ha sviluppato assetti specifici legati anche agli impianti normativi di settore, alla giurisprudenza che si è sedimentata nel tempo, al rapporto con i dispositivi regionali e i singoli regolamenti comunali.

Per la parte non finanziata dal SSN, l'aspetto più importante riguarda il rapporto tra i cofinanziamenti di origine comunale e i cofinanziamenti delle persone assistite. Le possibilità e le

formule adottate sono molte, come nel caso di due esempi agli antipodi tra loro: le residenze sanitarie per la lungoassistenza alle persone non autosufficienti (livello c) e i centri diurni per persone disabili. Nel primo caso la retta giornaliera omnicomprensiva è costituita dalla quota sanitaria che copre il 50% e dalle risorse delle persone assistite a copertura dell'altro 50%; nel caso in cui la persona non sia in grado di arrivare alla cifra richiesta, il comune di residenza è chiamato a integrarla in modo sussidiario. Nel caso dei centri diurni per persone disabili, il processo è differente: la quota del 70% o del 40% è di pertinenza del SSN, il restante 30% o 60% rispettivamente è di pertinenza diretta dell'amministrazione comunale che, nel caso (molto discusso e criticato nella disabilità), richiede eventualmente una quota di compartecipazione alle persone assistite e alle loro famiglie. Tra questi due esempi estremi, esiste un'intera gamma di possibilità e di combinazioni stratificate durante gli anni e differenti da regione a regione.

2.5. La dimensione del percorso assistenziale integrato

Finora il Capitolo si è soffermato prevalentemente sulle attività, trattamenti, prestazioni normate al Capo IV del DPCM 2017, ma già in precedenza è stato sottolineato come siano due le dimensioni che formano questo ipotetico "primo nucleo" del perimetro sociosanitario e l'altra dimensione è quella dei percorsi assistenziali integrati, oggetto di rilevanti interventi successivi al 2017.

2.5.1. I percorsi assistenziali nel DPCM 2017 e nel DM 77/2022

L'articolo 21 del DPCM 2017 è dedicato a questa materia e le sue norme valgono per l'intero Capo

IV. «Comma 1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali».

«Comma 2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale [...].

Comma 3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia [...].

Comma 4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale».

Il Percorso assistenziale integrato è esplicitamente scandito nelle sue macrofasi – accesso unitario, presa in carico, valutazione multidimensionale, progetto di assistenza individuale – gli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono organizzati sulla base della valutazione multidimensionale; disposizioni che si applicano a tutte le materie sociosanitarie, dal materno-infantile alle cure palliative, come confermato nei richiami di cui sono disseminati tutti gli articoli successivi al 21.

Per le materie sociosanitarie e l'integrazione, la centralità del percorso assistenziale è afferma-

ta, normata e richiamata ovunque nel Capo IV del DPCM 2017. Appare vano pensare il socio-sanitario fuori da un accesso unitario, una valutazione multidimensionale congiunta, un PAI integrato; questo stesso impianto di base viene ripreso e rafforzato operativamente anche da tutti i maggiori atti nazionali successivi al 2017.

Il DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel sistema sanitario nazionale" costituisce la riforma prevista dalla Missione M6C1 del PNRR "Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale sanitaria". Si tratta dell'atto che ha dato vita alla costruzione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Numero unico, Centrali Operative Territoriali, Infermieri di famiglia e comunità (IFeC), Sanità digitale.

Già in premessa il DM 77 richiama la Legge 234/2021, che ai commi 159-171 ha previsto un complesso intervento inerente ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e risorse. Il DM 77 cita anche l'Accordo interistituzionale recato dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, finalizzato ad attuare nella dimensione del Distretto e dell'ATS il LEPS di processo già descritto nel precedente punto 2.2.3.

Ai fini del Percorso assistenziale integrato è importante mettere in evidenza alcuni passaggi di grande rilievo contenuti nei punti 2 e 3 dell'Allegato 1 del DM 77, che riguardano il concetto vasto e aperto e integrato di Assistenza Primaria, e gli strumenti della Stratificazione della popolazione e del Progetto di salute.

Il Punto 2, richiamando La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SAN-

CO), definisce l'Assistenza Primaria come «l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro *caregiver*, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone».

Il SSN persegue questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, attraverso:

- Lo sviluppo di strutture di prossimità.
- Il potenziamento delle cure domiciliari.
- L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di *équipe* multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico.
- Logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni.
- Modelli di servizi digitalizzati per l'individuazione delle persone da assistere e la gestione dei loro percorsi.
- La valorizzazione della co-progettazione con gli utenti.
- La valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Punto 3. «L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed

omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("*Planetary Health*") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo ed esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio.

Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di *governance* territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

[...] La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra *setting* assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

[...] Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'*équipe* multiprofessionale minima, maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa».

Il Progetto di Salute ricomprende al suo interno i piani individuali come il PAI o il PRI ed è orientato a rispondere contestualmente a bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. L'incrocio tra la stratificazione della popolazione, basata su dati sia "sanitari" che "sociali", un processo assistenziale integrato, e il Progetto di Salute graduato per complessità, porterebbe quindi alla costruzione della vera colonna vertebrale di un'assistenza territoriale in grado di rispondere e organizzarsi attorno ai reali bisogni di salute delle persone, delle famiglie e delle comunità (non solo ai bisogni di tipo strettamente sanitario).

2.5.2. I percorsi assistenziali nelle riforme PNRR della M5C2

La Legge 227/2021 "Delega al Governo in materia di disabilità", con il D.Lgs. 62/2024, è una delle due riforme previste dalla Missione M5C2 del PNRR. La finalità è di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio delle libertà e dei

diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti e su base di uguaglianza con gli altri. Si tratta di due provvedimenti che innovano ed evolvono la definizione stessa di disabilità e, su questa base, rivoluzionano profondamente la materia, introducendo una nuova valutazione di base, il progetto di vita e il *budget* di progetto.

Condizione di disabilità. «Una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri»⁽¹⁴⁾.

Valutazione di base. «Procedimento volto ad accertare, attraverso l'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione, la condizione di disabilità ai fini dell'accesso al sostegno, lieve o medio, o al sostegno intensivo, elevato o molto elevato»⁽¹⁵⁾.

Valutazione multidimensionale. «Procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita»⁽¹⁶⁾.

Progetto di vita. «Progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in con-

14 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera a).

15 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera l).

16 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera m).

dizioni di pari opportunità rispetto agli altri»⁽¹⁷⁾. *Budget* di progetto. «Insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita»⁽¹⁸⁾.

Sostegni. «I servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in "sostegno" e "sostegno intensivo", in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno»⁽¹⁹⁾.

La base portante della riforma è nel rapporto tra i diritti delle persone con disabilità; il procedimento amministrativo con la scansione della sequenza di provvedimenti, responsabilità e tempi; il progetto di vita che unisce desideri e aspettative del singolo, con l'azione pubblica per i sostegni e il *budget* di progetto.

Da questo punto di vista, il D.Lgs. 62/2024 è un enorme processo amministrativo/assistenziale verso l'autonomia e il pieno esercizio dei diritti delle persone con disabilità, con l'intero Capo III (formato da 14 articoli) espressamente dedicato alla valutazione multiprofessionale, all'unità multiprofessionale e alla costruzione del progetto di vita.

La Legge 33/2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", con il D.Lgs. 29/2024, è l'altra riforma prevista

dalla Missione M5C2 del PNRR. La legge prevede tre deleghe:

- a) Invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità.
- b) Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.
- c) Sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine.

Il D.Lgs. 29/2024 attua la seconda delega, che riguarda l'assistenza per le persone anziane non autosufficienti in riferimento alle competenze sanitarie, assistenziali (INPS) e sociali, di cui disciplina il coordinamento e l'integrazione. Tra gli strumenti principali sono previsti il CIPA, il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, il coordinamento e l'integrazione tra LEA e LEPS, la valutazione multidimensionale unificata.

CIPA. «È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza»⁽²⁰⁾. «Il CIPA, presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie e dell'economia e delle finanze o loro delegati»⁽²¹⁾.

17 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera n).

18 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera p).

19 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera h).

20 Legge 33/2023, articolo 2, comma 3.

21 Legge 33/2023, articolo 2, comma 4.

SNAА. Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAА) è costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente⁽²²⁾. «I soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAА sono le amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS)»⁽²³⁾. Programmazione. «[...] il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), [...] adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, [...] il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana [...]»⁽²⁴⁾.

Livelli Essenziali. Il CIPA promuove «una migliore armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) con i livelli essenziali di assistenza (LEA) e allocazione delle relative risorse, l'adozione di strumenti di pianificazione e di programmazione multisettoriali, l'organizzazione e realizzazione integrata degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti, nel rispetto delle prerogative del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli enti eroganti assistenza sociale nel rispetto delle competenze organizzative degli enti preposti, sia a livello regionale che locale»⁽²⁵⁾.

Punti Unici di accesso «Il SSN, gli ATS e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano alla persona [...] l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale [...] nonché l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i PUA che hanno la sede operativa presso le articolazioni del SSN denominate "Case della comunità"»⁽²⁶⁾. «Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, [...] avvalendosi del supporto di ISS, Agenas e Rete della protezione e dell'inclusione sociale, [...] sentito l'INPS e previa intesa in sede di Conferenza unificata [...], sono definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale [...], informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI [...], nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità [...]»⁽²⁷⁾.

Nell'ambito del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente che programma le prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali, gli articoli 21, 27, 28 e 29 del D.Lgs. 29/2024 formano un impianto normativo estremamente complesso e innovativo che riguarda tutti gli aspetti della valutazione multidimensionale unificata: l'accesso unico, l'équipe multiprofessionale, la valutazione multidimensionale, il piano individuale, l'interazione con i sostegni nazionali INPS e che saranno oggetto di specifici decreti attuativi.

22 D.Lgs. 29/2024, articolo 21, comma 1.

23 D.Lgs. 29/2024, articolo 21, comma 2.

24 D.Lgs. 29/2024, articolo 21, comma 2, lettera a).

25 D.Lgs. 29/2024, articolo 21, comma 5.

26 D.Lgs. 29/2024, articolo 27, comma 1.

27 D.Lgs. 29/2024, articolo 27, comma 7.

Il Percorso assistenziale integrato dell'articolo 21 del DPCM 2017 viene dunque ripreso dal DM 77/2022, ampiamente sviluppato e portato verso ulteriori possibilità secondo un approccio sistemico; mentre le due riforme settoriali aggiungono profondità e prospettive fortemente innovative: la prima riforma centrata sui diritti delle persone con disabilità e il progetto di vita; la seconda sullo SNAA e il nuovo sistema di valutazione multidimensionale unificato.

2.5.3. Il Piano della Cronicità e il PN Inclusione e lotta alla povertà FSE+

A metà del 2024 è stato rilasciato l'aggiornamento del Piano Nazionale della Cronicità, che conferma, approfondisce e amplia l'impianto del Piano precedente. La prima parte dell'aggiornamento è dedicata al rapporto tra epidemiologia e trend demografico, ovviamente in riferimento alle patologie croniche, da cui emerge con estrema chiarezza l'immagine del Paese per i prossimi due o tre decenni. Il progressivo invecchiamento della popolazione, il drastico calo della natalità e la crescente frammentazione dei nuclei familiari, conducono verso una situazione difficile per la cura e l'assistenza alle cronicità e multicronicità, che diventerà sempre più problematica con il passare degli anni soprattutto quando si incrociano difficili condizioni di disuguaglianza socio-economica e geografica.

Rispetto a questo quadro, l'aggiornamento 2024 conferma la centralità del processo assistenziale, che viene messo in sistematica relazione con i contenuti del DM 77/2022. Nel passaggio dedicato al PAI, in particolare, vengono ripresi i contenuti del cosiddetto "LEPS di Processo" definito dal PNNA 2022-2024, che assume in questo modo un valore di riferimento anche per il mondo sanitario.

Ulteriori fattori che connotano da questo punto di vista l'aggiornamento 2024 sono la lungo-assistenza e l'integrazione sociosanitaria. Viene assunto un approccio complesso alla cronicità che si rivolge a pazienti cronici, anziani, con multimorbilità, disabilità e fragilità, e quindi deve prevedere interventi di cura e assistenza non di breve periodo. Un obiettivo dell'aggiornamento è dedicato a potenziare il sistema integrato dei servizi sociosanitari destinato alla persona con cronicità, per valorizzare la partecipazione attiva della comunità e garantire i principi di prossimità ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, anche attraverso soluzioni innovative digitali.

Servizio Sanitario Nazionale. «[...] deve garantire equità, parità di accesso di tutti i cittadini ai servizi sanitari e l'abbattimento di ogni forma di disuguaglianza nell'accesso alle cure. Questo principio assume particolare importanza nella cura della cronicità, che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per lunghi periodi, il potenziamento dei servizi territoriali, non sufficientemente sviluppati nel nostro Paese, e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione dei sintomi, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria la definizione di percorsi in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari»⁽²⁸⁾.

²⁸ Piano Nazionale Cronicità - Aggiornamento 2024, Introduzione.

Percorso Assistenziale. «Il Piano, nella declinazione degli obiettivi specifici e delle linee di intervento, ha inteso utilizzare una metodologia che, disegnando il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattività, proponendo uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi:

1. Stratificazione e *targeting* della popolazione
2. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
3. Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura
4. Erogazione di interventi personalizzati attraverso il coinvolgimento del paziente e *care-giver* nel piano di cura.
5. Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate»⁽²⁹⁾.

Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura. «Migliorare la presa in carico e la gestione del paziente con cronicità attraverso interventi mirati ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del coordinamento dei servizi sanitari in linea con quanto definito dal DM77/2022 e ad una completa integrazione sociosanitaria. [...] La presa in carico e gestione di assistiti muove dalla stratificazione della popolazione che consente di identificare assistiti con un livello elevato di fragilità e deve prevedere i seguenti aspetti chiave:

- un punto di accesso ai servizi;
- una rete di servizi che risponda ai differenti bisogni di salute degli assistiti;
- l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati dei bisogni degli assistiti per lo sviluppo di PAI;
- l'identificazione di figure professionali per la presa in carico e gestione dell'assistito fragile;

- l'integrazione di servizi sanitari e sociali;
- l'utilizzo di strumenti che supportino la presa in carico e la gestione»⁽³⁰⁾.

Integrazione sociosanitaria. «La salute della persona si definisce come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale. I servizi sanitari devono, pertanto, non limitarsi alla mera erogazione di prestazioni, ma programmare ed organizzare i servizi nell'ottica della presa in carico personalizzata. L'integrazione sociosanitaria mira a rispondere a bisogni di salute complessi attraverso il coordinamento degli interventi sanitari e sociali. Il *setting* naturale dell'integrazione socio-sanitaria non può che essere quanto più vicino ai luoghi di vita del cittadino e, pertanto, l'assistenza territoriale non può prescindere dalla componente socioassistenziale»⁽³¹⁾.

L'aggiornamento 2004 connette il Piano delle Cronicità con il DM 77/2022, che inizia a costruire un sistema compiuto per la sanità territoriale, assume la complessità dei bisogni di salute sociosanitari che uniscono la multicronicità con i caratteri della disabilità e fragilità, e amplia l'orizzonte di riferimento verso la Legge 33 sulla non autosufficienza e la costruzione dei LEP in materia sociale.

Il Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà del FSE+ 2021-2027 si prefigge di promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà quali valori fondamentali del nostro stile di vita.

Il rischio povertà è in aumento con un contestuale aumento delle disuguaglianze e l'ampliamento della platea delle persone a rischio di esclusione e marginalità sociale, e di fasce della

29 Piano Nazionale Cronicità, pag. 33.

30 Piano Nazionale Cronicità - Aggiornamento 2024, pag. 39.

31 Piano Nazionale Cronicità - Aggiornamento 2024, pag. 66.

popolazione del tutto estranee a fenomeni massivi di fragilità, mettendo così in luce lacune in termini di adeguatezza e copertura della protezione sociale. Il Programma Nazionale intende adottare un approccio integrato per rispondere alle esigenze della popolazione di riferimento in tutte le fasi della vita, affrontando le cause profonde dell'esclusione sociale e della povertà e, in coerenza con quanto definito dal Piano d'azione del Pilastro europeo dei diritti sociali, recependo i principi del vivere dignitosamente, promuovere la salute e garantire l'assistenza, adeguare la protezione sociale al nuovo mondo.

Il Programma Nazionale è strutturato su 4 Priorità principali, ciascuna delle quali è articolata in uno o più Obiettivi Specifici:

1. Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà.
2. *Child Guarantee*.
3. Contrasto alla deprivazione materiale.
4. Interventi infrastrutturali per l'inclusione socio-economica.

La Priorità 1 "Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà" promuove l'inclusione attiva, l'integrazione socio-economica e l'accesso paritario e tempestivo ai servizi per soggetti svantaggiati, cittadini di Paesi terzi e comunità emarginate. Si articola in cinque Obiettivi Specifici (OS) di cui uno dedicato all'accesso a servizi⁽³²⁾.

32 Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+). L'obiettivo specifico prevede 9 Azioni tra cui:

- *Interventi a favore dell'autonomia delle persone non autosufficienti. Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità (semplificazione dei per-*

Anche nel Programma Nazionale del Fondo Sociale Europeo Plus dedicato all'inclusione e alla lotta alla povertà, una serie di azioni è dedicata all'accesso ai servizi secondo un modello di presa in carico multidimensionale e integrata; esattamente la stessa impostazione adottata dal DPCM 2017, dal DM 77/2022, dalle riforme sulla disabilità e sulla non autosufficienza, dal Piano della Cronicità. Temi e modelli su cui moltissimo si spendono anche i tre principali piani nazionali di settore elaborati ogni tre anni dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali - MLPS (Piano Sociale Nazionale, Piano per la Non autosufficienza, Piano Nazionale di contrasto alla Povertà).

Sia in ambito prettamente sanitario, quindi, che nelle vulnerabilità e marginalità sociali più pronunciate, non solo il tema dell'accesso unitario è presente con la stessa rilevanza, ma anche il processo assistenziale integrato viene sviluppato con approcci e cadenze analoghe, a conferma della vasta emersione di una sensibilità e una visione ormai condivisa.

corsi di accesso alle prestazioni e rafforzamento dei servizi territoriali), attraverso l'erogazione di servizi socio-assistenziali secondo un modello di presa in carico multidimensionale ed integrata.

- *Percorsi di autonomia per persone con disabilità. Progetti individualizzati che prevedono: valutazione multidimensionale e interdisciplinare dei bisogni del destinatario; sviluppo di competenze digitali e lavoro anche a distanza, attraverso interventi formativi, per assicurare la loro occupazione, anche in modalità smart working.*

Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione. Interventi funzionali alla costituzione di equipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Nell'ambito della garanzia del LEPS "Dimissione protetta", potranno essere attivati servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale, nonché formazione specifica per operatori.

2.6. Esempi di integrazione tra sanità e sociale

Il tema dell'integrazione sociosanitaria, nel contesto italiano, è stato finora affrontato prevalentemente attraverso l'analisi di esperienze significative che hanno dimostrato la capacità di coordinare efficacemente prestazioni sanitarie e sociali. Tali esperienze si sono spesso configurate come risposte operative a bisogni complessi, mediante interventi dedicati su specifici segmenti dell'integrazione come i moduli di residenzialità assistenziale o le attività di domiciliarità integrata, oppure attraverso la definizione di protocolli professionali specifici relativi a segmenti di percorsi assistenziali complessi, come le unità di valutazione multidimensionale (UVM) e i piani assistenziali personalizzati (PAP) di tipo complesso.

Questi modelli si sono sviluppati grazie alla congiunzione favorevole di competenze professionali, assetti organizzativi flessibili, reti territoriali attive e una forte spinta collaborativa. Tuttavia, tali iniziative risultano spesso contingenti e fragili, tendendo a perdere efficacia e capacità di diffusione al mutare delle condizioni temporanee che ne hanno favorito la nascita. Si configura così una dinamica frammentata, caratterizzata da cicli discontinui di attivazione e declino, che negli ultimi vent'anni ha rappresentato l'elemento distintivo dell'integrazione sociosanitaria in Italia.

In tale prospettiva, si rende necessario superare una concezione riduttiva dell'integrazione, intesa come semplice "attivazione successiva" di interventi tra comparti organizzativi separati, a favore di un impianto strutturato e sistemico in grado di affrontare in modo unitario la complessità dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali.

"L'integrazione a chiamata successiva" è prati-

cata dalle organizzazioni che affrontano i bisogni complessi continuando a erogare singole prestazioni secondo le proprie consuete modalità operative; se poi l'erogazione non raggiunge obiettivi sufficientemente significativi in relazione alla reale complessità da affrontare, allora si chiamano altre strutture organizzative a erogare a loro volta ulteriori prestazioni di competenza, e così via. L'insieme di queste "chiamate successive", alcune delle quali usuali, prevedibili e ricorsive, viene di solito denominata come "integrazione".

"L'integrazione sistemica e strutturale", al contrario, presuppone l'esistenza di infrastrutture permanenti e codificate, progettate per garantire la cooperazione intersettoriale tra ambiti sanitario, sociosanitario e sociale. In tale contesto, non è più sufficiente prevedere l'incontro tra diverse professionalità all'interno di una Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), se questa si limita a produrre piani assistenziali standardizzati e poco aderenti alla reale complessità dei bisogni. È necessario che l'UVM sia strutturata in modo stabile, con funzioni, processi e ruoli chiaramente definiti, e collocata all'interno di un più ampio percorso assistenziale integrato, dotato di riconoscimento organizzativo e valore istituzionale. Solo in tal modo è possibile garantire la costruzione di risposte personalizzate, anche attraverso l'impiego di strumenti innovativi quali il budget di salute o di cura.

Analogo processo evolutivo deve riguardare l'organizzazione dei servizi residenziali e domiciliari, che vanno configurati come filiere strutturalmente integrate. Inoltre, risulta indispensabile la definizione di strumenti direzionali e programmatori che operino secondo una logica integrata ordinaria, superando l'attuale prassi di una cooperazione frammentata e limitata ad ambiti circoscritti.

L'integrazione sistemica e strutturale si caratterizza, dunque, per due dimensioni fondamentali. È "sistemica" in quanto non si limita al coordinamento delle prestazioni, ma investe le dimensioni istituzionale, direzionale, programmatoria, professionale e gestionale, ponendo le basi per l'evoluzione dei sistemi di servizio. È "strutturale" in quanto non si fonda su interazioni occasionali o emergenziali, bensì su infrastrutture integrate, generalizzabili e permanenti, finalizzate a garantire la continuità, l'unitarietà e l'accessibilità dei servizi per le persone e le famiglie con bisogni complessi di salute e assistenza.

Interpretata in tal modo, l'integrazione si configura come elemento generativo non solo per l'ambito sociosanitario, ma anche per la riorganizzazione complessiva della sanità territoriale da un lato e del sistema socioassistenziale dall'altro.

L'obiettivo non è più quello di dimostrare l'efficacia dei servizi integrati laddove correttamente implementati, quanto piuttosto di individuare le condizioni strutturali, durature e sistemiche che consentano lo sviluppo ordinario e sostenibile di modelli integrati su scala nazionale. La pandemia ha ulteriormente evidenziato l'urgenza di realizzare un sistema sociosanitario integrato, diffuso capillarmente sul territorio, generalizzato negli ambiti assistenziali, stabile nel tempo e fondato su un raccordo esplicito tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)⁽³³⁾.

Di seguito alcuni esempi di tentativi che cercano di legare la costruzione di servizi innovativi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale con

una visione più strutturante e legata agli approcci della prossimità, agli approcci dell'integrazione e agli approcci di sistema territoriale.

2.6.1. Approcci di prossimità

Le Microaree a Bologna⁽³⁴⁾

Il progetto Microaree a Bologna nasce nel 2019 come co-progettazione tra distretto, servizi sociali territoriali, quartieri e l'azienda regionale per l'edilizia residenziale pubblica. Ispirandosi al programma Habitat-Microaree di Trieste, il progetto è basato sui principi di prossimità e *community welfare* e sperimenta un modello di intervento interistituzionale e comunitario in aree cittadine a particolare vulnerabilità sociale e sanitaria.

La Microarea può essere definita come una strategia "*area-based*" implementata in un'area la cui popolazione conta circa 1.000-2.500 abitanti, dove prossimità territoriale e relazionale sono la base per:

- a) favorire l'emersione dei bisogni di salute inespresi, creando condizioni favorevoli per l'accesso e andando a cercare chi non si espone;
- b) conoscere nel concreto i processi che producono l'eccesso di malattia e l'inefficace utilizzo di risorse sanitarie che si riscontrano nella popolazione di riferimento;
- c) ricercare i diversi fattori che producono disuguaglianze e rischi per il benessere;
- d) attivare azioni volte al miglioramento della salute;
- e) conoscere e valorizzare le risorse locali.

³³ Tratto da "Sistemi Territoriali Integrati" di Domenico Scibetta e Michelangelo Caiolfa. *Le Regioni 2/2025* (in via di pubblicazione).

³⁴ Tratto da "Le Microaree" di Ilaria Camplone, Direttore Distretto Bologna. *Prima la Comunità*.

Il principale dispositivo organizzativo della Microarea è rappresentato dalla *micro-équipe* di prossimità che opera nell'area di riferimento. La composizione (operatori dei servizi sociali e/o sanitari) e l'entità dell'impegno dell'*équipe* sono funzione dei bisogni di salute rilevati e della composizione demografica e sociale dell'area. Gli operatori costituiscono un riferimento stabile e chiaramente identificabile per gli abitanti e svolgono *in loco* un lavoro di conoscenza proattiva degli abitanti e con essi stringono relazioni di fiducia, che, insieme alla scala e la localizzazione dell'intervento, sono elementi strategici dell'approccio di prossimità.

La *micro-équipe* si occupa di strutturare iniziative di promozione della salute, a partire dai bisogni concreti degli abitanti e sviluppando mutualismo all'interno della comunità: grazie all'attivazione delle reti sociali del territorio, vengono proposte iniziative di movimento, socializzazione, sostegno emotivo/psicologico gruppal, *health literacy*, sostegno educativo per minori. Con strumenti di *Population Health Management* o grazie all'azione di "antenne di comunità" intercetta proattivamente chi non si rivolge ai servizi o non trova risposta efficace.

Una *micro-équipe* consapevole che non può fare a meno dei contributi delle diverse figure presenti nel territorio, da quelle dell'ente locale /quartiere, a quelle della scuola e dei presidi educativi, a quelle formali e informali della comunità. Nel disegno della Casa della Comunità la Microarea si colloca come anello organizzativo alla fine della filiera (*hub, spoke* e appunto Microarea) ma nel contempo riduce le distanze tra gli specialismi e con i saperi sociali che diventano elemento cruciale del sistema salute.

I Punti Salute nelle Marche⁽³⁵⁾

I Punti Salute o *Health Point* sono l'innovativa creazione dell'Istituto IRCCS INRCA per superare i lunghi tempi di attesa della sanità pubblica e i costi elevati delle prestazioni private che di fatto negano la prevenzione a milioni di italiani. Il primo è stato aperto nel 2023 ad Acquasanta Terme: si tratta di ambulatori di prossimità gestiti da personale infermieristico INRCA, il cosiddetto "infermiere di comunità". La scelta è ricaduta proprio sul comune dell'entroterra ascolano, pesantemente colpito dal sisma del 2016, perché si tratta di un ambito caratterizzato da un progressivo fenomeno d'invecchiamento della popolazione. Il 33% dei residenti risulta infatti *over65*, a fronte di una media regionale pari al 26,2%. In questi due anni i Punti Salute si sono moltiplicati coinvolgendo altre strutture sanitarie oltre l'INRCA e altri territori regionali, anche con la collaborazione dell'Università Politecnica delle Marche.

L'obiettivo è quello di rispondere ai bisogni quotidiani di una società sempre più anziana, contribuire a ridurre il numero di accessi impropri in pronto soccorso, favorendo l'abbattimento delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale e alleggerendo così la domanda sul sistema ospedaliero. L'ambulatorio è rivolto all'erogazione di prestazioni con carattere di elezione, e sono escluse le prestazioni con carattere di emergenza/urgenza.

I Punti Salute sono strutture a gestione infermieristica, che erogano prestazioni di tipo preventivo, diagnostico ed assistenziale ed all'interno dei quali si prevede la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, che si sostan-

³⁵ Tratto da "Punti Salute" di Annamaria Capalbo, D.G. INRCA Marche. *Quotidiano Sanità* 2023.

ziano nel miglioramento dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale anche attraverso il ricorso alla telemedicina. L'offerta dei Punti Salute è rivolta prevalentemente alla popolazione fragile, con patologia cronica già diagnosticata, che necessita di monitoraggio delle condizioni di salute, della prosecuzione delle cure e della valutazione delle terapie in atto. Le prestazioni vengono erogate da un infermiere e refertate attraverso gli strumenti della telemedicina da un medico specialista o dal medico del ruolo unico di assistenza primaria/pediatra di libera scelta. Il Punto Salute è un'articolazione della Casa della Comunità o dei presidi dell'INRCA, avendo in essi la sede fisica o essendo a questi collegati funzionalmente.

Il paziente, assistito dal personale infermieristico, oltre alla rilevazione dei parametri vitali come ossigeno, pressione arteriosa, temperatura corporea, potrà eseguire prestazioni come elettrocardiogramma, spirometria, monitoraggio nelle 24 ore della pressione arteriosa, *holter* cardiaco e dermatoscopia. Le prestazioni verranno poi telerefertate a distanza dai medici specialisti delle strutture INRCA.

La telemedicina è uno degli strumenti innovativi sui quali basare la sanità del futuro, i Punti Salute utilizzano il digitale per rafforzare la medicina territoriale; insieme alla prevenzione, la presa in carico dei pazienti anziani e cronici e le attività sono concentrate sull'accessibilità dei servizi in collegamento con le strutture ospedaliere, per evitare ospedalizzazioni improprie, creando le condizioni essenziali per una sanità di prossimità. Un approccio reale ed innovativo sul proprio territorio di riferimento, con semplificazione degli accessi e degli esiti diagnostici, insieme ad una considerevole riduzione delle liste d'attesa. Un progetto importante per lo sviluppo, l'implementazione e la disseminazione

di nuovi modelli assistenziali, per una migliore prevenzione e gestione delle problematiche di salute degli anziani.

2.6.2. Approcci di integrazione

Le Botteghe della Comunità nel Cilento interno⁽³⁶⁾

Negli ultimi anni tante sperimentazioni vedono coinvolte le aziende sanitarie e i comuni nella realizzazione di un percorso di assistenza e cura per i cittadini delle aree interne. Sperimentazioni che si realizzano con risorse "spot" e con la condivisione di forti energie non strutturali che fanno leva sul sentimento di appartenenza e sulla voglia di resistere.

L'Azienda Sanitaria Locale di Salerno ha realizzato le Botteghe della Comunità, integrando il DM/77 nella rete territoriale di assistenza delle Case e degli Ospedali di Comunità, per portare i servizi sanitari e sociosanitari nelle aree del Cilento interno. Un nuovo tassello che connette e rafforza la costruzione di un modello organizzativo, che sistematizza le energie del territorio e abbina diverse fonti di finanziamento.

Le Botteghe della Comunità sono una sperimentazione gestionale unica nel suo genere che ha attivato le energie di tanti partner istituzionali, del volontariato e del privato, per connettere cittadini e servizi, portare l'assistenza e la cura direttamente a casa della persona anche in territori con marcate difficoltà demografiche, orografiche e di accesso ai servizi.

È modello pubblico sperimentale in cui gli operatori sanitari e sociosanitari, volontariato e

³⁶ Tratto da "Servizi sanitari nelle aree interne: il modello delle "Botteghe di Comunità" di Gennaro Sosto, D.G. ASL Salerno. Agenda Digitale 2025.

istituzioni locali rappresentano il collegamento fra i residenti e i servizi all'interno di una proposta condivisa con l'amministrazione regionale e con i sindaci del territorio, con la ASL Salerno capofila, per combattere lo spopolamento, aumentare il grado di equità del sistema sociosanitario e contrastare le fragilità sociali.

Partendo dai 216 abitanti del paese più piccolo del Cilento interno, in spazi messi a disposizione dai comuni, sono state attivate 29 Botteghe connesse tra loro, con l'intento di offrire alla popolazione percorsi multidisciplinari e integrati basati sulla collaborazione di differenti figure specialistiche in grado di offrire alla persona un percorso di salute duraturo e ben collaudato. La rete delle Botteghe funziona da *"spoke"* multispecialistico della Casa della Comunità, dell'Ospedale della Comunità e dei Distretti 69 e 70. Alla tecnologia è affidato il compito di condividere le informazioni tra professionisti, stratificare la popolazione, mettere a disposizione la storia clinica del paziente, favorire l'orientamento verso i percorsi assistenziali e l'aderenza alle terapie.

A questa nuova sperimentazione di servizi sul territorio hanno partecipato e partecipano tanti partner istituzionali (Federsanità, Regione Campania, AGENAS, ANCI, Università, SNAI, Servizio Civile Universale, *city competent*, Ambiti Territoriali Sociali, Comunità Montane ed Ente Parco).

È poi entrata nell'ecosistema delle Botteghe della Comunità anche la Misura 1.7.2 del PNRR, che prevede lo sviluppo di una *"rete dei servizi di facilitazione digitale"* con l'obiettivo di incrementare la percentuale di popolazione in possesso di competenze digitali di base, così da contribuire al raggiungimento dell'obiettivo del 70% della popolazione in possesso delle competenze di base anche nelle aree interne.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al paragrafo 5.4 del presente Rapporto.

Il sistema SISDA dell'ASST Nord Milano⁽³⁷⁾

Nata nel cuore di Milano nel 2023, l'iniziativa SISDA (Sistema Integrato Servizi Domiciliari Anziani) è emersa come risposta concreta al bisogno crescente di assistenza per gli anziani non autosufficienti. Questo progetto si fonda sulla collaborazione tra SERCOP, l'ASST Rhodense e le amministrazioni comunali, ponendosi come modello di riferimento per i servizi domiciliari nell'ambito lombardo.

L'obiettivo centrale di SISDA è potenziare l'assistenza domiciliare, facilitando la permanenza degli anziani nelle proprie abitazioni il più a lungo possibile. Questo approccio non solo risponde alle preferenze degli anziani, che spesso preferiscono restare a casa, ma contribuisce anche a ridurre le lunghe liste d'attesa nelle strutture residenziali. Gli obiettivi specifici di SISDA sono:

- **Integrazione dei Servizi Domiciliari e Residenziali:** Creare connessioni forti tra il sistema di assistenza a domicilio e le strutture residenziali.
- **Presa in Carico Unificata:** Stabilire una risposta unitaria ai bisogni degli anziani, superando la frammentazione tra i servizi comunali e quelli regionali, quali il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).
- **Accesso Semplificato ai Servizi:** Introdurre percorsi di accesso semplificati alle prestazioni, tramite una valutazione integrata delle necessità dell'anziano e una gestione condivisa dei casi.

³⁷ Tratto da *'Sistema integrato servizi domiciliari anziani'*. Sercop.it

- L'*Équipe* Domiciliare Anziani (EDA) è il cuore operativo del SISDA, un'*équipe* multidimensionale composta da professionisti di vari settori e istituzioni, tutti orientati alla presa in carico globale dell'anziano:
- Assistente Sociale Comunale. Figura di riferimento per l'anziano e le famiglie, ha il compito di avviare la valutazione multidimensionale domiciliare e di partecipare alla stesura del progetto di assistenza individualizzato.
- *Case Manager*. Responsabile del coordinamento dell'EDA, pianifica le visite domiciliari e supervisiona l'intero processo di presa in carico.
- Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Effettua le valutazioni sanitarie necessarie direttamente a domicilio, gestendo anche il contatto continuo con il medico di famiglia e il *caregiver*.
- Enti del Terzo Settore e Collaboratori. Questi attori si occupano dell'erogazione dei servizi stabiliti, monitorando costantemente gli interventi attivati e mantenendo aggiornato il *case manager*.

I quattro pilastri che sostengono il progetto SISDA sono la coprogettazione degli interventi, l'integrazione delle *équipe* socio-assistenziali, la riorganizzazione degli accessi e l'innovazione dei servizi tramite il PNRR. Il sistema prevede che i casi possano essere inviati all'EDA da vari canali, inclusi i comuni, i servizi di SERCOP e ASST. Uno degli elementi innovativi del progetto è proprio la semplificazione del sistema di accesso, che permette ai cittadini di ricevere risposte unitarie, evitando di dover navigare tra enti e uffici diversi per ottenere assistenza.

Tra gli aspetti più significativi di SISDA, la sua capacità di proporre un progetto assistenziale individualizzato, che risponde sia alle necessi-

tà socio-assistenziali (come il SAD) sia a quelle sociosanitarie. Ogni anziano riceve un piano di intervento pensato in base alla sua specifica situazione, definito grazie alla collaborazione tra operatori sociali, sanitari e familiari, tramite una valutazione multidimensionale domiciliare (VMD).

2.6.3. Approcci di sistema

Neirone in Salute, salute di comunità in Liguria⁽³⁸⁾

Nel piccolo comune nell'entroterra del Tigullio è stato avviato da pochi mesi il Progetto Neirone in Salute che riguarda la presa in carico di tutti i residenti over65 anni (circa 350 soggetti), per identificarne le condizioni di criticità e fragilità anche attraverso l'analisi di *big data* da database amministrativi. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema di cure primarie integrato e di prossimità, un primo modello integrato di una "comunità in salute" ispirata a tutte le attuali traiettorie di indirizzo di integrazione sociosanitaria e che applica gli strumenti disponibili in tema di ospedale-territorio, digitalizzazione e domotica a un intero comune.

Il progetto mette a frutto tutti i precedenti progetti innovativi elaborati dall'ASL 4 e rappresenta la prima applicazione sperimentale della legge 33/2023 sulle politiche in favore delle persone anziane, e relativi decreti attuativi, sul territorio regionale. L'obiettivo è elaborare strategie di prevenzione e percorsi di diagnosi e cura mirati e personalizzati per il miglioramento della salute della comunità e alla promozione di un invecchiamento sano e attivo, e contestualmente per una maggiore appropriatezza nell'accesso alle prestazioni sociosanitarie e

³⁸ Tratto da "Neirone in salute" di Paolo Petralia, D.G. ASL Liguria. *Quotidiano Sanità* 2025.

maggiore aderenza terapeutica delle persone. Per questo è essenziale realizzare una dettagliata analisi dei bisogni di salute di tutta la popolazione *over65* anni, e ottenere una stratificazione per complessità clinica e bisogni assistenziali quale strumento per pianificare e attuare interventi mirati di “presa in carico” (PIC) e “presa in cura” dell’intera comunità.

Nell’ambito della progettualità sono previste specifiche campagne di prevenzione e promozione della salute e dei corretti stili di vita, anche con l’impiego sul campo degli ambulatori mobili della flotta “*Gulliver*”, il tutto con la possibile integrazione della domotica, della tecnologia diffusa e della piattaforma IT-Cura nelle sue funzionalità (Cartella a Casa e IT-COT) e con l’utilizzo della intelligenza artificiale.

La sede messa a disposizione dal comune di Neirone ospiterà gli IFeC, la rete dei professionisti coinvolti include i medici di medicina generale, punto di riferimento sanitario più vicino ai cittadini, il medico di distretto (membro dell’Unità di Continuità Assistenziale-UCA, supporta i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità), il laureato in Scienze motorie che potrà condurre il corso di Attività Fisica Adattata, la Farmacia Territoriale, il Servizio Sociale Professionale.

Ruolo dell’IFeC è promuovere stili di vita sana, riconoscere la fragilità prima che insorgano stati di disabilità e/o disagio conclamati, gestire le condizioni di cronicità insieme ai MMG, potenziare l’offerta dei servizi territoriali e domiciliari, migliorare l’accesso ai servizi con integrazione di quelli assistenziali, sociali e ospedalieri, sviluppare l’educazione terapeutica per l’autogestione della malattia e per l’utilizzo degli strumenti diagnostici e terapeutici appropriati, gestire adeguati strumenti di teleassistenza.

Da remoto interviene la Centrale Operativa Territoriale (COT), l’infrastruttura digitale che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona, raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell’emergenza-urgenza), raccolta, gestione e monitoraggio dei dati.

Applicando il modello *Community Building*, il progetto coinvolge il sindaco, che rappresenta la massima autorità sanitaria locale, mette a disposizione gli spazi necessari e supporta logisticamente lo sviluppo delle azioni progettuali incluse le campagne di prevenzione, il parroco, la pubblica assistenza, che costituisce un avamposto sanitario anche per le frazioni più distanti, la *pro loco*, le forze dell’ordine, le associazioni e i gruppi locali del terzo settore.

Il Sistema Sociosanitario della Toscana

A partire dal 2005 la Regione Toscana avvia un lungo periodo prima di sperimentazione, poi di consolidamento e infine di completamento di quello che nel tempo sarebbe diventato un vero e proprio sistema sociosanitario integrato regionale. Gli elementi chiave del sistema toscano sono le Società della Salute, le Convenzioni Sociosanitarie, i Piani Integrati di Salute; strumenti per l’integrazione strutturale e sistemica di tipo permanente che si basano sulla perfetta coincidenza tra il perimetro territoriale del distretto sanitario (zona-distretto) e quello dell’Ambito sociale dovuta a una legge regionale del 1997.

Le Società della Salute (SdS) sono dei consorzi atipici, previsti dalla normativa regionale 2005, costituiti dalle amministrazioni comunali di una stessa zona-distretto e dalla azienda sanitaria di riferimento. Si tratta di consorzi pubblici di funzioni ricompresi, a pieno titolo, tra gli enti del

sistema sanitario e sociosanitario regionale. L'Assemblea del Consorzio SdS è costituita dai sindaci dei comuni della zona e dal D.G. della ASL; il Direttore del Distretto è anche il Direttore della SdS; la SdS programma la sanità territoriale e gestisce direttamente le materie socioassistenziali assegnate dalla Regione (non autosufficienza e disabilità) più tutte le materie socioassistenziali comunali (la SdS esercita la gestione associata completa di un ambito sociale). Nel 2024 sono attive 16 SdS su 28 zone-distretto, che coinvolgono 183 comuni su 273 per 2.562.465 abitanti su 3.661.107; nel 2025 è stato avviato lo scioglimento di una SdS.

Le Convenzioni Sociosanitarie (CS) sono state istituite nel 2014 e si presentano anch'esse come una forma associativa atipica per l'esercizio delle funzioni sociosanitarie, necessaria in assenza di SdS. Anche in questo caso la stipula avviene da parte delle amministrazioni comunali di una stessa zona-distretto e dall'azienda sanitaria di riferimento, ma il campo di attività della CS è limitato all'esercizio delle funzioni sociosanitarie assegnate dalla regione (al momento non autosufficienza e disabilità). Per legge il soggetto capofila della CS è la ASL, il responsabile operativo è il Direttore della zona-distretto, l'organismo comune di *governance* è composto dai sindaci dei comuni della zona e dal D.G. della ASL. Nel 2024 sono attive 12 CS su 28 zone-distretto, che coinvolgono 90 comuni su 273 per 1.098.642 abitanti su 3.661.107.

I Piani Integrati di Salute (PIS), previsti dalla normativa regionale a partire dal 2008, assorbono e sostituiscono completamente il piano delle attività territoriali del distretto sanitario e il piano di zona dell'Ambito sociale. Questi due storici strumenti in Toscana vanno quindi a comporre uno strumento unitario di programmazione territoriale, il PIS, che è di competenza della Confe-

renza zonale integrata composta – come sempre – dai Sindaci dei comuni della zona e dal D.G. della ASL. Il PIS è elaborato tecnicamente dal Direttore di zona (che dirige anche la SdS o la CS), coadiuvato da un Ufficio di Piano, in riferimento agli indirizzi locali e agli atti di programmazione regionali e aziendali. Il PIS ha validità pluriennale ed è articolato su tre livelli: obiettivi di salute, programmi pluriennali, schede annuali di attività, in cui si riportano sia i grandi obiettivi strategici della zona che le attività da attuare annualmente in modo integrato con la relativa dotazione di risorse aziendali e comunali. Per le Società della Salute e le Convenzioni Sociosanitarie, il PIS costituisce l'atto di programmazione gestionale obbligatorio. Dopo un periodo di transizione, dal 2017 l'elaborazione del PIS è ripresa con molta partecipazione, tutte le 28 zone hanno elaborato il PIS e i relativi aggiornamenti annuali usufruendo di un programma unitario regionale di sostegno e di una piattaforma informativa unica dedicata alla programmazione multilivello della Toscana.

2.7. Ipotesi per la determinazione di un primo nucleo del perimetro sociosanitario

Come esposto prima, questo Capitolo propone l'ipotesi di ricostruire il perimetro sociosanitario partendo da un primo nucleo di base, datato al 2017, da approfondire e aggiornare seguendo l'evoluzione delle normative generali sulla materia e delle normative specifiche di ogni singolo settore assistenziale coinvolto.

2.7.1. Una possibile rappresentazione sintetica delle prestazioni sociosanitarie

Il nucleo di base proposto fa riferimento alla lettura analitica del DPCM 12.01.2017 cosiddetto "Nuovi LEA", ricavando dal Capo IV dedicato

all'Assistenza Sociosanitaria gli elementi normativi utili a costruire una sorta di primo – e provvisorio – Nomenclatore delle attività sociosanitarie (non una lista di prestazioni con tariffa).

La disamina proposta nei paragrafi 2.3 e 2.4 del presente Rapporto, incentrata sulla dimensione prestazionale, conduce alla composizione di un nucleo che può essere reso sinteticamente dalla Tabella 2.

La Tabella 2 riporta in colonna i settori assistenziali presenti nel Capo IV del DPCM 2017, e in riga la proposta di cinque *setting* assistenziali: ambulatoriale, intermedio, domiciliare, semi-residenziale, residenziale. Le prime due denominazioni sono del tutto arbitrarie, rispondono solo al tentativo di classificare le prestazioni solitamente svolte presso le strutture pubbliche o convenzionate (accesso, valutazione, progettazione, trattamenti), dalle prestazioni svolte in *setting* che non sono né a regime domiciliare, né a regime semiresidenziale o residenziale (interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi per l'autonomia personale, sociale e lavorativa - gruppi di sostegno - interventi sulla rete sociale formale e informale - interventi di riduzione del danno). Naturalmente sono discutibili sia la classificazione di questi due *setting* – e sicuramente la scelta della loro denominazione – sia il loro contenuto tratto dal DPCM 2017; anche perché la proposta si adatta meglio a qualche settore assistenziale e peggio ad altri, ma ogni contenuto riporta la sigla dell'articolo e del comma del DPCM da cui è tratto.

I contenuti del *setting* domiciliare sono uguali per tutti facendo riferimento comune all'articolo 22 del DPCM 2017. I contenuti dei *setting* semi-residenziali e residenziali sono tra i più chiari, e ovviamente riportano l'articolazione per intensità assistenziale propria di ciascun settore.

L'ultima riga è dedicata all'intrusione della seconda dimensione del nucleo sociosanitario, quella del processo assistenziale integrato, che nel DPCM 2017 è disciplinata all'articolo 21 per tutti i settori. Per questa ragione è ripetuta in modo identico in ogni colonna.

L'integrazione con la colonna del sociale è anch'essa solo un'ipotesi compilativa, si basa sul Nomenclatore CISIS 2013 e qui presenta una versione molto sintetica rispetto alle tabelle riportate nell'Appendice 1 del presente Rapporto, in cui si tenta in modo esteso un primo allineamento tra DPCM 2017 e Nomenclatore 2013. Si tratta di una prova esposta al solo scopo dimostrativo perché, ammesso che abbia una sua razionalità e validità, occorre in ogni caso aggiornare e organizzare il Nomenclatore sociale con i contenuti attuali del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) e degli altri atti di programmazione del MLPS. Infine, è opportuno ricordare che qualche considerazione sulla ripartizione degli oneri dell'integrazione tra sanitario, sociale e utenti è accennata al precedente paragrafo 2.4.3 di questo Capitolo.

Tabella 2. Primo nucleo del perimetro sociosanitario

Primo Nucleo Assistenza Sociosanitaria	Materno-Infantile		Salute Mentale Adulti		Salute Mentale Infanzia-Adolescenza		Dipendenze Patologiche		Disabilità		Non Autosufficienza		Cure Palliative	
	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale	Sanitario	Sociale
Ipotesi dimostrativa da aggiornare	A24C1 in parte	A D	A26C1 in parte	A D	A25C1 in parte	A D	A28C1 in parte	A D	A27C1 in parte	A D				
	A24C1 in parte	B C E F H	A26C1 in parte	B C E F H	A25C1 in parte	B C E F H	A28C1 in parte	B C E F H	A27C1 in parte	B C E F H				
Ambulatoriale														
Intermedio														
Domiciliare														
Semiresidenziale														
Residenziale														
Percorso Assistenziale Integrato														

- Colonna "Sanitario": Articoli e commi tratti dal DPCM 2017 come illustrati al Punto 3, abbreviati in sigla con la A di articolo e la C di comma.
- Colonna "Sociale": Contenuti tratti dal Nomenclatore CISIS 2013:
 - A Segretariato Sociale, Informazione, Accesso | B Prevenzione e Sensibilizzazione | C Pronto intervento sociale | D Supporto alla persona alla famiglia e rete sociale | E Integrazione sociale | F Interventi educativo-assistenziali, inserimento lavorativo | G Permanenza a Domicilio | H Servizi di supporto | I Trasferimenti in denaro | L Centri e attività diurne | M Strutture residenziali.
 - IA4 Retta centri diurni | IA6 Retta per prestazioni residenziali.
 - IB1 Sostegno economico rivolto a persone parzialmente non autosufficienti | IB2 Sostegno economico alle persone in difficoltà per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
 - LC1 Centri diurni semiresidenziali | LC2 Laboratori protetti, centri occupazionali.
 - MA10 Presidio comunitario con funzione educativa-psicologica - Media intensità | MA11 Presidio comunitario con funzione educativa-psicologica - Alta intensità | MA12 Presidio familiare a integrazione sociosanitaria - Bassa intensità | MA13 Presidio comunitario a integrazione sociosanitaria - Bassa intensità | MA14 Presidio comunitario a integrazione sociosanitaria - Media intensità | MA15 Presidio comunitario a integrazione sociosanitaria - Alta intensità.
 - PSN - Piano Sociale Nazionale | PNNA - Piano Nazionale Non Autosufficienza | PNCP - Piano Nazionale di Contrasto alla Povertà.

Fonte: DPCM 12.1.2017 e Nomenclatore CISIS 2013

2.7.2. L'aggiornamento del primo nucleo sociosanitario

Il paragrafo 2.5 riporta qualche cenno su alcune delle principali riforme e pianificazioni nazionali successive al DCPM 2017 che intervengono in modo consistente anche nella sfera sociosanitaria, sia per quanto riguarda l'introduzione di nuove attività, trattamenti, interventi, prestazioni, sia per quanto riguarda gli strumenti di sistema riferiti alle macrofasi dei processi assistenziali.

A quella breve e limitata rassegna vanno aggiunti tutti gli strumenti normativi e le pianificazioni propri degli altri singoli settori assistenziali sia in ambito sanitario che sociale. È questo il caso degli atti e delle pianificazioni relative al materno-infantile, salute mentale (adulti e infanzia-adolescenza), dipendenze patologiche; così come è il caso dei tanti provvedimenti del MLPS e del Piano Sociale Nazionale, del Piano Nazionale Non Autosufficienza, del Piano Nazionale di contrasto alla Povertà.

Nel complesso siamo di fronte a un periodo di riforma, innovazione e aggiornamento che probabilmente non ha eguali, per vastità e profondità, negli ultimi 25/30 anni. Un'azione che ha preso inizio prima della pandemia, ma che ha poi trovato nell'uscita dall'emergenza e nel PNRR delle spinte propulsive fuori dall'ordinario. Inizialmente le attuazioni di queste spinte propulsive si sono connesse tra loro in modo solo parziale e sporadico, purtroppo, continuando ognuna a seguire la propria filiera settoriale e collegandosi con le altre solo per gli aspetti davvero inevitabili. Malgrado la grande apertura potenziale del DM 77/2022, le altre azioni innovative sono rimaste inizialmente molto settoriali.

Tuttavia, questa è solo una parte dell'accaduto,

la parte iniziale appunto, perché durante i lavori attuativi delle riforme e dei piani sta emergendo sempre più chiaramente l'esigenza di organizzare delle prassi comuni, interdisciplinari e intersettoriali e multiattoriali. Da un certo punto di vista, questa è forse la riemersione più chiara, preziosa e ineludibile delle ragioni profonde che sostengono da sempre l'integrazione sociosanitaria. Un'esigenza di lavoro comune e organizzato che forse andrebbe compresa a fondo e sostenuta apertamente.

2.7.3. La nuova richiesta di salute

Il punto fondamentale riguarda la nuova richiesta di salute che scaturisce da ogni angolo del Paese, e la consapevolezza della sua inevitabilità. La sezione di analisi dell'aggiornamento 2024 al Piano della Cronicità espone chiaramente la situazione evidenziando come, accanto alle acuzie e alle emergenze-urgenze, si rilevi sempre più fortemente un bisogno di salute composto dai caratteri della cronicità e multicronicità, disabilità e fragilità (non autosufficienza); a cui è possibile facilmente aggregare in molti casi anche elementi di vulnerabilità o addirittura di esclusione sociale.

Bisogni che al momento non si trasformano facilmente in una domanda espressa in modo consapevole, appropriata e completa, ma che tuttavia restano richieste reali e molto serie a carico delle persone, delle famiglie, delle comunità. Bisogni complessi, in parte espressi con modalità inadeguate e in parte ancora del tutto inespressi, che sommano elementi di cura, assistenza e tutela, articolati il più delle volte in una prospettiva di medio periodo se non di lungoassistenza; e che si svolgono in luoghi di vita in cui non sempre è presente un *caregiver* con una solida capacità di accudimento e di partecipazione alle spese.

Bisogni complessi di cura e assistenza e tutela, alimentati inesorabilmente per i prossimi due o tre decenni dal processo di trasformazione demografica del Paese, a cui si uniscono le crescenti disuguaglianze socio-economiche e geografiche e l'aumento delle diverse forme di povertà; che prima o poi troveranno il modo e gli strumenti per manifestarsi interamente attraverso una domanda espressa competente e diffusa.

Al momento questa richiesta complessa di salute non in fase acuta, presente in ogni comunità, in ogni distretto sanitario, in ogni ambito sociale, fa veramente fatica a essere accolta nella sua reale composizione, perché richiede due condizioni: un processo di presa in carico e un percorso assistenziale in grado di misurarsi con quella complessità; una capacità di risposta che non può essere più basata sulla semplice giustapposizione di singole prestazioni settoriali da erogare (prevalentemente sanitarie o sociali che siano).

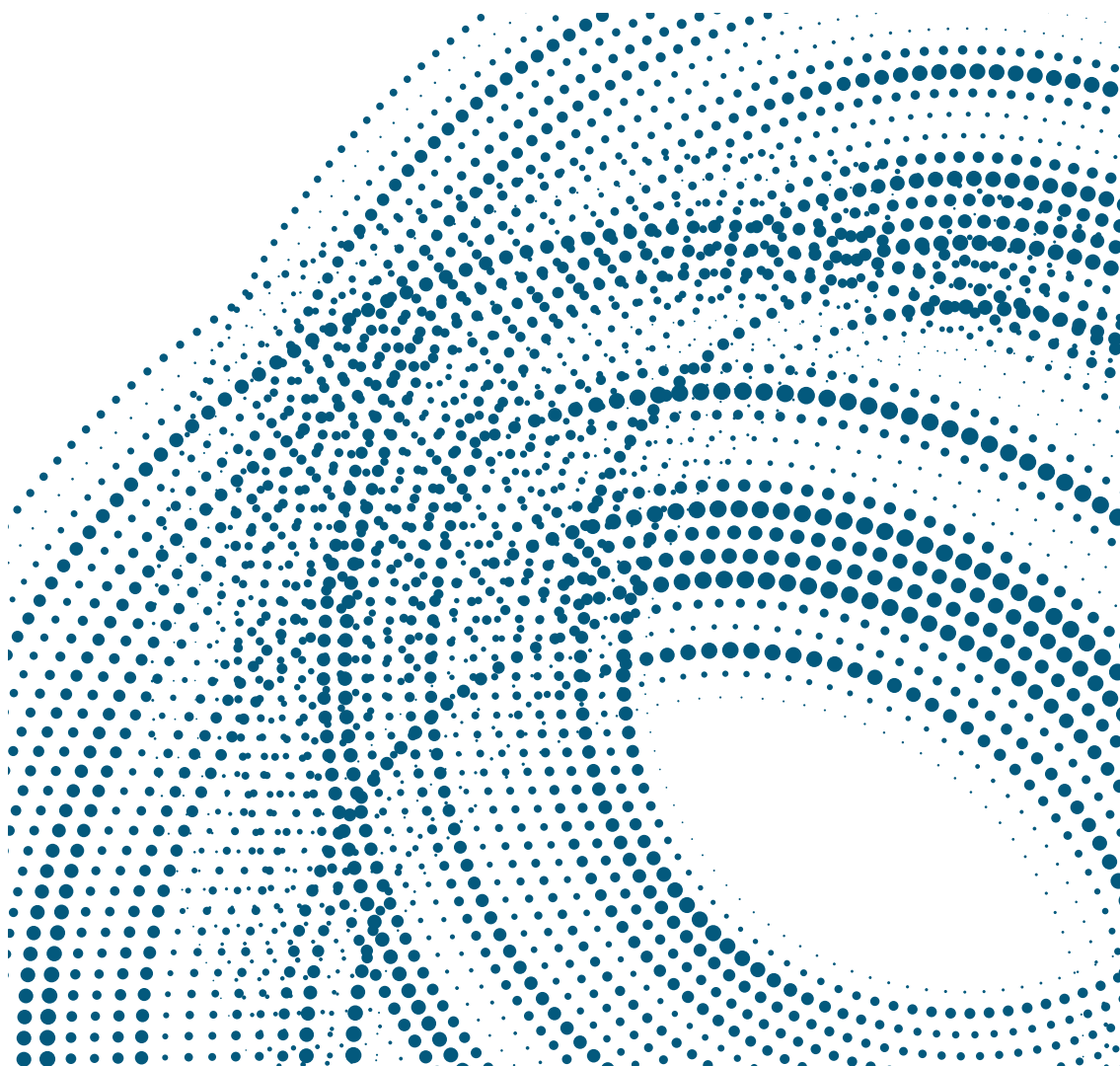
L'innovazione e il cambiamento necessari riguardano dunque l'intero ventaglio degli assetti di erogazione, processo e organizzazione, perché è sempre più difficile pensare di rispondere alle richieste di salute dei prossimi due o tre decenni mantenendo immutate le attuali filiere assistenziali. Nel suo piccolo, il mondo dell'integrazione sociosanitaria ha sempre dovuto confrontarsi – solitamente in modo problematico, bisogna ammetterlo – con queste dimensioni profonde del cambiamento professionale e organizzativo; e questo è accaduto soprattutto quando questo mondo è riuscito ad affermare quella visione sistemica e strutturale dell'integrazione toccata in precedenza al paragrafo 2.6.

Tuttavia, l'emersione sempre più evidente della nuova richiesta di salute – che somma cura, assistenza, tutela, sostegno, accompagnamen-

to – non si ferma alle pur fondamentali questioni sociosanitarie. Per una persona, una famiglia, una comunità, l'organizzazione di compiuti sistemi territoriali di servizi integrati con percorsi ed erogazioni unitarie, investe direttamente la composizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in campo sanitario e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in campo sociale e la loro reciproca interazione. Si entra quindi in modo sempre più complesso, e ormai irreversibile, nel rapporto materiale tra i diritti costituzionali alla salute e le condizioni della loro concreta esigibilità rispetto alla nuova richiesta di salute.

Capitolo 3

La spesa sociosanitaria in Italia:
una prima identificazione



In un contesto demografico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente complessità dei bisogni di assistenza, le politiche di integrazione tra sanità e assistenza sociale assumono un ruolo sempre più strategico.

A livello normativo l'integrazione tra l'ambito sanitario e sociale trova principale espressione in un decreto del 2017, noto anche come DPCM "Nuovi LEA", il quale individua, tra le altre, un elenco di "prestazioni" rubricate appunto come "socio-sanitarie".

Tuttavia, sebbene la norma identifichi chiaramente le attività oggetto di integrazione, giungere ad una rappresentazione finanziaria della spesa sostenuta dal sistema pubblico e privato per questo gruppo di prestazioni si rivela particolarmente complesso. Alla loro erogazione e finanziamento concorrono, infatti, una pluralità di enti produttori e finanziatori – quale risultato della natura ibrida del *mix* assistenziale sotteso – e rispetto a cui le fonti disponibili per tracciare i flussi finanziari sono solo in parte esaustive e tra loro conciliabili.

Le prestazioni socio-sanitarie sono, infatti, pre-

stazioni caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, rispetto a cui si intersecano azioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (cfr. Pratesi Franco, "La ripartizione della spesa nei servizi sociali e socio-sanitari") e che coinvolgono tra i soggetti erogatori delle prestazioni i comuni, le aziende sanitarie locali e gli ospedali (d'ora in poi ASL), le aziende dei servizi alla persona (d'ora in poi ASP) e, in un senso più ampio, anche i *caregiver* e gli assistenti familiari.

Infine, se si riflette sul carattere di complementarità e di sostituzione che hanno le politiche rispettivamente implementate e implementabili nei due ambiti (sociale e sanitario), diversi studi tendono ad attribuire alla spesa socio-sanitaria un perimetro più ampio di quello unicamente descritto dalle prestazioni del DPCM "Nuovi LEA", complice anche la complessità delle fonti informative, che non consentono una mappatura integrata della spesa sostenuta dai diversi enti coinvolti per le sole prestazioni socio-sanitarie. Non vi è dubbio, inoltre, che un rafforzamento delle attività sociali possa portare ad un

solievo della pressione sul sistema sanitario, sia come prevenzione all'ospedalizzazione che, successivamente, nel supporto alle attività volte a minimizzare possibili riacutizzazioni nei post-ospedalizzazione. Questa contiguità porta alcuni studi ad imputare gran parte della spesa sociale dei comuni nella definizione di spesa sociosanitaria, o viceversa, ad integrare il complesso della spesa sanitaria con quote della spesa sociale sostenute dai comuni.

Il seguente paragrafo, dopo aver fornito una breve panoramica sui servizi sociosanitari, chiarendone le caratteristiche e le aree di intervento, si concentra sull'analisi dei profili finanziari, evidenziando come di fondamentale importanza sia, ai fini della comprensione della portata del servizio sociosanitario e della misurazione della relativa spesa, una chiara ricostruzione dei rapporti tra enti erogatori e finanziatori, ovvero del perimetro di riferimento⁽¹⁾. La rappresentazione finanziaria che ne risulta è di indubbio interesse, consentendo da un lato di identificare – seppur in modo sperimentale e con tutti i *caveat* che derivano dall'utilizzo delle diverse fonti informative – una prima quantificazione della spesa sostenuta dal settore pubblico, dall'altro di porre in evidenza la complessa articolazione tra enti nelle modalità di finanziamento ed erogazione, ponendo le basi per future riflessioni sulla *governance* di tali servizi.

cipali elementi di contesto, ricordando quanto oggi viene di fatto speso dal complesso del sistema pubblico nei due settori, sociale e sanitario, ponendo altresì in evidenza il ruolo giocato dai diversi livelli di governo.

Nel tracciare una fotografia della spesa complessiva occorre ricordare che le politiche relative ai servizi sociali trovano evidenza in un aggregato di spesa nazionale (quello per la protezione sociale) che include anche la spesa pensionistica e che ammonta a circa 341 miliardi di euro, di cui in seguito non si terrà conto. Al contrario, le spese destinate agli asili nido (che per natura dovrebbero essere considerate a parte rispetto alle spese sociali) vengono invece qui ricomprese in tale aggregato, in quanto la depurazione di tali spese richiede l'utilizzo di fonti diverse⁽²⁾.

Ciò premesso, la Tabella 1 dà evidenza di quanto speso nei due settori, riportando per l'annualità 2023 la spesa sociale (al netto delle pensioni) e quella per la sanità, articolandole anche per livelli di governo.

3.1. La spesa sociale e sanitaria in Italia

Prima di addentrarsi nell'individuazione della spesa sociosanitaria è utile riepilogare i prin-

¹ La mancanza di un immediato raccordo tra il quadro normativo e quello finanziario, così come l'eterogeneità dei modelli organizzativi e dei criteri di erogazione dei servizi sul territorio, rendono la mappatura della spesa finale di complessa individuazione.

² Si veda a tal proposito Andrea Ferri et al. "Il welfare locale: fotografia e traiettorie evolutive della domanda di cura", in *Sussidiarietà e...welfare territoriale, Rapporto sulla sussidiarietà 2023/2024*, Ottobre 2024.

Tabella 1. Spesa sociale (al netto delle pensioni) e spesa sanitaria (milioni di euro)

Livello di governo	Settore sociale (netto pensioni)*	Settore Sanità**
	2023	2023
Amministrazioni Centrali	14.372	2.634
Amministrazioni Locali	11.229	135.180
Enti Previdenza	82.708	458
Totale PA	108.309	138.272

*La spesa per "Protezione sociale" (aggregato COFOG G100) è pari a 449.597 milioni. Il dato è qui esposto al netto della spesa pensionistica, identificata nella classificazione come la somma tra i due aggregati "Vecchiaia" (G1002) e "Superstiti" (G1003) e pari a 341.288 milioni (di cui 334.057 milioni degli enti di previdenza).

**Il valore della spesa sanitaria si riferisce alla spesa per Salute e Sanità (aggregato COFOG G070).

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati Istat, 2024

La spesa della Pubblica Amministrazione è elaborata a partire dai Conti Nazionali di fonte Istat, con riferimento alla classificazione funzionale (COFOG) e da cui risulta come i due settori (al netto della spesa pensionistica) impieghino risorse pubbliche per un ammontare rispettivamente pari a poco meno di 110 miliardi nel sociale e di 138 miliardi in sanità⁽³⁾.

L'articolazione per livelli di governo permette di apprezzarne i contributi. La spesa sociale (al netto di quella per pensioni) è principalmente in capo agli enti di previdenza (circa 83 miliardi nel 2023), seppur con un ruolo non trascurabile giocato dalle amministrazioni centrali (14,4 miliardi) e da quelle locali (11,2 miliardi). Nel settore sanitario, la spesa è maggiormente polarizzata, quasi interamente ascrivibile alle amministrazioni locali (135 miliardi).

Questa prima evidenza va comunque corroborata tenendo conto della complessa articolazione tra enti finanziatori ed enti produttori dei

servizi sanitari e sociali, nonché del *mix* tra prestazioni offerte in natura e monetarie.

Nell'ambito sociale, la spesa degli enti di previdenza si caratterizza principalmente per supporti economici erogati alle famiglie (tra cui le pensioni di invalidità, gli assegni ed indennità di accompagnamento agli invalidi, i sostegni alla disoccupazione), mentre, tra le amministrazioni locali, gli enti coinvolti attengono principalmente ai comuni, quali responsabili dell'offerta di prestazioni di tipo sociale e sociosanitario e al cui finanziamento contribuiscono risorse statali, regionali e risorse proprie comunali⁽⁴⁾. Nell'ambito sanitario, la spesa delle amministrazioni locali coinvolge le aziende sanitarie e ospedaliere, il cui ruolo attiene alla fornitura di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e al cui finanziamento concorre perlopiù il Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

3 La spesa per Protezione Sociale è individuata a partire dalla voce G100 (Previdenza sociale), al netto della spesa pensionistica (Vecchiaia e Superstiti). La spesa per la sanità è individuata a partire dalla classificazione G070 (Salute e Sanità). Le voci di amministrazioni locali, centrali ed enti di previdenza sono valutate al netto dei trasferimenti tra i livelli di governo.

4 L'incidenza delle risorse proprie dei comuni e degli enti associativi nel finanziamento dei servizi sociali è risultata nel 2021 pari rispettivamente al 51,5% e al 5,9% del complesso dei finanziamenti. Per approfondimenti si veda Milan G. et al. in "Il welfare locale: fotografia e traiettorie evolutive della domanda di cura", in Sussidiarietà e...welfare territoriale, Rapporto sulla sussidiarietà 2023/2024, Ottobre 2024.

Va inoltre detto, per esaustività di rappresentazione, che tra i soggetti erogatori vi possono essere anche soggetti privati, così come tra i soggetti finanziatori vi sono anche gli utenti (o in senso più ampio le famiglie), i quali possono sostenere/compartecipare al costo della prestazione pubblica o privata tramite fondi propri ma anche utilizzando gli stessi sussidi economici ricevuti dagli enti pubblici (es. INPS)⁽⁵⁾.

I paragrafi successivi entreranno nel dettaglio di questa complessa articolazione, con particolare riferimento alle spese sostenute dal settore pubblico. Al tempo stesso, risulta qui utile porre in evidenza il ruolo delle regioni nei due settori.

Va, infatti, ricordato che alle regioni spettano poteri di pianificazione e indirizzo dell'offerta di servizi in entrambi gli ambiti, occupandosi dal punto di vista finanziario di redistribuire (e

a volte di integrare) i fondi nazionali a sostegno delle politiche sanitarie e sociali⁽⁶⁾.

La Tabella 2 offre quindi una panoramica della spesa sostenuta dal sistema regionale italiano nell'ambito della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia" e della Missione 13 "Tutela della salute", con particolare attenzione al ruolo dei trasferimenti agli altri enti pubblici. Come illustrato, la spesa complessiva delle regioni nel 2023 per questi due settori ammonta a poco più di 144 miliardi di euro, di cui 139 miliardi destinati alla sanità e circa 5 miliardi al settore sociale⁽⁷⁾. Oltre a quantificare l'ammontare complessivo, la Tabella 2, avvalendosi dei dati di contabilità analitica (DCA) permette di apprezzare un altro risultato rilevante: la quasi totalità della spesa regionale corrente è costituita da trasferimenti correnti.

5 In un recente contributo, Laura Pelliccia ricorda che diverse sentenze specificano che chi è inserito in strutture con oneri a totale carico della finanza pubblica non ha diritto all'indennità di accompagnamento (Cfr. "Chi deve pagare il conto delle RSA", Marzo 2025, Lavoce.info).

6 La Sanità è materia di competenza legislativa concorrente tra Stato e regioni, mentre in materia di assistenza sociale le regioni hanno competenza residuale.

7 Si considera qui per entrambi gli aggregati la sola spesa corrente (Titolo 1). Il dato è esposto al netto dei trasferimenti tra regioni e province autonome, mentre non viene consolidato nei rapporti tra gli altri enti locali.

Tabella 2. Spesa sociale e spesa sanitaria delle regioni e delle province autonome (milioni di euro), 2023

	Settore Sociale*	Settore Sanità**	Totale
Spese correnti (al netto di trasferimenti a Regioni e Province autonome)	5.015	139.385	144.400
di cui Trasferimenti correnti a Enti pubblici	4.752	132.490	137.242
Comuni e Province***	2.194	17	2.212
Enti del Servizio Sanitario Nazionale****	990	130.061	131.051
Altri Enti*****	1.566	2.410	3.977
di cui Trasferimenti correnti a famiglie	90	19	109
Altri sussidi e assegni assistenziali	90	19	109

*Si intende la spesa sostenuta dal sistema regionale contabilizzata nella Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia".

**Si intende la spesa sostenuta dal sistema regionale contabilizzata nella Missione 13 "Tutela della salute".

***Si raccolgono qui tutti i trasferimenti correnti rivolti a comuni (singoli o unioni di comuni), province, città metropolitane, comunità montane.

****Si raccolgono qui tutti i trasferimenti correnti rivolti a ASL, aziende ospedaliere, policlinici e istituti di ricovero e cura, ecc...

*****Il dato ricomprende anche i trasferimenti correnti verso enti di previdenza, che nel settore sociale ammontano a € 1 milioni e nella Sanità a € 2 milioni.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati BDAP, 2025

In entrambi i settori, infatti, i trasferimenti correnti a favore degli enti pubblici e delle famiglie rappresentano oltre il 95% della spesa regionale. Ciò che cambia, come prevedibile, è la destinazione di queste risorse. Analizzando la distribuzione nei due settori, emerge che nel settore sanitario i trasferimenti sono pressoché integralmente indirizzati agli enti del SSN (circa 130 miliardi di euro), mentre nel settore sociale circa la metà delle risorse è destinata ai comuni (ossia poco più di 2 miliardi di euro).

3.2. La spesa sociosanitaria: il perimetro di riferimento

Una volta chiariti i dati finanziari dei due settori di riferimento, il passo successivo riguarda l'individuazione della spesa sociosanitaria.

Come accennato in premessa, tuttavia, sebbene la norma identifichi chiaramente le prestazioni oggetto di integrazione sociosanitaria, giungere ad una rappresentazione finanziaria della spesa sostenuta dal sistema pubblico e privato per questo gruppo di prestazioni si rivela particolarmente complesso, in quanto le fonti informative esistenti – siano esse nazionali regionali o comunali – si concentrano solo su quote del totale delle risorse necessarie per l'erogazione di tali prestazioni.

Attualmente non sono, infatti, disponibili fonti informative in grado di restituire un quadro organico del complesso della spesa sociosanitaria, dove a rendere complessa la ricostruzione è talvolta la ricchezza (che in alcuni casi diviene ridondanza) dei sistemi informativi esistenti, in altri casi la mancanza di dettaglio o, in altri ancora, l'assenza di alcune informazioni.

A tal proposito, avvalendosi del DPCM "Nuovi

LEA"⁽⁸⁾, un primo elemento di chiarezza nella ricostruzione è dato dall'individuazione del perimetro di riferimento, il quale richiede l'introduzione di alcune assunzioni, stante il fatto che la ripartizione degli oneri tra settore sanitario e sociale (e soggetti finanziatori ed erogatori) è legata alla "intensità dell'intervento assistenziale"⁽⁹⁾. Più alta è l'intensità sanitaria dell'intervento (fase intensiva ed estensiva), maggiore è la copertura del settore sanitario, al contrario, più è importante l'aspetto sociale o assistenziale, più è richiesto il coinvolgimento dei comuni e/o dell'utente⁽¹⁰⁾.

Con questa premessa, la Tabella 3 dettaglia, innanzitutto, le singole prestazioni sociosanitarie, raggruppandole utilizzando i criteri di riparto dei costi tra settore sanitario e settore sociale⁽¹¹⁾.

8 Cfr. DPCM 12 gennaio 2017, Capo IV, art. 21-35.

9 L'assistenza sociosanitaria interviene solo dopo la valutazione multidimensionale della persona da assistere e la conseguente elaborazione del progetto personalizzato di intervento che può contenere una o più prestazioni sociosanitarie. L'intensità dell'intervento assistenziale può essere graduata in tre diversi livelli: fase intensiva, fase estensiva e fase di lungo assistenza. Secondo la logica della ripartizione degli oneri, è nella fase di lungo assistenza che è prevista la partecipazione ai costi da parte dell'utente e/o del comune. Inoltre, è l'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) a decidere la fase assistenziale e le prestazioni in essa contenute. Secondo le "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione" del 1998, la fase intensiva deve essere contenuta entro 120 giorni, mentre quella estensiva non può superare i 240 giorni, dopodiché diventa fase di lungo assistenza. Tuttavia, nelle prassi regionali la durata delle varie fasi è molto più breve (30-90 giorni).

10 L'individuazione della parte di prestazione a carico del SSN deve essere proporzionata al livello di dipendenza o non autosufficienza dell'assistito: quanto più è rilevante il bisogno sanitario, tanto maggiore sarà la quota pubblica coperta dal sistema sanitario; al contrario, all'aumentare della componente sociale crescono le responsabilità dei servizi sociali comunali o dell'utente stesso. Va precisato che il DPCM 2017 "Nuovi LEA" non reca alcuna disposizione sulla parte degli oneri non ricomprese nelle percentuali assegnate al SSN, demandandone la gestione alle regioni e ai comuni, che definiscono diverse modalità di cofinanziamento tra enti locali e persone assistite.

11 Le prestazioni sociosanitarie possono essere in primo luogo raggruppate in: 1) Cure domiciliari; 2) Assistenza territoriale, distrettuale e domiciliare; 3) Assistenza semiresidenziale e residenziale.

Tabella 3. Il riparto della spesa fra il sociale e il sanitario in base al DPCM 12.1.2017

Identificazione delle prestazioni sociosanitarie				
A carico del settore sanitario (SSN)				
Cure	Cure domiciliari ⁽¹⁾	Cure palliative domiciliari ⁽²⁾	di competenza ripartita tra settore sanitario (SSN) e settore sociale (Comuni e Famiglie)	SSN Comuni/ Famiglie ⁽³⁾
Assistenza distrettuale	Cure domiciliari	Assistenza sociosanitaria alle donne, alle coppie e alle famiglie	Cure domiciliari / Prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza professionale (Superati / 30 giorni) ⁽²⁾	50%
	Assistenza sociosanitaria al minor	Assistenza sociosanitaria al minor con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con disabilità / Trattamenti di recupero e mantenimento	70%
	Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone non autosufficienti	50%
	Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale al minor con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali / Trattamenti socio-riabilitativi per pazienti che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa	40%
	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche	Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche estensive	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disabilità / Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento per disabili in condizioni di gravità	70%
Assistenza sociosanitaria	Assistenza residenziale extraspedaliera ad elevato impegno sanitario	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti	40%
	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con dipendenze patologiche	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti / Trattamenti di lungosostegno, recupero e mantenimento funzionale	50%
	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disabilità / Trattamenti di riabilitazione		
	Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti / Trattamenti estensivi			

⁽¹⁾ Spetta poi alle regioni (Art.8, L.328/2000) definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.
⁽²⁾ Le cure domiciliari presentano una costruzione trasversale a tutti i settori sociosanitari. In questo caso vanno rilevati due aspetti principali, da sempre contraddistinti per la loro difficile interpretazione: 1) ADI III Livello. Il livello di massima intensità dell'assistenza domiciliare è caratterizzato anche dalla necessità di assicurare la continuità assistenziale, e di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Si tratta di interventi a carico del SSN di cui tuttavia è difficile determinare i contenuti attuativi effettivi. 2) Aiuto infermieristico. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, e anche in questo caso è difficile determinare i contenuti attuativi effettivi. - Primi 30 gg. 100% SSN - Successivamente 50% SSN.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su DPCM del 12 gennaio 2017 e altri studi

La Tabella 4, utilizzando sempre la distinzione nei settori che ne sostengono il costo, riassume i *target* delle prestazioni sociosanitarie, anche in questo caso introducendo alcune semplificazioni di rappresentazione.

Dalla lettura congiunta, emerge che si tratta prevalentemente di prestazioni domiciliari o in strutture (semiresidenziali e residenziali), indirizzate, per la parte cofinanziata tra settore sanitario e settore sociale, principalmente a persone non autosufficienti e disabili. Gli altri *target* (famiglie, minori, persone con disturbi mentali e dipendenze) sono principalmente i destinatari di prestazioni a totale carico del settore sanitario.

Queste distinzioni sono funzionali, come si vedrà in seguito, all'identificazione della spesa rispetto alle diverse fonti disponibili.

Infine, accanto all'identificazione delle singole prestazioni e dei *target* serviti e ad una loro attribuzione ai due settori di riferimento, di cruciale importanza per l'identificazione della spesa complessiva è una mappatura dei diversi enti/ soggetti erogatori e finanziatori delle prestazioni, nonché dei rapporti finanziari tra gli stessi.

Anche in questo caso, senza obbligo di esaustività, la Tabella 5, avvalendosi di diversi contributi normativi e scientifici, propone una sintesi dei soggetti interessati e delle relazioni finanziarie

Tabella 4. Il riparto dell'utenza fra il sociale e il sanitario in base al DPCM 12.1.2017

Utenti beneficiari delle prestazioni sociosanitarie	
Utenti serviti dal settore sanitario (SSN)	Utenti serviti dal settore sociale
<i>Donne, coppie e famiglie</i> <i>Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo</i> <i>Persone con disturbi mentali*</i>	
<i>Persone non autosufficienti</i>	
<i>Persone con disabilità</i>	
<i>Persone nella fase terminale della vita</i> <i>Persone con dipendenze patologiche</i>	

*Per questo gruppo di target, solo i pazienti destinatari di trattamenti socio-riabilitativi a bassa intensità riabilitativa sono a carico del settore sociale.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su DPCM del 12 gennaio 2017

che intercorrono tra il settore sanitario e il settore sociale nell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie. Essa descrive un sistema complesso, in cui flussi di risorse e responsabilità si intrecciano tra diversi livelli istituzionali e operativi.

Alla base di questo sistema si collocano i soggetti finanziatori (in azzurro nella Tabella), ossia gli enti che mettono a disposizione le risorse economiche necessarie per garantire l'erogazione dei servizi sociosanitari. Un ruolo centrale è svolto dai fondi statali e dalle regioni, beneficiarie appunto di diversi fondi nazionali, tra cui i principali sono: il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) e il Fondo Unico per l'Inclusione delle Persone con Disabilità (FUIPD). Le regioni erogano direttamente i servizi solo in misura marginale, trasferendo prevalentemente le risorse ricevute agli enti del Servizio Sanitario, ai comuni, e, in alcuni casi, direttamente agli utenti, sottoforma di sussidi o assegni.

Accanto alle risorse gestite dalle regioni si collocano quelle proprie dei comuni e quelle fornite dall'INPS. Quest'ultimo svolge un ruolo peculiare, erogando direttamente agli utenti prestazioni monetarie, quali l'indennità di accompagnamento e le pensioni di invalidità. Queste risorse, come evidenziato nella Tabella 5, possono essere utilizzate per sostenere spese legate all'assistenza personale – ad esempio per assistenti familiari e *caregiver* – o per l'acquisto di servizi forniti dai comuni, dalle aziende sanitarie e da altri soggetti pubblici o privati, convenzionati e non. In questo senso, gli utenti non sono soltanto beneficiari finali delle prestazioni, ma costituiscono anche una fonte di finanziamento del sistema attraverso forme di compartecipazione alla spesa.

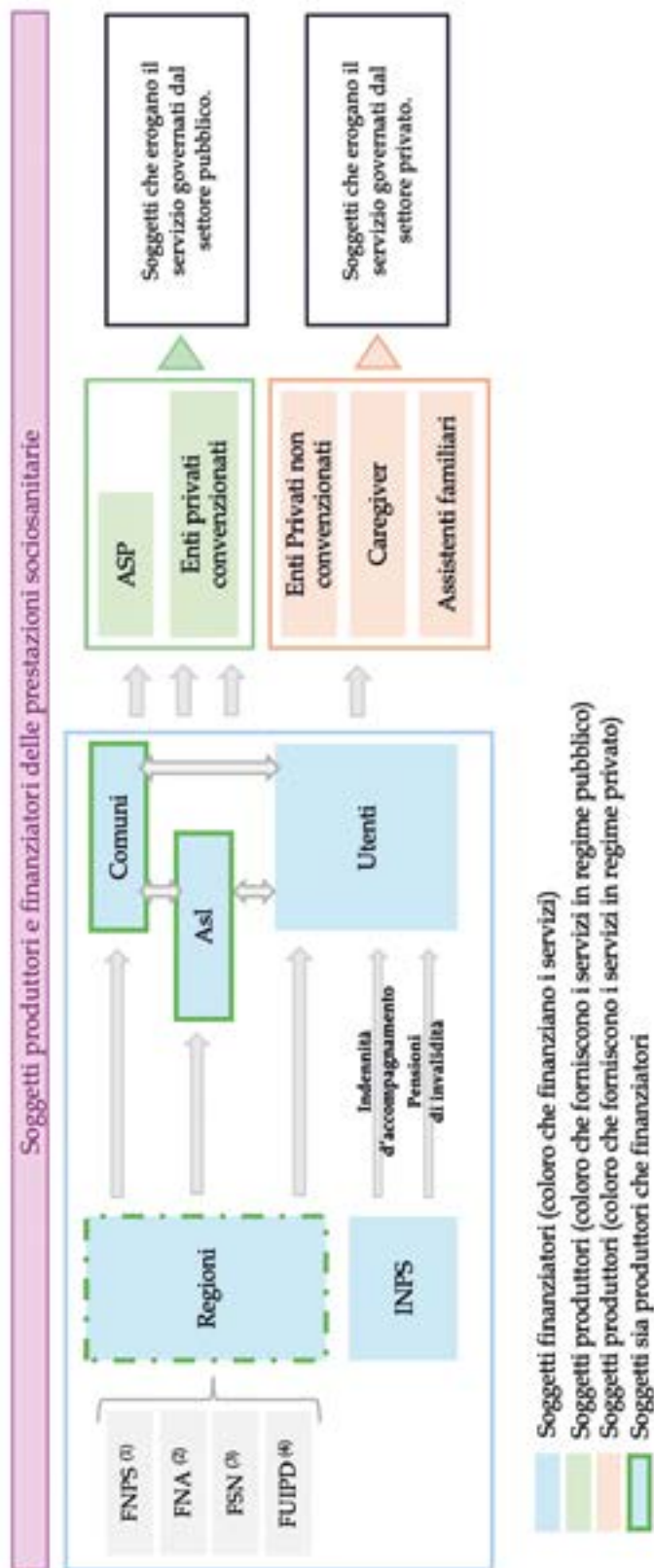
La produzione dei servizi (enti in verde o con bordo verde nella Tabella 5) è affidata principalmente ai comuni e agli enti del Servizio Sanitario (ASL, aziende ospedaliere...), responsabili, rispettivamente, dell'erogazione dei servizi sociali e di quelli sanitari. I comuni operano sia in forma diretta, sia tramite esternalizzazioni ad Aziende di Servizi alla Persona o a enti privati convenzionati. Le loro attività sono finanziate con risorse proprie, con trasferimenti e – come già visto – con compartecipazioni degli utenti. Inoltre, anche le ASL, come i comuni, trasferiscono le risorse direttamente alle ASP e ai soggetti privati convenzionati. Una quota di risorse delle ASL può a sua volta essere trasferita ai comuni stessi (oneri a rilievo sanitario).

Le ASP e gli altri soggetti gestori svolgono dunque la propria attività di produzione di servizi grazie ai fondi provenienti dai comuni, dalle ASL e dagli utenti. Si tratta, dunque, di attori che non sostengono direttamente il costo del servizio, ma operano prevalentemente grazie ai trasferimenti ricevuti dagli altri attori.

Oltre alla rete convenzionata, è presente una componente di soggetti produttori privati non convenzionati (enti in rosa nella Tabella 5), che opera al di fuori di accordi con il settore pubblico. Questa categoria include enti privati indipendenti, ma anche figure individuali come i *caregiver* e gli assistenti familiari, che forniscono assistenza diretta agli utenti.

Un aspetto di rilievo messo in evidenza nella Tabella 5 è il duplice ruolo rivestito da alcuni attori, come i comuni e le ASL, che sono contemporaneamente finanziatori ed erogatori dei servizi sociosanitari.

Tabella 5. Relazioni finanziarie tra soggetti produttori e finanziatori



Nota: Le frecce indicano la direzione dei trasferimenti

(1) Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

(2) Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

(3) Fondo Sanitario Nazionale

(4) Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità

Fonte: elaborazione REF Ricerche

3.3. La spesa sociosanitaria: i flussi finanziari e la stima complessiva

Nel corso degli anni, diversi studi si sono concentrati sulla ricostruzione della spesa sociosanitaria in Italia, cercando di tener conto della complessa articolazione delle fonti di finanziamento, sia pubbliche che private.

In alcuni casi, gli studi hanno preferito definire un aggregato di spesa sociale “integrata” (ovvero aggiungendo al totale della spesa sociale comunale una quota della spesa sanitaria), in altri casi, si è prediletta un’integrazione della spesa sanitaria con quote della spesa sociale. Alcuni autori hanno altresì ragionato sulla possibilità di individuare la spesa a partire dai fondi nazionali destinati a disabili e non autosufficienti (i target maggiormente destinatari delle prestazioni sociosanitarie).

A tal proposito, dopo aver presentato nel paragrafo 3.3.1. una rassegna dei principali contributi presenti in letteratura sul tema della spesa sociosanitaria, il paragrafo 3.3.2. illustra l’approccio adottato ai fini della sua individuazione.

3.3.1. Una rassegna degli studi sull’identificazione della spesa sociosanitaria

Tra gli studi che sono stati individuati circa l’identificazione della spesa sociosanitaria si annoverano, senza obbligo di esaustività, un contributo circoscritto alla sola regione Emilia-Romagna, due contributi dedicati rispettivamente ai principali *target* della spesa sociosanitaria (disabili e non autosufficienti), un contributo di ricerca che integra la spesa sanitaria complessiva con la quota sociale, pubblicato dal C.R.E.A. Sanità.

Lo studio realizzato per la regione Emilia-Ro-

magna⁽¹²⁾ ha ricostruito – a livello distrettuale⁽¹³⁾ – un aggregato di spesa sociosanitaria “integrata”, cioè capace di rappresentare il complesso delle risorse – pubbliche e private – impiegate per il finanziamento dei servizi sociali e sociosanitari (da qui “integrata”), così come definiti dalla Legge 380/2000⁽¹⁴⁾ (Tabella 6).

A tale scopo, gli autori hanno adottato un approccio metodologico basato sull’integrazione di diverse fonti informative, in grado di tracciare la spesa sostenuta da ciascun soggetto finanziatore: comuni, utenti (a titolo di compar-ecipazione alla spesa) e ASL (SSN).

La spesa comunale è stata ricostruita utilizzando l’indagine Istat “Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati”, che rileva la spesa sostenuta per i servizi sociali e sociosanitari erogati dai comuni per area di utenza, tipologia di intervento e soggetto finanziatore⁽¹⁵⁾. La stima della spesa comunale elaborata dagli autori è espressa in termini netti, ovvero calcolata sottraendo dal totale della spesa rilevata

12 Bertoni F., Bosi P., Lorenzini M., “La ricostruzione della spesa socio-sanitaria integrata nei distretti della Regione Emilia-Romagna nel 2010”, CAPPaper n. 101, febbraio 2013.

13 I distretti sono il punto di riferimento fondamentale per le politiche pubbliche, in quanto sono l’ambito territoriale nel quale si effettua la programmazione dei servizi.

14 Si tratta di una spesa calcolata sul perimetro di servizi governato dal settore pubblico e, quindi, non solo i servizi gestiti direttamente dal settore pubblico, ma anche quelli che interagiscono con tale settore attraverso meccanismi di convenzionamento o accreditamento. Rimangono in questo modo esclusi dalla ricostruzione della spesa sociale e sociosanitaria integrata quei servizi offerti a libero mercato che pure rappresentano una quota non trascurabile dell’offerta complessiva.

15 L’Indagine Istat consente di ricostruire a consuntivo la spesa dei comuni per interventi e servizi sociali, distinguendo tra la quota gestita direttamente e quella finanziata tramite trasferimenti ricevuti da parte delle ASL o attraverso le partecipazioni degli utenti. La stima della spesa comunale elaborata dagli autori è espressa in termini “netti”, ovvero calcolata sottraendo dal totale le quote a carico degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale. Tale misura rappresenta il livello effettivo di spesa che grava sul bilancio del comune.

nell'indagine le quote a carico degli utenti e del SSN. Tale misura rappresenta il livello effettivo di spesa che grava sul bilancio del comune sia per le prestazioni sociali che sociosanitarie.

La spesa sostenuta dagli utenti viene ricostruita facendo riferimento a quanto il cittadino versa o al comune o all'ente gestore (ASP, cooperative, cooperative sociali, e così via). Gli autori del *paper* sono pertanto risaliti al dato integrando più fonti: l'indagine Istat già citata ("Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati") per le compartecipazioni versate in strutture gestite dal comune; la "Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali" – sempre di fonte Istat – per le compartecipazioni versate in strutture gestite da enti del terzo settore.

Infine, la parte sostenuta dalle ASL (SSN) viene identificata in primo luogo a partire dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (che finanzia i servizi a favore degli anziani non autosufficienti e dei disabili adulti) e che tipicamente le ASL trasferiscono al comune o all'ente gestore per finanziare i servizi sociosanitari destinati ai suddetti *target*. A ciò si aggiunge che una parte delle spese deriva direttamente da risorse del Fondo Sanitario Nazionale, distribuite attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e destinate sia agli anziani non autosufficienti sia a famiglie e minori, dipendenze e salute mentale e più in generale adulti. Tuttavia, la scelta di condurre un'analisi su scala distrettuale ha indotto gli autori a fornire una stima della spesa sanitaria riconducibile unicamente alle aree "anziani" e "disabili", le sole per le quali è disponibile una disaggregazione a livello distrettuale⁽¹⁶⁾. Entrambi i

dati sono resi disponibili dal Sistema di monitoraggio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, curato dal Servizio sistema informativo sanità e politiche sociali⁽¹⁷⁾.

D'altra parte, riconoscendo che accanto ai servizi pubblici o privati convenzionati esiste una molteplicità di servizi garantiti dal settore privato, in regime di libero mercato, lo studio ha inoltre stimato – a partire dall'indagine Istat "Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali" (voce "Entrate da assistiti e loro famiglie" dei bilanci delle singole strutture) – la spesa sostenuta dagli utenti dell'area anziani per i servizi erogati da strutture private non convenzionate (Case protette, RSA e case di riposo).

Un approccio diverso è quello adottato da C.R.E.A. Sanità nel "19° Rapporto Sanità" (2023)⁽¹⁸⁾. Lo studio definisce la spesa sociosanitaria come il complesso di risorse sostenute «per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti». Sulla base di questa definizione, la quantificazione di tale spesa per il 2022 è stata effettuata sommando la spesa sanitaria e la spesa sociale per la non autosufficienza e la disabilità (Tabella 7).

16 Lo studio ha poi esteso la stima di spesa sanitaria alle altre aree di bisogno, presentando però una breve analisi per provincia.

17 La spesa proveniente dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) è rilevata anche nell'Indagine Istat "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati" come compartecipazione al SSN. Gli autori, ritenendo che vi possa essere un'eterogeneità di contabilizzazione in relazione agli assetti organizzativi di ciascun comune, preferiscono fare riferimento alla fonte costituita dal sistema di monitoraggio del FRNA.

18 C.R.E.A. Sanità, "Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione", 19° Rapporto Sanità (2023).

Tabella 6. Spesa (pubblica e privata) per i servizi sociali e sociosanitari in Emilia-Romagna, 2010

Finanziatore	Fonte	Voce di spesa	Quote sulla spesa totale %
Comuni	Istat*	Spesa sociale	
Utenti	Istat*	Compartecipazione in strutture gestite dai comuni	
Utenti	Istat**	Compartecipazione in strutture gestite dai enti del terzo settore	
Utenti	Rilevazione Spier	Compartecipazione in strutture socio-educative	
Privati e/o Enti pubblici (Regioni, Province...)	n.d.	Donazioni di privati o trasferimenti da enti pubblici a ASP	
SSN	Sistema di monitoraggio FRNA	FRNA e FSN per anziani e disabili	
a. Totale spesa del settore pubblico (a livello distrettuale)			68,7%
SSN	Modello COA0***	FRNA e FSN per altri target	
b. Totale spesa del settore pubblico (a livello provinciale)			23,6%
Utenti	Istat****	Spesa privata per strutture private per anziani (case protette, RSA, case di riposo)	
c. Totale spesa del settore privato			7,7%
Totale spesa (pubblica e privata) (a + b + c)			100%

*Istat "Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati".

**Istat "Rilevazione statistica sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali".

***Modello COA01, legato alla contabilità analitica delle Aziende USL.

****Istat "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari" (voce "Entrate da assistiti e loro famiglie").

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati Bertoni F., Bosi P., Lorenzini M., 2013

Tabella 7. Spesa pubblica e privata (miliardi di euro) per i servizi sociosanitari (sanitaria e sociale per la non autosufficienza e la disabilità), 2022

Finanziatore	Voce di spesa	Fonte	Importo (Mld)
Settore pubblico	Spesa sanitaria pubblica	Conti Economici degli enti del SSN*	128,9
Settore privato	Spesa sanitaria privata	Istat	40,1
a. Totale spesa sanitaria (pubblica e privata)			169,0
INPS	Pensioni di invalidità (invalidi civili, non udenti, non vedenti)	INPS	7,2
INPS	Indennità di accompagnamento	INPS	14,5
Comuni	Prestazioni in denaro (voucher, assegno di cura ...)	Istat	1,8
L. 104/1992	Permessi per dipendenti pubblici e privati	n.d.	2,4
b. Totale spesa sociale per prestazioni in denaro (settore pubblico)			25,9
Comuni	Prestazioni in natura	Istat	0,6
c. Totale spesa sociale per prestazioni in natura (settore pubblico)			0,6
Famiglie	Spesa privata per assistenti familiari	Istat	1,8
d. Totale spesa sociale (settore privato)			1,8
Totale spesa sociosanitaria (a + b + c + d)			197,3

*Stimata dagli autori dell'articolo sulla base dei dati estratti dai Conti economici degli Enti del SSN, non essendo nota all'epoca in cui è stato scritto.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati C.R.E.A. Sanità, 2023

In particolare, la spesa sanitaria 2022 è stata stimata pari a 169 miliardi di euro (di cui il 76% di natura pubblica), utilizzando i dati del secondo trimestre dei Conti Economici degli enti del SSN e i consumi delle famiglie rilevati dall'Istat. La spesa per la non autosufficienza e la disabilità, invece, è stata ricostruita integrando diverse fonti. Sul versante della spesa pubblica si fa riferimento all'indennità di accompagnamento e alle pensioni di invalidità e invalidità civile (fonte: INPS), alle risorse erogate dai comuni a favore di soggetti non autosufficienti¹⁹⁾ (fonte: Istat) e ai permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato. Sul versante della spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di

assistenza a disabili e anziani, si stimano – sulla base dei dati forniti dall'INPS – € 1,8 miliardi di spesa *out of pocket* per assistenti familiari²⁰⁾. Complessivamente, la spesa per *Long Term Care* (LTC) di tipo sociale è risultata pari a € 28,5 miliardi nel 2022, portando la spesa sociosanitaria totale a 197,3 miliardi di euro.

Altri studi, invece, di fronte alla difficoltà di quantificare in modo puntuale la spesa sociosanitaria e di ricostruirne con precisione le diverse fonti informative, hanno scelto di considerarla come una quota limitata ma significativa della spesa sanitaria e sociale complessiva. In quest'ottica, alcuni autori hanno ritenuto che una buona approssimazione potesse essere rappresentata dalla spesa per i servizi rivolti alle persone con disabilità o non autosufficienti

19 Si fa riferimento sia all'insieme di prestazioni in denaro – quali, voucher, assegno di cura, buono sociosanitario, contributi e integrazioni a retta per prestazioni semi-residenziali e a contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali – sia alle prestazioni in natura offerte dai comuni.

20 La stima non considera il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da caregiver familiari.

(rif. Barbetta G. P., Sangrigoli A., Turati G., “Il finanziamento della spesa per la tutela della non autosufficienza in Italia”, Capitolo II), oppure dall’aggregato di spesa pubblica per *Long Term Care*⁽²¹⁾ (rif. Rossi Emanuele (2018), “Il “sociosanitario”: una scommessa incompiuta”, Rivista n° 2/2018, AIC).

In particolare, Rossi (2018) fa riferimento alle stime contenute nel Rapporto del MEF “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario – Aggiornamento 2017”, secondo cui la spesa complessiva per LTC ammontava a 29,8 miliardi di euro nel 2017 (Tabella 8). Di questa cifra, la componente sanitaria⁽²²⁾, pari a 12,8 miliardi di euro, è stata calcolata utilizzando

21 La spesa pubblica per LTC comprende l’insieme di prestazioni erogate ai soggetti non autosufficienti, a prescindere dall’età del beneficiario, e si articola in tre principali componenti: la spesa sanitaria per LTC, l’indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale, rivolti a disabili e anziani non autosufficienti (d’ora in poi “Altre prestazioni LTC”).

22 Questa componente include le prestazioni sanitarie fornite a soggetti che, a causa dell’invecchiamento, malattie croniche o limitazioni mentali necessitano di assistenza continuativa. In particolare, rientrano in questa categoria l’assistenza domiciliare e ambulatoriale, i servizi residenziali e semi-residenziali per anziani e disabili, l’assistenza psichiatrica, le cure rivolte a persone con dipendenze, la lungodegenza ospedaliera, nonché una parte delle spese per farmaci, protesi e assistenza integrativa.

i dati sui costi raccolti dal “Modello LA”, uno strumento che consente di attribuire una parte delle prestazioni sanitarie (in particolare quelle di tipo assistenziale per la non autosufficienza) all’aggregato di spesa per LTC. A questa componente si affianca l’indennità di accompagnamento, una prestazione monetaria riconosciuta dall’INPS a favore di soggetti con limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. La spesa per questa voce è stata stimata in 13,4 miliardi di euro nel 2017, sulla base di proiezioni dei beneficiari che tengono conto dell’evoluzione della popolazione per età e sesso, evidenziando un forte legame con l’invecchiamento demografico. Infine, la voce “Altre prestazioni LTC” include interventi, prevalentemente in natura, erogati dai comuni a favore di anziani non autosufficienti, disabili, malati psichici e persone dipendenti da alcool e droghe. Per il 2017, la dimensione di questa spesa è stata stimata in 3,8 miliardi di euro, sulla base dei dati dei Conti della protezione sociale della Contabilità Nazionale, limitatamente alle funzioni di “Assistenza” per “Invalidità” e “Vecchiaia”, ed escludendo le voci non riconducibili alla LTC.

Diversamente, il *paper* di Barbetta, Sangrigoli e Turati (2015), nel tentativo di inquadrare il peri-

Tabella 8. Spesa per Long Term Care (miliardi di euro), 2017

Finanziatore	Voce di spesa	Fonte	Importo (Mld)
SSN	Componente sanitaria	Modello LA	12,8
INPS	Indennità di accompagnamento	Stimata*	13,4
Comuni	Altre prestazioni LTC	Conti della protezione sociale della Contabilità Nazionale**	3,8
Totale spesa per LTC			29,8

*La stima è condotta sulla base di proiezioni dei beneficiari, che tengono conto dell’evoluzione della popolazione per età e sesso, evidenziando il legame con l’invecchiamento demografico.

**Vengono considerate solo le funzioni di “Assistenza” per “Invalidità” e “Vecchiaia”, ed escludendo le voci non riconducibili alla LTC.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati articolo Rossi Emanuele, 2018

metro della “non autosufficienza”⁽²³⁾, si concentra sulla spesa per la disabilità e non sulla spesa per LTC in quanto «comprende una componente rilevante di spesa sanitaria che difficilmente, nel nostro paese, potrà essere inclusa in un percorso di riforma della tutela del rischio di non autosufficienza». La metodologia adottata si basa quindi sull’identificazione dei potenziali beneficiari e sull’analisi delle relative fonti di finanziamento. Per individuare i beneficiari il *paper* si rifà alla definizione Istat di “persone con limitazioni funzionali”⁽²⁴⁾. Sulla base di questa definizione, gli autori procedono alla stima della spesa complessiva per la non autosufficienza facendo riferimento ai dati Eurostat, utilizzando la sola funzione “disabilità”, nell’ambito della “spesa per la protezione sociale”. Questa scelta metodologica comporta l’esclusione della spesa sanitaria per gli anziani non autosufficienti e per i disabili (tipicamente inclusa nella definizione di LTC), nonché delle spese per alcune prestazioni *in-kind* erogate dagli enti locali a favore di soggetti anziani. Sono invece incluse le prestazioni di natura previdenziale. Sulla base di questa definizione, la “spesa

totale per la disabilità” ammontava in Italia nel 2012 a poco più di 26 miliardi di euro (Tabella 9), di cui 1,6 miliardi di competenza dei comuni (dato reso disponibile dall’Istat).

Il *paper* di Barbetta, Sangrigoli e Turati evidenzia inoltre la frammentazione del sistema di finanziamento e la molteplicità di istituti che garantiscono prestazioni economiche ai non autosufficienti.

Lo Stato centrale, attraverso enti pubblici nazionali come l’INPS e l’INAIL, eroga prevalentemente trasferimenti monetari, mentre le amministrazioni locali si occupano principalmente delle prestazioni in natura, finanziate con fondi propri o con risorse provenienti da fondi nazionali, come il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA).

3.3.2. La stima della spesa sociosanitaria in Italia

Facendo quindi riferimento ai diversi approcci già sperimentati e tenendo conto di quanto visto nei paragrafi precedenti, si evidenziano di seguito i passaggi seguiti ai fini dell’individuazione della spesa sociosanitaria.

In particolare, l’approccio adottato nel presente capitolo si propone di stimare la spesa sociosanitaria partendo dai “produttori finali”, ovvero,

23 Non esiste nei conti della Pubblica Amministrazione un chiaro richiamo alla “spesa per la non autosufficienza”.

24 Cfr. Indagine Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Secondo la Rilevazione si definiscono persone con limitazioni funzionali coloro che, escludendo le limitazioni temporanee, dichiarano «il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate [...], pur tenendo conto dell’eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.)».

Tabella 9. Spesa per “Non autosufficienza” (miliardi di euro), 2017

Voce di spesa	Fonte	Importo (Mld)
Spesa Totale per la disabilità**	Eurostat*	26
di cui di competenza dei comuni	Istat	1,6***

*Funzione “Disabilità” nell’ambito della “spesa per protezione sociale”.

**Esclude la spesa sanitaria per anziani non autosufficienti e per disabili tipicamente inclusa nella definizione di LTC.

***Non include le spese sostenute per il finanziamento di servizi a favore di anziani – pari a 1,4 Mld nel 2011 – che Istat include nell’area “Anziani”.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati articolo Barbetta, Sangrigoli e Turati, 2015

per approssimazione, intercettando dalle diverse fonti disponibili quanto ad oggi finanziato dalle ASL, dai comuni e dagli utenti/famiglie.

In linea teorica, per arrivare a definire una stima puntuale della spesa sociosanitaria (pubblica e privata) ci si dovrebbe basare sulla rilevazione della spesa effettivamente sostenuta dai soggetti erogatori, per la parte di loro competenza. Tuttavia, l'assenza di fonti informative in grado di fornire questi dati ha spinto questo e precedenti studi a ricostruire la spesa sociosanitaria a partire dai diversi livelli di fonti di finanziamento (nella rappresentazione in Tabella 5 "soggetti finanziatori").

La Tabella 10 riepiloga le componenti considerate nei principali studi analizzati, ponendole a confronto con la metodologia seguita in questo Capitolo (IFEL-Salute e territorio 2026).

Dal confronto tra i diversi approcci emerge una

sostanziale convergenza nella fonte di determinazione della spesa sociale dei comuni, definita a partire dall'Indagine Istat sui Servizi Sociali. Al tempo stesso, mentre il contributo dell'Emilia-Romagna sceglie di attribuire tutta la spesa per servizi sociali sostenuta dai comuni, quello di C.R.E.A. Sanità ne seleziona solo una parte, identificando la quota del sociosanitario con riferimento alla spesa complessivamente rivolta ad un sottoinsieme di prestazioni e di destinatari delle prestazioni sociali (anziani e disabili). Il presente lavoro (IFEL-Salute e territorio 2026 nella Tabella 10), come si vedrà in seguito, pur partendo anch'esso dai medesimi dati, adotta un'impostazione differente, affiancando alla stima più ampia condotta in continuità con quanto fatto da C.R.E.A. Sanità (di seguito spesa sociosanitaria allargata), una stima volta a isolare la spesa comunale attivata esclusivamente in congiunzione con quella sanitaria (spesa sociosanitaria in senso stretto).

Tabella 10. Le componenti della spesa sociosanitaria: approcci metodologici a confronto

	Paper E.R.	C.R.E.A. Sanità	IFEL-Salute e territorio 2026
Comuni	Spesa sociale complessiva	Quota spesa sociale complessiva (Prestazioni in denaro e Prestazioni in natura per anziani e disabili)	Quota spesa sociale complessiva (Min: spesa attivata per presenza di spesa sanitaria - Max: quota di spesa per i target anziani e disabili)
SSN	Quota spesa sanitaria (FRNA e FSN per anziani e disabili e per altri target)	Spesa sanitaria pubblica e privata complessiva	Quota spesa sanitaria (spesa sanitaria per prestazioni sociosanitarie)
Utenti/Famiglie	- Compartecipazione in strutture gestite dai comuni - Compartecipazione in strutture gestite da Enti del Terzo settore - Compartecipazione in strutture socio-educative - Donazioni di privati o trasferimenti da Enti pubblici a ASP - Spesa privata per strutture private per anziani (case protette, RSA, case di riposo)	- Pensioni di invalidità (invalidi civili, non udenti, non vedenti) - Indennità di accompagnamento - Permessi per dipendenti pubblici e privati (L.104) - Spesa privata per assistenti familiari	- Pensioni di invalidità (invalidi civili, non udenti, non vedenti) - Indennità di accompagnamento

Fonte: elaborazione REF Ricerche

Alcune differenze tra gli studi caratterizzano anche l'identificazione della spesa in capo al settore sanitario (SSN). Il *paper* E.R. risale alle fonti di finanziamento di competenza dello Stato e regionali (FRNA e FSN) fornendo dapprima una stima a livello distrettuale per i soli *target* anziani e disabili, a cui successivamente integra dati provinciali per gli altri *target*; C.R.E.A. Sanità considera l'intero ammontare della spesa sanitaria desumibile dai Conti Economici degli enti del SSN, integrandolo con la spesa sanitaria privata di fonte Istat. Questo lavoro, al contrario, utilizza la medesima fonte di C.R.E.A. Sanità, selezionando esclusivamente la spesa degli enti del SSN ascrivibile alla componente sociosanitaria.

Anche rispetto alla spesa sociosanitaria sostenuta da utenti e famiglie gli approcci metodologici presentano analogie e differenze, soprattutto per via della difficoltà nel reperire dati puntuali su scala nazionale. L'articolo dell'Emilia-Romagna ricostruisce il contributo dell'utenza/famiglie integrando diverse fonti: le compartecipazioni degli utenti in strutture gestite dai comuni (dalla fonte Istat), dagli enti del terzo settore e dalle strutture socio-educative, oltre alle donazioni di privati o ai trasferimenti da enti pubblici ad ASP. C.R.E.A. Sanità, invece, considera prevalentemente le risorse erogate dagli enti di previdenza sottoforma di pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento, cui aggiunge i permessi lavorativi previsti dalla Legge 104 e le spese private per assistenti familiari. Il presente lavoro, non disponendo di dati aggiornati sulle compartecipazioni degli utenti nelle diverse strutture (in particolare quelle direttamente versate agli enti del terzo settore), adotta una scelta metodologica in continuità con C.R.E.A. ma più restrittiva, includendo esclusivamente le risorse provenienti dagli enti di previdenza. Questa scelta sottende l'assunzione che tali trasferimenti possano essere reimpiegati dagli utenti per l'acquisto dei ser-

vizi sociosanitari anche privati, con il rischio di sovrastimare la spesa.

Va, infatti, precisato che, relativamente agli utenti/famiglie, per giungere ad un quadro complessivo delle risorse che finanziano il sistema sociosanitario sarebbe necessario disporre di una distinzione tra quanto finanziato con spesa privata e quanto indirettamente finanziato con risorse pubbliche (contributi economici erogati da comuni ed enti di previdenza). L'assenza di una fonte integrata porta cautelativamente, in prima istanza, a stimare la componente di spesa dedicata al sociosanitario dagli utenti unicamente con riferimento alla quota di spesa sostenuta dagli enti di previdenza.

Con questi *caveat*, per l'identificazione della parte che grava sul settore sanitario, ovvero quella in capo alle ASL, il riferimento è ad una rilevazione che consente di circoscrivere, rispetto alla complessiva spesa sanitaria, la sola spesa associata alle prestazioni sociosanitarie, così come identificate ai sensi del DPCM "Nuovi LEA". Il "Modello di rilevazione dei Livelli di Assistenza degli enti del SSN", pubblicato dalla BDAP, riclassifica la spesa che gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sostengono per le singole prestazioni⁽²⁵⁾. La Tabella 11 presenta il dato aggregato.

25 Il dataset raccoglie i dati di spesa sostenuti dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tali informazioni, trasmesse direttamente dagli enti della Ragioneria dello Stato, sono organizzate secondo le tre macroaree previste dal DPCM 12 gennaio 2017. Il dataset consente di analizzare in dettaglio i costi relativi a ciascun sub-livello di assistenza, favorendo il confronto tra servizi sanitari erogati a livello territoriale. La parte di spesa a carico del SSN che viene erogata ai comuni sottoforma di compartecipazione e che, in quanto tale, risulta tracciabile nei bilanci comunali trova espressione anche nell'indagine sui servizi sociali di fonte Istat. Sulla base della rilevazione Istat, la spesa sociale trasferita dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ai comuni è pari a 1,2 miliardi di euro. Questo importo è da ritenersi ricompreso nel complesso delle spese sostenute dalle ASL per le prestazioni sociosanitarie.

Tabella 11. Spesa sanitaria e sociosanitaria sostenuta dalle ASL (milioni di euro), 2023

	Totale
Spesa sanitaria ASL*	134.020
di cui sociosanitaria*	16.474

*La spesa è calcolata al netto della spesa per acquisto di beni e servizi tra ASL appartenenti alla stessa regione ed extra-regione (dati estratti dal "Modello di rilevazione del CE degli enti del SSN").

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati BDAR, "Modello di rilevazione dei LA degli enti del SSN", 2025

Secondo tale rilevazione, nel 2023 gli enti del SSN hanno speso complessivamente 16,5 miliardi di euro per prestazioni di carattere socio-sanitario, pari al 12,3% della spesa sanitaria complessiva da essi sostenuta.

Per l'identificazione della parte che grava sul settore sociale, è invece necessario introdurre alcune assunzioni, sia per la quota in capo ai comuni che agli enti di previdenza.

Con riferimento alla spesa sociale comunale, si utilizzano i dati della rilevazione Istat "Interventi e servizi sociali dei Comuni", che raccoglie, per un elenco dettagliato di prestazioni sociali, informazioni sugli utenti – suddivisi per *target* – e sull'ammontare della spesa sostenuta per le prestazioni sociali erogate dai comuni, distinguendo la quota che grava direttamente sui bilanci comunali, la parte di spesa attribuibile alla compartecipazione dell'utenza e quella integrata dal Servizio Sanitario Nazionale⁽²⁶⁾.

La prima difficoltà che si incontra nel circoscrivere la spesa sociosanitaria deriva dell'elenco delle prestazioni incluse nella rilevazione Istat,

26 Gli interventi sono raggruppati nelle tre macroaree (1. Interventi e servizi; 2. Contributi economici; 3. Strutture). Per ciascuna macroarea sono stati individuati i servizi che per definizione sono a carattere sociosanitario. Si evidenzia che, per l'area "Strutture", ne fanno parte un pezzo della spesa per strutture residenziali e semi residenziali, tuttavia il livello di dettaglio della rilevazione non consente di isolare tale quota.

tra le quali figurano solo in parte quelle individuate ai sensi del DPCM "Nuovi LEA".

Per tale ragione, la stima della spesa sociosanitaria a carico dei comuni viene determinata come un intervallo (anziché come valore puntuale), i cui estremi sono richiamati sinteticamente come spesa sociosanitaria in senso stretto e allargata.

Nel primo approccio, poiché il database consente di ricostruire, per ogni tipologia di intervento, la quota di spesa cofinanziata dal Servizio Sanitario Nazionale, si è assunto che, ove è presente l'integrazione sanitaria, si tratta di spesa ascrivibile ad una prestazione a carattere socio-sanitario⁽²⁷⁾. Questa assunzione sottende la scelta metodologica secondo cui i comuni che, per determinati servizi, ricevono una compartecipazione dalle ASL, erogano interventi riconducibili alla tipologia della lungassistenza⁽²⁸⁾.

27 Secondo la metodologia di stima qui proposta, sono classificate come spese per prestazioni sociosanitarie il totale delle spese attribuibili alle prestazioni il cui contenuto rispecchia la denominazione del DPCM "Nuovi LEA" (ovvero assistenza domiciliare con integrazione sanitaria e assegni di cura), nonché tutte le spese comunali associate ai target la cui prestazione è accompagnata da una compartecipazione da parte del SSN.

28 Questa assunzione metodologica è coerente con il principio secondo cui il SSN finanzia esclusivamente la componente sanitaria della spesa, mentre la componente sociale resta di competenza delle famiglie e dei comuni.

Si tratta, dunque, di una rappresentazione parziale della spesa sociosanitaria, ma che – differentemente da studi precedenti – si propone di fornire una stima comunale più puntuale, isolando, all’interno della spesa sociale complessiva, la componente specificamente riferibile alle prestazioni sociosanitarie (“spesa sociosanitaria in senso stretto”).

Il secondo approccio, in analogia ad alcuni precedenti studi richiamati, considera invece, nell’ambito della rilevazione Istat, esclusivamente la quota di spesa destinata ai due *target*: anziani e disabili. In questo caso, per stimare la spesa a carattere sociosanitario sono state incluse tutte le prestazioni che – pur non essendo esplicitamente previste dal DPCM “Nuovi LEA” – possono essere ricondotte alle tre macrocategorie individuate dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale). Questo metodo consente di giungere a una stima della spesa sociosanitaria “allargata”.

I dati riferiti al 2022 derivano da una proiezione effettuata sui microdati 2021 forniti dall’Istat, poichè al momento della stesura dell’articolo

la spesa sociale comunale 2022 era disponibile solo nei suoi aggregati principali.

Come per la parte sanitaria, la Tabella 12 riporta la spesa sociale complessiva e la stima per la quota destinata alle prestazioni sociosanitarie.

Ricordando che la spesa sociale a carico dei comuni (al netto degli asili nido) ammonta complessivamente a 7,5 miliardi di euro, pari all’80,7% del totale nazionale, si stima che il 12% (pari a 917 milioni di euro) sia la componente destinata al finanziamento dei servizi sociosanitari. Si tratta di un dato calcolato al netto della compartecipazione degli utenti e del SSN, e che, in quanto tale, è indicativo della misura in cui il finanziamento del servizio grava sul bilancio del comune. Considerando, invece, la voce di spesa sociosanitaria “allargata”, la stima raggiunge 2,5 miliardi di euro, un valore non lontano da quanto evidenziato anche nel contributo di C.R.E.A. Sanità.

Infine, con riferimento alla spesa sociale degli enti di previdenza, come anticipato, per alcune prestazioni – in particolare per quelle in cui

Tabella 12. Spesa sociale e stima della spesa sociosanitaria sostenuta dai comuni (milioni di euro), 2022

	Totale*
Spesa sociale (al netto degli asili nido) dei comuni	7.533
<i>MIN: di cui sociosanitaria in senso stretto</i>	917
oppure	
<i>MAX: di cui sociosanitaria allargata**</i>	2.464

*Al momento della stesura dell’articolo la spesa sociale comunale 2022 è stata resa disponibile dall’Istat nei suoi aggregati principali. In particolare, nel 2022 la spesa sociale complessiva ammontava a 8,86 miliardi, mentre la spesa per asili nido a 1,33 miliardi. Il dato 2022 della spesa sociosanitaria è stato dunque calcolato sui microdati 2021 e successivamente proiettato all’annualità 2022 grazie ai dati 2022 resi disponibili nell’ultimo aggiornamento.

**I dati 2021 rispetto a cui è stata costruita la stima si riferiscono alla spesa complessiva (al netto degli asili nido) sostenuta dai comuni per il target “disabili”, pari a € 2,2 miliardi di cui € 1,3 miliardi ascrivibili a prestazioni riconducibili al sociosanitario (cure domiciliari, assistenza in strutture residenziali e semi-residenziali), e per il target “anziani”, pari a € 1,2 miliardi di cui € 1 miliardo riconducibili alla sociosanitaria. La spesa sociosanitaria afferisce unicamente a quelle prestazioni che – pur non essendo previste dal DPCM LEA – sono riconducibili alle tre macrocategorie previste dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).

Fonte: elaborazione REF Ricerche su Indagine sui servizi sociali Istat, anni vari

prevale la componente sociale dell'intervento – una parte di costo può essere sostenuta direttamente dai cittadini che ne usufruiscono⁽²⁹⁾, o tramite finanze proprie o indirettamente tramite quanto ricevuto come prestazione monetaria dagli enti pubblici.

Tra queste figurano, in primo luogo, le risorse erogate dall'INPS sotto forma di "indennità di accompagnamento" e "pensioni di invalidità". A tal proposito, la Tabella 13, riprendendo la spesa complessivamente sostenuta dagli enti di previdenza in materia sociale (Conti Nazionali 2023, aggregato COFOG 100), dettaglia quanto impegnato a favore di disabili e non autosufficienti, grazie al "Rendiconto finanziario Inps per missioni, programmi e COFOG, 2023".

La Tabella 14, costruita integrando i dati appena presentati, permette di stimare la spesa socio-sanitaria pubblica complessiva in un intervallo compreso tra € 45,7 miliardi e € 47,3 miliardi, su scala nazionale.

La Tabella 15, infine, riepiloga i principali aggregati finanziari mappati nei diversi studi, confrontandoli con i dati ottenuti nel presente contributo (colonna IFEL).

29 Spetta innanzitutto alle regioni (art. 8, L. 328/2000) definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. In assenza di tali criteri – nella realtà sono spesso assenti – spetta ai comuni stabilire le regole per un'eventuale compartecipazione. Ciò comporta che non ci sono regole omogenee neanche su base regionale.

Tabella 13. Spesa sociale e stima della spesa sociosanitaria sostenuta dagli enti di previdenza (milioni di euro), 2023

	Totale
Spesa sociale (al netto della spesa pensionistica) di enti di previdenza*	82.708
di cui sociosanitaria (a+b)	28.254
<i>Per memoria</i>	
Spesa protezione sociale (esclusa vecchiaia e superstiti)	82.708
di cui per famiglia	24.476
di cui per malattia e invalidità	31.816
(a) diritti sociali - assegni ed indennità di accompagnamento** - INPS	19.477
(b) politiche previdenziali - pensioni di invalidità (lavoratori privati e autonomi)** - INPS	8.776
di cui per disoccupazione	19.494

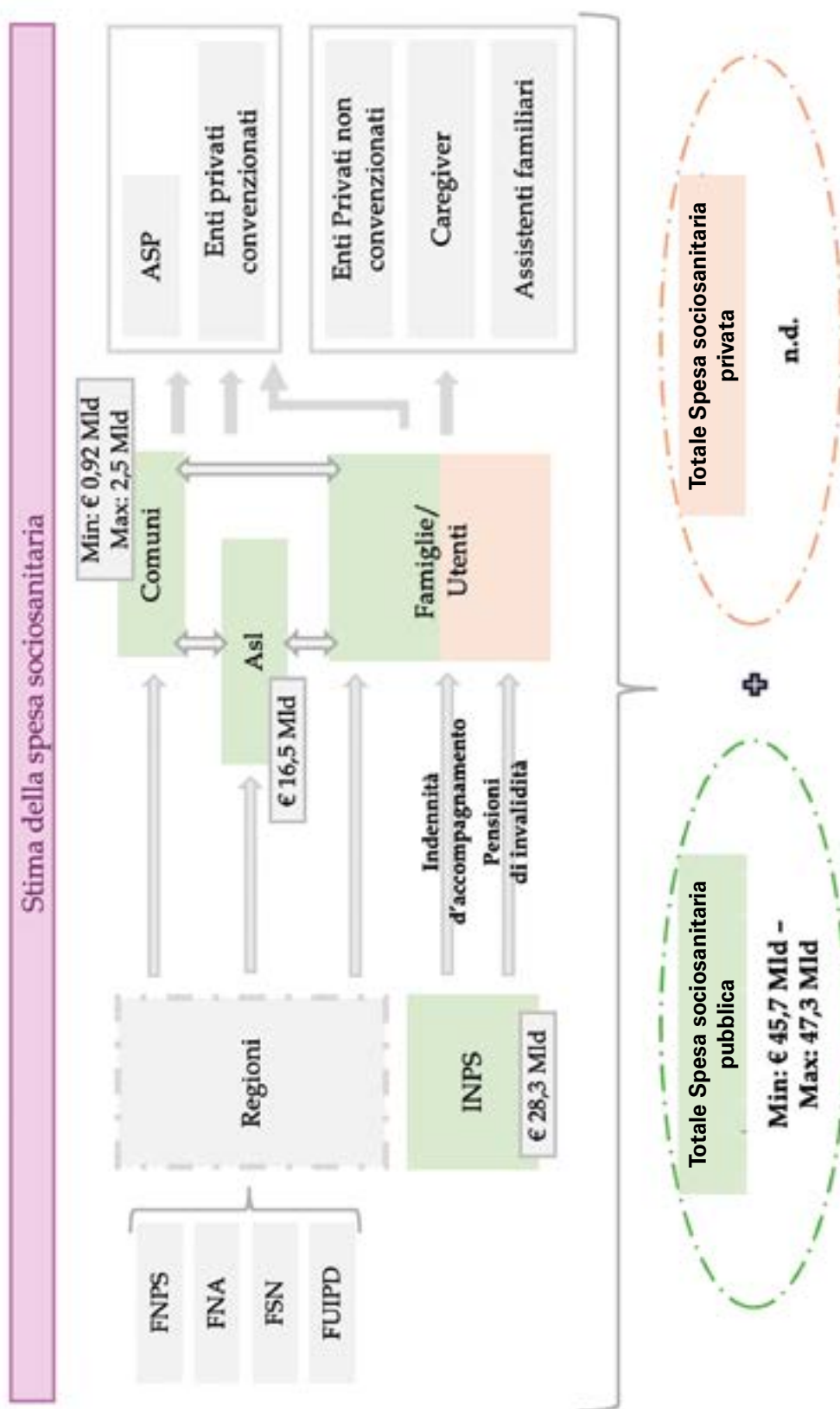
*Il valore della spesa per servizi sociali (aggregato COFOG G100) è al netto dei trasferimenti tra livelli di governo. Tale voce si compone degli aggregati G1001-Malattia e Invalidità, G1004-Famiglia e Figli, G1005-Disoccupazione, G1007-Esclusione sociale n.a.c, G1008-R&S per protezione sociale e G100-Protezione sociale n.a.c.

**Dati desunti dal rendiconto 2023 di INPS. Non sono state incluse le pensioni di invalidità dei lavoratori pubblici pari a circa 6,2 miliardi di euro.

Nota: La spesa pensionistica (vecchiaia e superstiti) è pari a 334 miliardi di euro, di cui poco più di 5 miliardi sono destinati al finanziamento di "diritti sociali - assegni sociali" (INPS).

Fonte: elaborazione REF Ricerche su Conti Nazionali Istat e Rendiconto finanziario INPS per missioni, programmi e COFOG, 2023

Tabella 14. La stima della spesa sociosanitaria



Fonte: elaborazione REF Ricerche

Tabella 15. Le diverse componenti della spesa sociale e sanitaria (miliardi di euro): stime a confronto

	C.R.E.A. Sanità	Rossi	Turati	IFEL-Salute e territorio 2026
	2022	2017	2012	2022/2023*
Comuni (spesa sociosanitaria in senso stretto)	n.d.	n.d.	n.d.	0,9****
Comuni (spesa sociale per target disabili)	n.d.	n.d.	1,6**	n.d.
Comuni (spesa sociale per target anziani e disabili)	n.d.	3,8	n.d.	(3,7)*****
Comuni (spesa sociosanitaria allargata)*****	2,4	n.d.	n.d.	2,5*****
SSN - spesa sociosanitaria	- ***	12,8	n.d.	16,5
INPS - Pensioni di invalidità	7,2	n.d.	n.d.	8,7
INPS - Indennità di accompagnamento*****	14,5	13,4	n.d.	19,4
Famiglie - Spesa per assistenti familiari	1,8	n.d.	n.d.	n.d.
L. 104/1992	2,4	n.d.	n.d.	n.d.

Nota: I dati tra parentesi sono riportati esclusivamente per consentire la confrontabilità con le altre fonti, ma non sono stati utilizzati per ricostruire la spesa sociosanitaria.

*Al momento della stesura dell'articolo la spesa sociale comunale 2022 è stata resa disponibile dall'Istat nei suoi aggregati principali. Il dato 2022 della spesa sociosanitaria è stato dunque calcolato sui microdati 2021 e successivamente proiettato all'annualità 2022 grazie ai dati 2022 resi disponibili nell'ultimo aggiornamento.

**Non include le spese sostenute per il finanziamento di servizi a favore di anziani – pari a 1,4 miliardi nel 2011 – che Istat include nell'area "Anziani".

***Il dato della spesa sanitaria pubblica stimato da C.R.E.A. Sanità non viene qui riportato ai fini del confronto, poiché si tratta di una spesa complessiva.

****La spesa sociosanitaria a carico dei comuni è qui stimata considerando dalla rilevazione Istat le prestazioni previste dal DPCM "Nuovi LEA" o cofinanziate dal SSN.

*****I dati 2021 rispetto a cui è stata costruita la stima si riferiscono alla spesa complessiva (al netto degli asili nido) sostenuta dai comuni per il target "disabili", pari a € 2,2 miliardi di cui € 1,3 miliardi ascrivibili a prestazioni riconducibili al sociosanitario (cure domiciliari, assistenza in strutture residenziali e semi-residenziali), e per il target "anziani", pari a € 1,2 miliardi di cui € 1 miliardi riconducibili alla sociosanitaria. La spesa sociosanitaria afferisce unicamente a quelle prestazioni che – pur non essendo previste dal DPCM LEA – sono riconducibili alle tre macro-categorie previste dallo stesso decreto (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).

***** La spesa sociosanitaria a carico dei comuni è qui stimata considerando dalla rilevazione Istat le prestazioni rivolte ad anziani e disabili che possono essere ricondotte alle tre macrocategorie individuate dal DPCM "Nuovi LEA" (cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale).

*****Per IFEL l'importo include assegni ed indennità di accompagnamento.

Fonte: elaborazione REF Ricerche, anni vari

3.4. Le prestazioni sociosanitarie delle ASL e dei comuni in dettaglio

Una volta chiarito il dato complessivo, le fonti disponibili consentono di approfondire ulteriormente la composizione della spesa sociosanitaria in senso stretto in capo ad ASL e comuni.

Relativamente agli enti del SSN, la Tabella 16 presenta il dettaglio delle prestazioni, ordinate per macrocategoria e quota più rilevante di spesa. Dalla Tabella emerge che circa il 23% della spesa totale è destinato al finanziamento dell'assistenza residenziale per persone non autosufficienti, per un importo pari a 3,8 miliardi di euro.

Tabella 16. La spesa sociosanitaria degli enti del SSN (milioni di euro), per prestazione, 2023				
Spesa sociosanitaria degli enti del SSN: 16.474 milioni di €				
Assistenza sociosanitaria residenziale 7.736 milioni di €	di cui	ASL	%	
	Assistenza alle persone non autosufficienti	3.796	23,0%	
	Assistenza alle persone con disturbi mentali	1.685	10,2%	
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale 7.162 milioni di €	di cui	ASL	%	
	Assistenza alle persone con disturbi mentali	1.640	10,0%	
	Cure domiciliari	1.600	9,7%	
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale 1.574 milioni di €	di cui	ASL	%	
	Assistenza alle persone con disabilità	704	4,3%	
	Assistenza alle persone con disturbi mentali	465	2,8%	
	Assistenza alle persone non autosufficienti	263	1,6%	

Nota: La spesa è calcolata al netto della spesa per acquisto di beni e servizi tra ASL appartenenti alla stessa regione ed extra-regione (Dati estratti dal "Modello di rilevazione del CE degli enti del SSN").

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati BDAP, "Modello di rilevazione dei LA degli enti del SSN," 2025

Relativamente alle prestazioni comunali, utilizzando i dati 2021 con riferimento alla spesa sociosanitaria in senso stretto, si osserva che la quota più consistente delle risorse è destinata principalmente al finanziamento di tre tipologie di intervento: la “Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari”, i “Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario”, rivolti prevalentemente a persone con disabilità e anziani, i “Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali” erogati a favore di famiglie, disabili. Queste tre misure assorbono da sole circa il 50% della spesa sociosanitaria complessiva di competenza comunale.

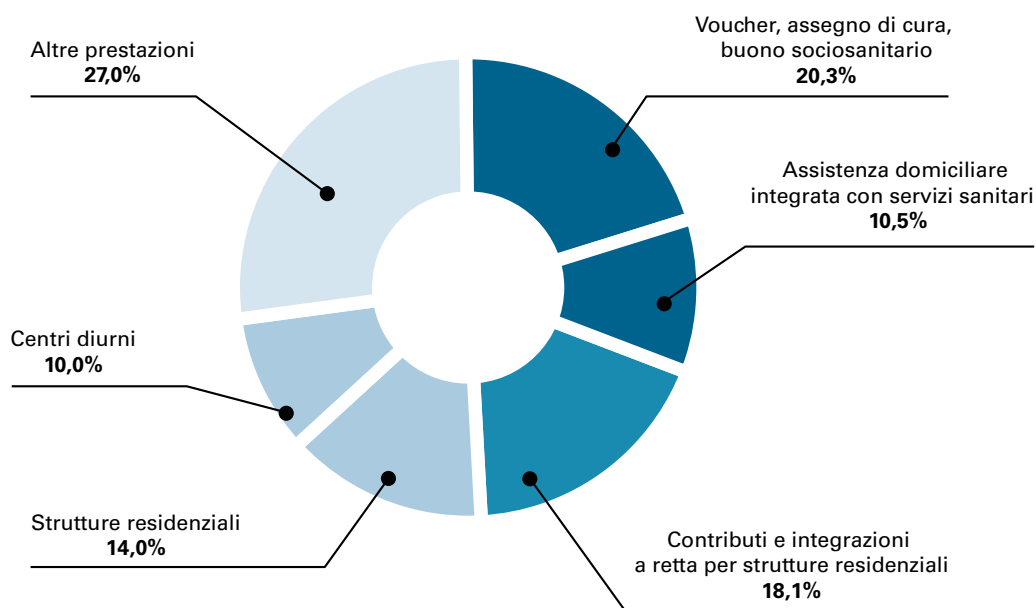
La Figura 1 illustra le principali prestazioni che incidono in misura maggiore sull'impiego delle risorse. Si osserva che le prime cinque voci di spesa rappresentano complessivamente oltre il 70% del totale.

La Figura 2 illustra i cinque interventi che assorbono la quota più consistente delle risorse sociosanitarie provenienti dalla compartecipazione degli utenti che transitano dal bilancio comunale⁽³⁰⁾. Si osserva con chiarezza che circa il 75% di tali risorse è impiegato in “Strutture residenziali”

Analizzando poi, come per gli altri due soggetti finanziatori, la destinazione delle risorse provenienti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che transita dal bilancio comunale, emerge che i servizi sociosanitari che assorbono maggiormente le risorse dal SSN attengono ai “Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali”, pari al 42% della spesa sociosanitaria complessiva (Figura 3). Una quota consistente

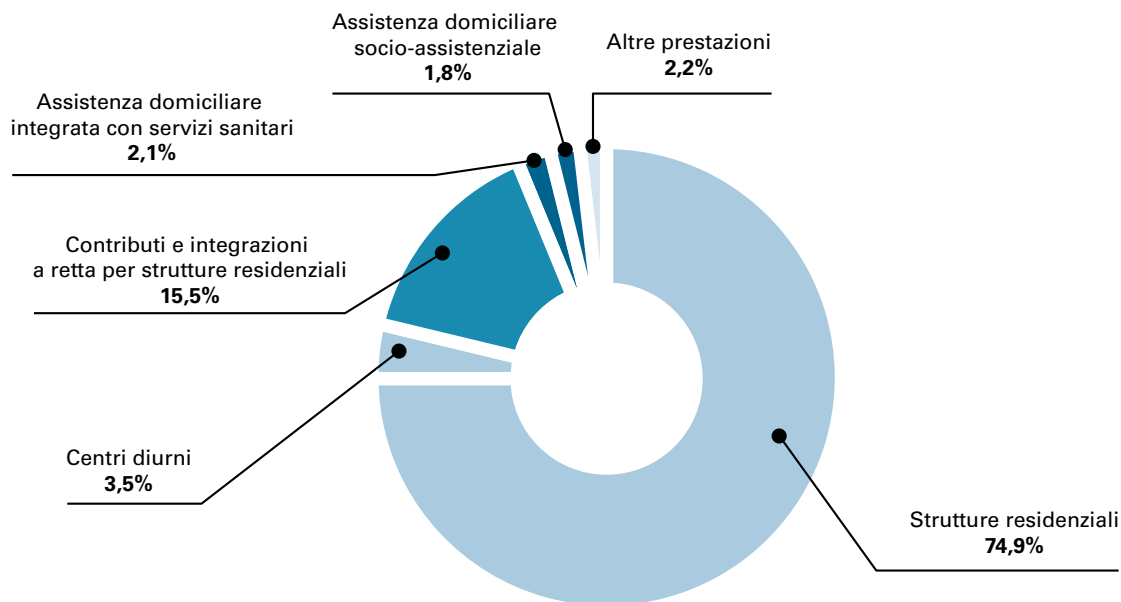
30 Nella stima della spesa sociosanitaria allargata la compartecipazione degli utenti ammonta a 417 milioni di euro. Nella stima ristretta il dato attiene circa la metà di tale importo ovvero 186 milioni di euro.

Figura 1. Distribuzione delle risorse per prestazione, % sulla spesa sociosanitaria comunale totale (stima), 2021



Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati Istat, 2023

Figura 2. Distribuzione delle risorse per prestazione, % sulla spesa sociosanitaria totale a carico delle famiglie (stima), 2021



Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati Istat, 2023

di risorse è inoltre destinata direttamente alle “Strutture residenziali” (circa il 25%).

Infine, è possibile fornire una rappresentazione della spesa sociosanitaria sostenuta da comuni e ASL, mettendo in evidenza le differenze che emergono tra le province italiane.

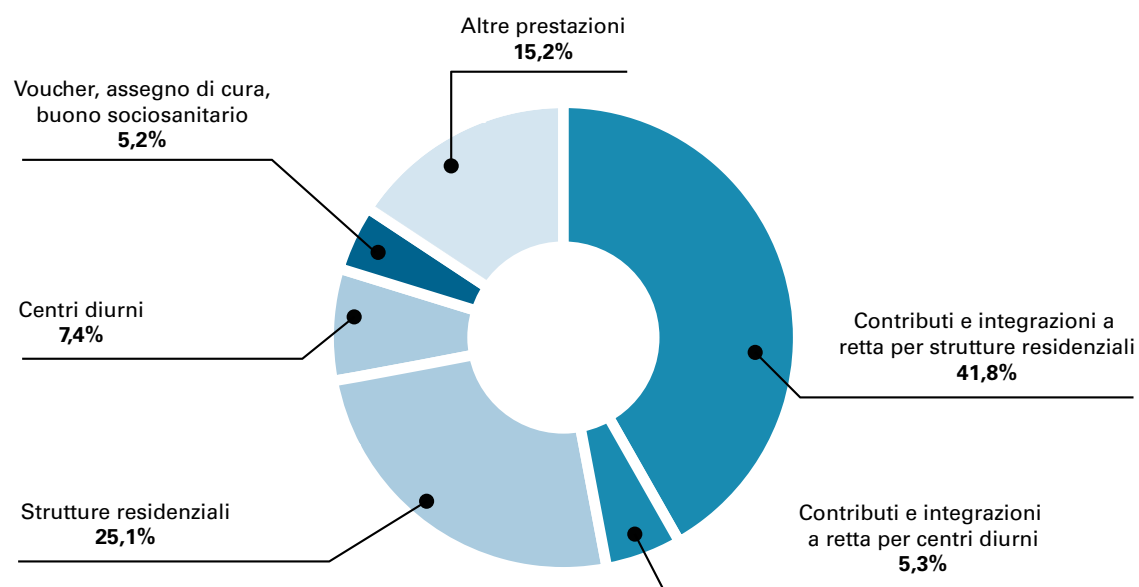
La Figura 4 mostra a tal proposito la distribuzione territoriale della spesa sociosanitaria pro capite in Italia nel 2021, distinguendo tra la componente comunale e quella gestita dalle ASL⁽³¹⁾. Nella prima mappa, relativa alla spesa socio-sanitaria comunale per provincia, emerge una marcata differenza geografica. Le province del Nord, in particolare quelle del Nord-Ovest, e quelle della Sardegna, presentano valori mediamente più elevati (tra i 50 e i 70 euro pro capite), mentre le province del Mezzogiorno e

della Sicilia si caratterizzano per livelli di spesa più contenuti, prevalentemente al di sotto dei 25 euro pro capite.

Una tendenza analoga si osserva anche nella seconda mappa, che riporta la spesa sociosanitaria delle ASL. Anche in questo caso, infatti, le province settentrionali registrano i valori più alti, mentre via via che si scende verso il Sud si osservano valori più contenuti. Va, tuttavia, evidenziato che il divario appare meno accentuato rispetto a quello registrato per la spesa comunale, suggerendo una maggiore omogeneità territoriale nella gestione sanitaria da parte delle ASL.

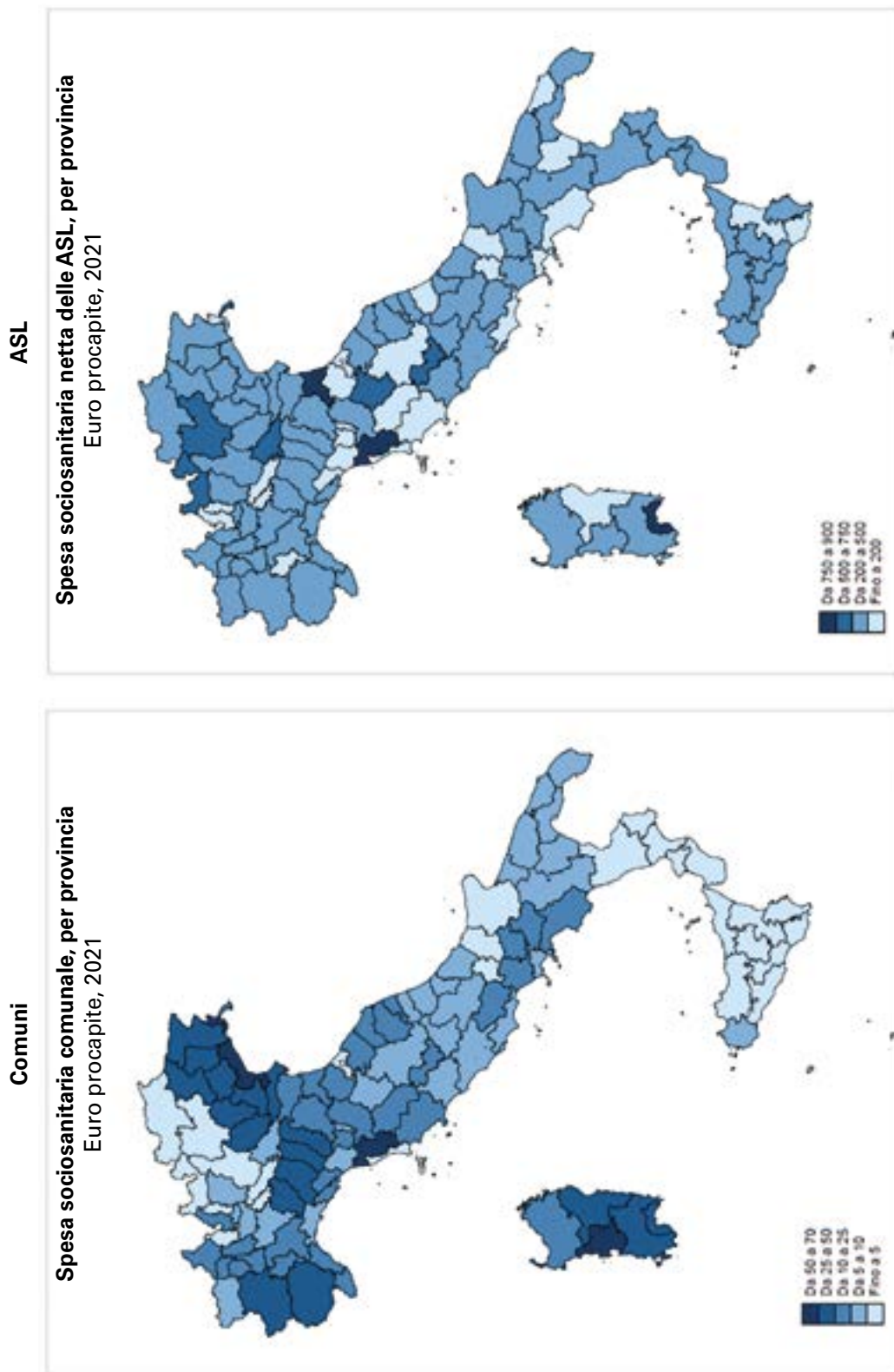
³¹ La spesa sanitaria e sociosanitaria sostenuta dalle ASL è calcolata al netto dei trasferimenti tra ASL stesse. Il dato è stato stimato a partire dalle informazioni disponibili.

Figura 3. Distribuzione delle risorse per prestazione, % sulla spesa socio-sanitaria totale a carico del SSN (stima), 2021



Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati Istat, 2023

Figura 4. Distribuzione territoriale della spesa sociosanitaria (euro pro capite) in capo a comuni (stima) e ASL, per provincia, 2021

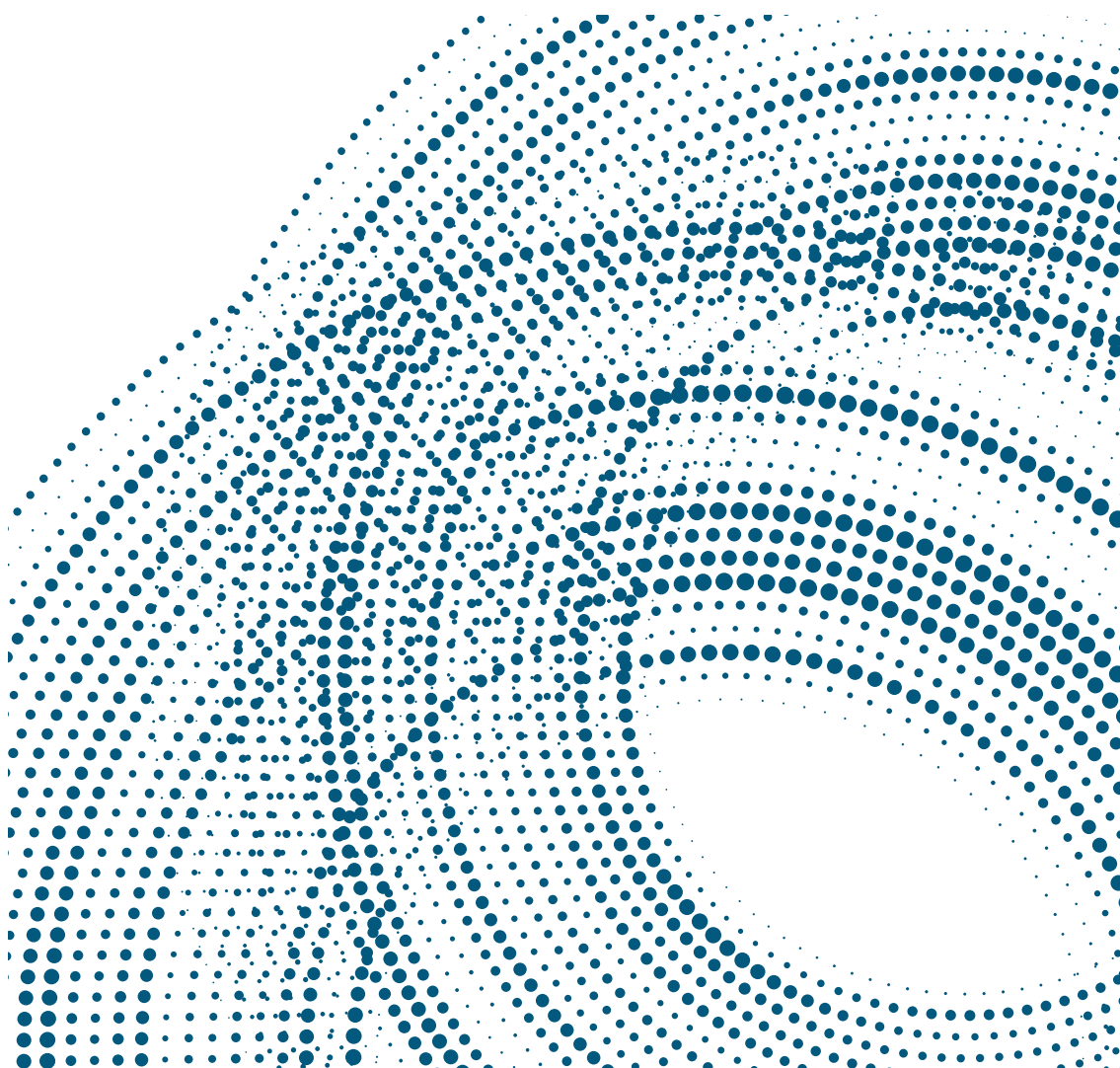


Nota: Il dato è stato stimato a partire dalle informazioni disponibili.

Fonte: elaborazione REF Ricerche su dati della rilevazione Istat e su dati BDAP, "Modello di rilevazione dei LA degli enti del SSN", anni vari

Capitolo 4

I servizi sociali dei comuni:
spesa, aree di utenza ed enti gestori





4.1. Le dinamiche di spesa

Secondo gli ultimi dati Istat, la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale, continua ad aumentare. Nel 2022 il dato raggiunge gli 8,86 miliardi di euro⁽¹⁾, pari allo 0,46%

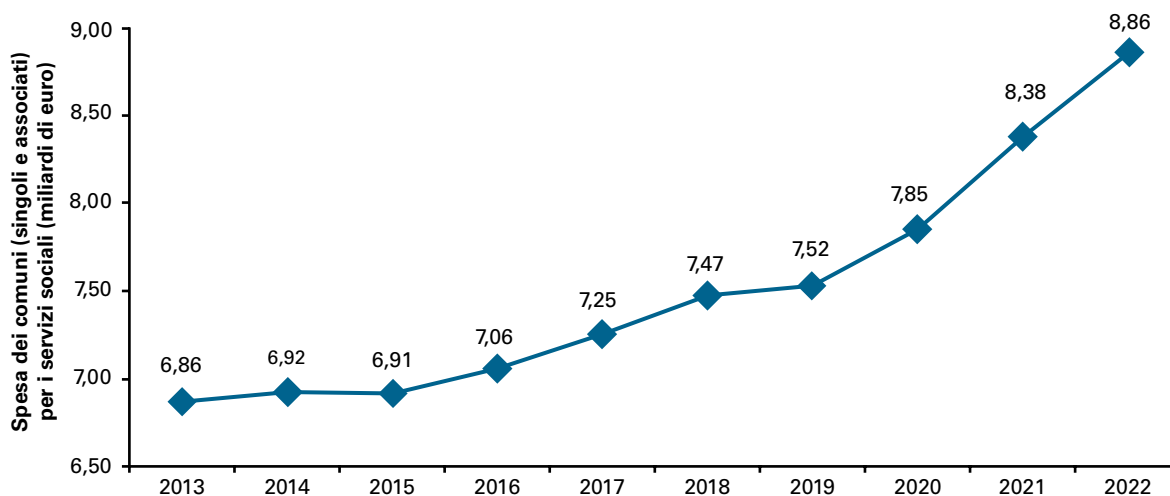
¹ Va precisato che i dati Istat 2022 considerano ancora molto parzialmente le risorse introdotte per finanziare gli obiet-

del PIL, il 5,8% in più rispetto al 2021 (Figura 1). In confronto con il 2013, quando la spesa complessiva era pari a 6,86 miliardi di euro, il dato ha subito una variazione positiva pari al 29,2%.

La spesa dei comuni per i servizi sociali, al netto dei servizi educativi per la prima infanzia, si attesta a 7,5 miliardi di euro.

tivi di servizio in campo sociale (in progressiva crescita tra il 2021 e il 2030), i cui effetti, oltre a sostenere la tendenza all'aumento della spesa sociale comunale, permetteranno un parziale riequilibrio a favore delle aree meno dotate.

Figura 1. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (miliardi di euro), 2013-2022



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Nel 2022 la spesa dei comuni per i servizi sociali per abitante è pari a 150 euro (era di 114 euro pro capite nel 2013) con differenze molto ampie a livello di ripartizione geografica (Figura 2): nel Mezzogiorno è pari a 100 euro, circa la metà del dato registrato al Nord (181 euro).

I divari a livello territoriale appaiono strutturali, con un Nord sempre al di sopra del resto del Paese, un Centro che insegue ed un Mezzogiorno perennemente in affanno, con valori mai superiori ai 90 euro pro capite, ad eccezione dell'ultimo biennio.

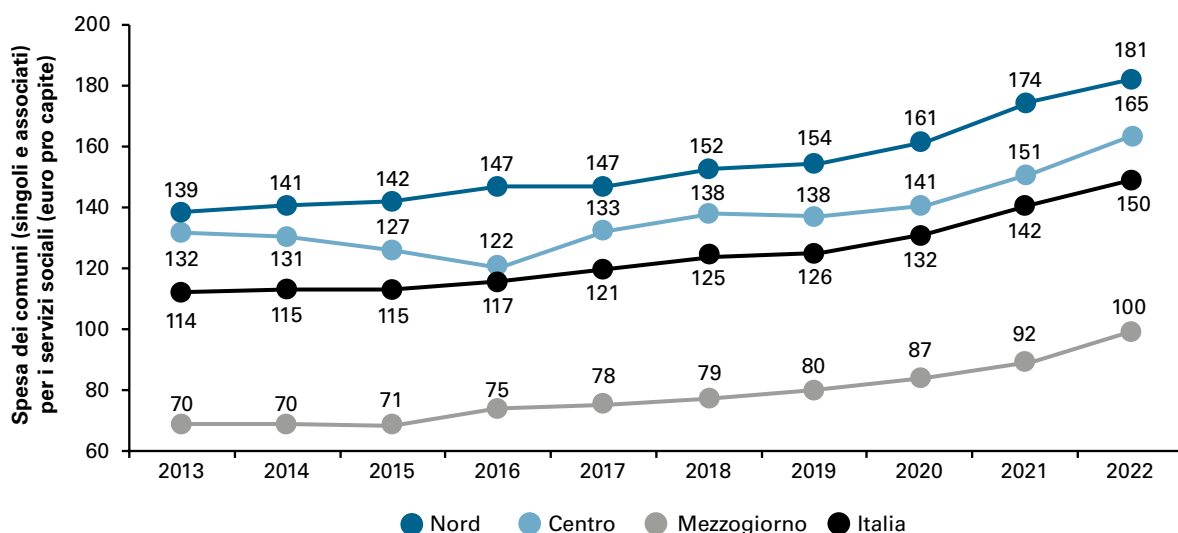
Scendendo a livello regionale si riscontrano dati ancora più eterogenei: rispetto alla media nazionale dei 150 euro pro capite di spesa

sociale comunale si va dai 38 euro pro capite della Calabria ai 433 euro per abitante del Trentino-Alto Adige (Figura 3).

Tutte le regioni del Mezzogiorno si trovano a fondo classifica con dati medi inferiori o prossimi (è il caso della Puglia) ai 100 euro pro capite di spesa dei comuni per servizi sociali; l'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna che, con 306 euro di uscite per cittadino, è terza a livello nazionale.

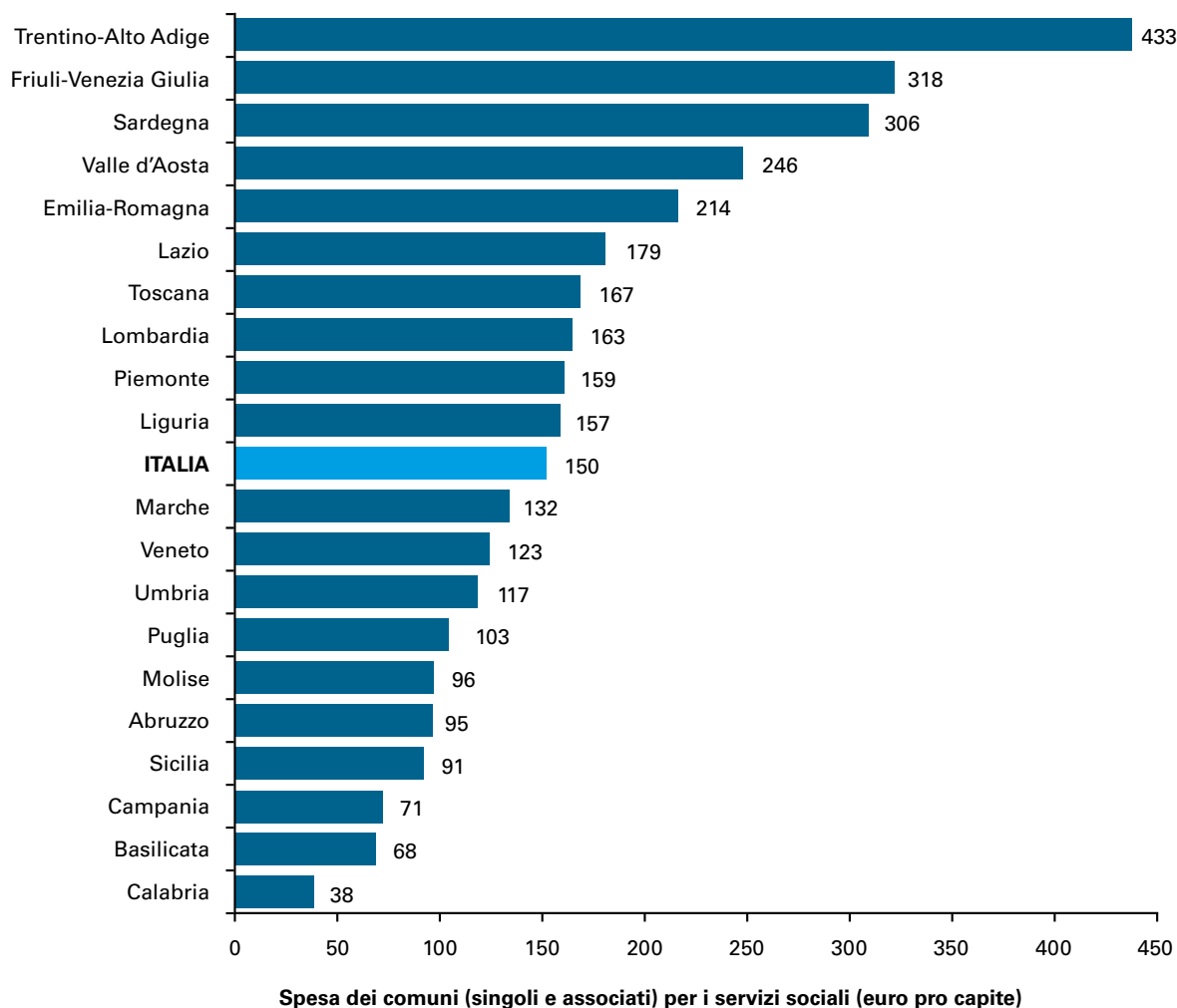
Va qui ricordato che la spesa comunale relativamente bassa del Veneto dipende in parte dal regime di maggiore integrazione con i servizi sanitari che assicurano prestazioni non finanziate dai comuni singoli o associati.

Figura 2. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (euro pro capite), per ripartizione geografica, 2013-2022



Fonte: elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Figura 3. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (euro pro capite), per regione, 2022



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

4.2. Le tipologie di spesa e le aree di utenza

Nel 2022 il 40,1% della spesa dei comuni per i servizi sociali è utilizzata per interventi e servizi, il 32,2% viene assorbita dalle strutture, mentre la restante parte (c.ca 28%) è costituita dai trasferimenti in denaro (Figura 4).

Tale composizione percentuale è stata piuttosto stabile negli anni fino al 2020, quando, in rispo-

sta all'emergenza Covid-19, si è registrato un balzo improvviso della spesa erogata sotto forma di trasferimenti in denaro, aumentati rispetto all'anno precedente del 22,7% (Figura 5). Nel 2021 si ripristinano le proporzioni tra le tre voci di spesa, con differenze che si ampliano in modo evidente nel 2022: le spese per gli interventi e servizi si attestano a 3,56 miliardi di euro, seguono le spese per le strutture a 2,85 miliardi di euro e i trasferimenti in denaro a 2,46 miliardi.

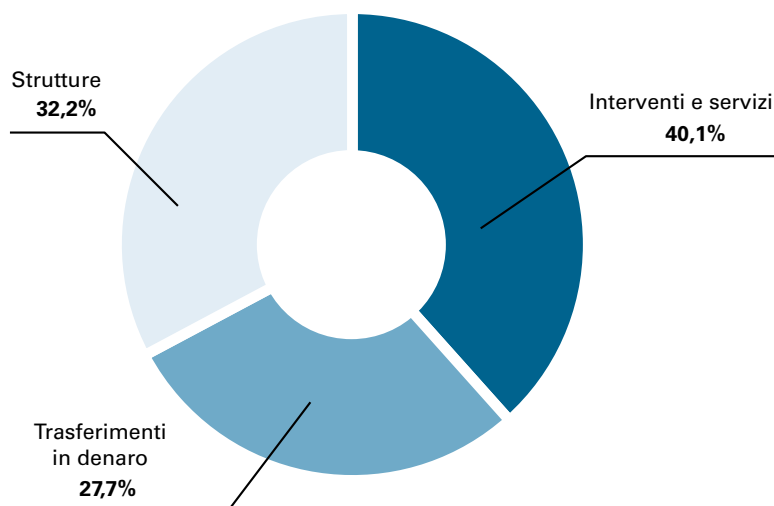
Nel periodo analizzato, ossia il 2013-2022, le spese dei comuni per i servizi sociali hanno un andamento differente anche in base all'area di utenza alla quale sono indirizzati.

Come prima anticipato, a livello complessivo la variazione percentuale della spesa è pari al 29,2%, ma varia da un minimo del -16,9% nel caso delle dipendenze da alcol e droga, fino ad un massimo di circa il +126% per gli immigrati, i Rom, i Sinti e i Caminanti. Da rilevare anche la variazione della spesa sociale per la

povertà ed il disagio degli adulti e senza dimora, che è balzata improvvisamente sopra i 900 milioni di euro a partire dal 2020, raddoppiando rispetto all'anno precedente, per poi stabilizzarsi nel 2022 a quota 800 milioni di euro (Tabella 1).

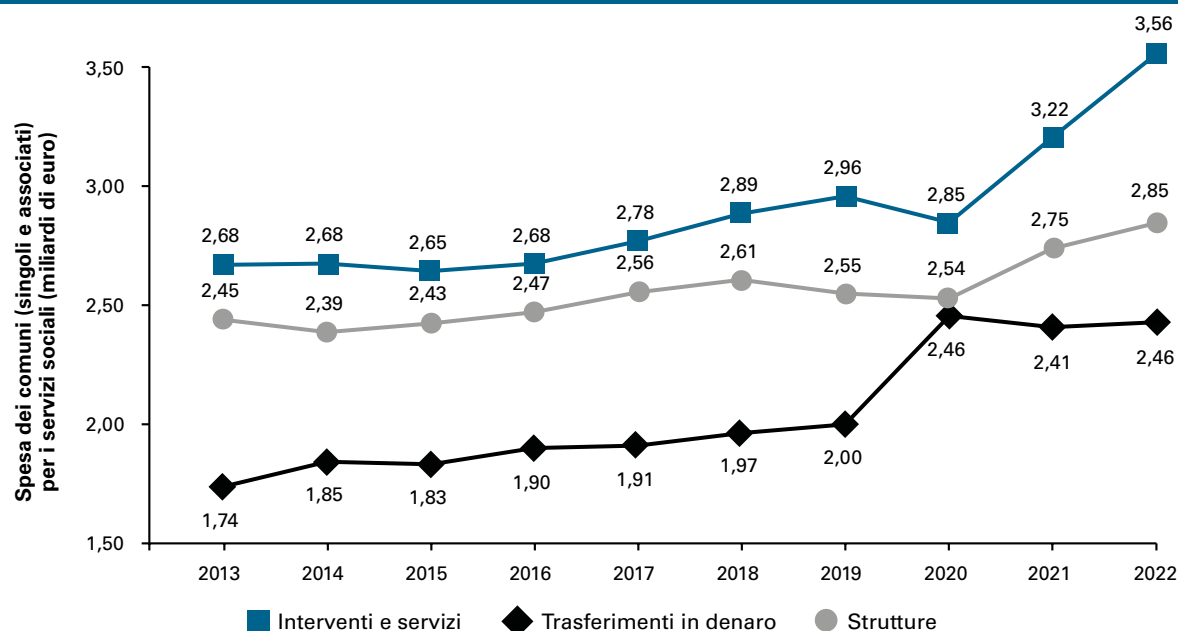
Si evidenzia, infine, un preoccupante decremento della spesa per anziani, pari al -2,3% nel periodo di tempo esaminato, un dato in controtendenza con il progressivo invecchiamento della popolazione in Italia.

Figura 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali, per tipologia di spesa, 2022



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Figura 5. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (miliardi di euro), per tipologia di spesa, 2013-2022



Fonte: elaborazioni IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Tabella 1. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (milioni di euro), per area di utenza, 2013-2022

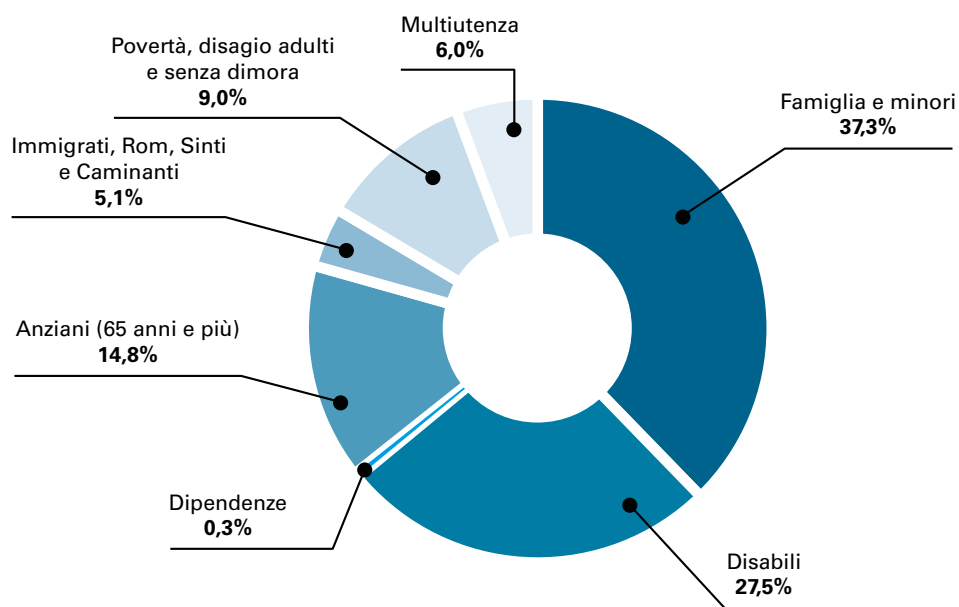
Area di utenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Var. % 2013/2022
Famiglia e minori	2.684	2.669	2.670	2.732	2.763	2.837	2.860	2.898	3.161	3.308	23,3%
Disabili	1.724	1.742	1.761	1.796	1.875	2.005	2.087	1.963	2.201	2.441	41,6%
Dipendenze	32	29	26	27	25	25	23	21	25	27	-16,9%
Anziani (65 anni e più)	1.341	1.359	1.277	1.239	1.304	1.288	1.267	1.245	1.260	1.309	-2,3%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	200	247	282	339	348	352	330	337	350	452	125,7%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	492	488	513	535	536	563	555	959	902	800	62,6%
Multiutenza	390	386	383	387	398	401	401	425	477	528	35,3%
Totale	6.863	6.919	6.912	7.055	7.248	7.472	7.522	7.848	8.376	8.865	29,2%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, anni vari

Le variazioni percentuali relative alle dipendenze, agli immigrati e alla povertà sono di grande entità, ma di fatto si riferiscono ad aree di utenza che non rappresentano i principali *target* di intervento delle spese dei comuni. Nel 2022, in-

fatti, le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (37,3%), alle persone con disabilità (27,5%) e agli anziani (14,8%), ossia ai residenti che abbiano compiuto almeno 65 anni di età (Figura 6).

Figura 6. Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali, per area di utenza, 2022



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

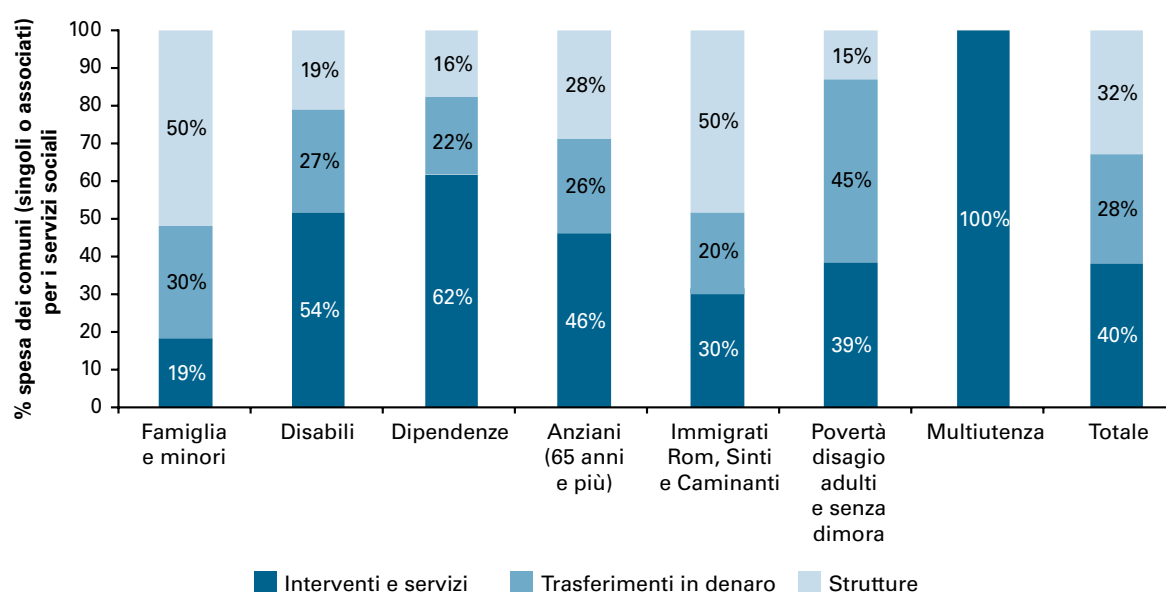
Questa evidenza appare poco differenziata a livello territoriale (Tabella 2): in particolare, il Nord mostra percentuali quasi sovrapponibili alla media nazionale ed il Centro si discosta maggiormente rispetto alla media italiana nell'area famiglie/minori (38,9% della spesa contro il 37,3%). Il Mezzogiorno, invece, si differenzia dal resto del Paese soprattutto per le spese destinate alle persone con disabilità e all'area povertà, facendo registrare le percentuali più alte rispetto alle altre ripartizioni geografiche: per la disabilità concentra il 32,4% delle spese, contro circa il 26-27% del Nord e del Centro, mentre per la povertà concentra il 10,5% delle spese contro una media di circa l'8% del resto dell'Italia.

Incrociando i dati delle tipologie di spesa (interventi e servizi/trasferimenti in denaro/strutture) per area di utenza emerge come (Figura 7) la metà della spesa per famiglie e minori e immigrati sia dedicata alle strutture; situazione diversa per disabili, dipendenze e anziani, aree di utenza per le quali la quota più ampia delle risorse si concretizza in interventi e servizi. Per la povertà il 45% delle risorse è erogato sotto forma di trasferimenti di denaro.

Tabella 2. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per area di utenza e ripartizione geografica, 2022

Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Famiglia e minori	1.864.809.628	751.449.363	691.688.017	3.307.947.008
Disabili	1.270.659.710	528.817.191	641.241.216	2.440.718.117
Dipendenze	14.035.012	7.245.024	5.509.682	26.789.718
Anziani (65 anni e più)	816.638.060	270.691.362	222.079.462	1.309.408.884
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	250.157.058	84.004.967	118.042.234	452.204.259
Povertà, disagio adulti e senza dimora	434.996.189	156.769.632	207.853.770	799.619.591
Multiutenza	304.141.340	130.591.208	93.277.814	528.010.362
Totale	4.955.436.997	1.929.568.747	1.979.692.195	8.864.697.939
Area di utenza	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Famiglia e minori	37,6%	38,9%	34,9%	37,3%
Disabili	25,6%	27,4%	32,4%	27,5%
Dipendenze	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%
Anziani (65 anni e più)	16,5%	14,0%	11,2%	14,8%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	5,0%	4,4%	6,0%	5,1%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	8,8%	8,1%	10,5%	9,0%
Multiutenza	6,1%	6,8%	4,7%	6,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Figura 7. Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali, per area di utenza e tipologia di spesa, 2022


Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

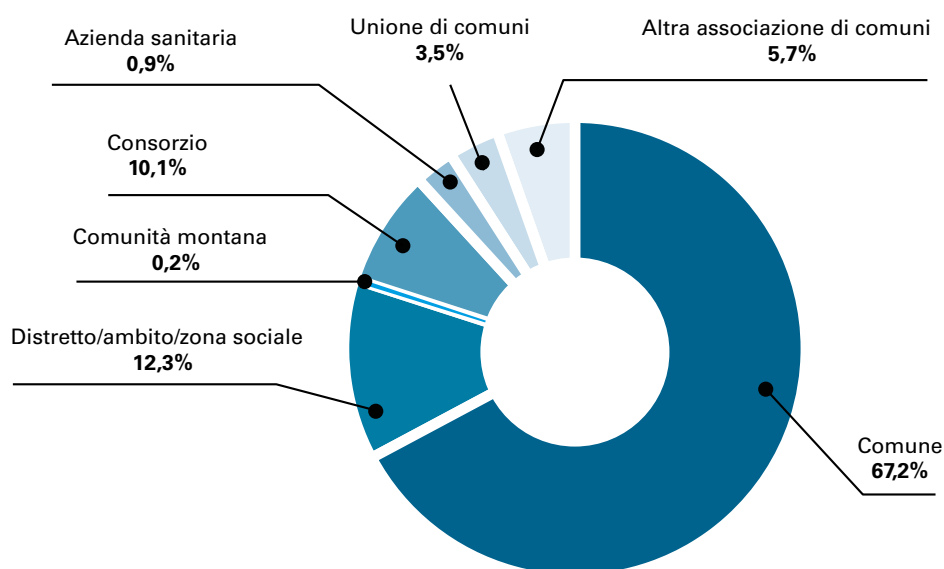
4.3. Gli enti gestori

Degli oltre 8,8 miliardi di euro di spese dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali nel 2022, 5,96 miliardi sono gestiti direttamente dall'amministrazione comunale (Figura 8). Si tratta a livello nazionale del 67,2% del totale.

La seconda tipologia di ente gestore è il distretto/ambito/zona sociale, con 1 miliardo di euro, pari al 12,3% della spesa.

Tali percentuali differiscono lievemente per ripartizione geografica (Tabella 3): si segnala in particolare come nel Centro cresca la quota di spesa gestita dai comuni, che raggiunge il 75,8%, mentre nel Mezzogiorno spicca il 26,1% della spesa sociale in capo a distretti/ambiti/zone sociali. Il Nord differisce dalle altre due ripartizioni per la percentuale più elevata di spesa sociale gestita da unioni di comuni (5,5%) ed altre associazioni comunali (9,6%).

Figura 8. Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali, per tipologia di ente gestore, 2022



Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

Tabella 3. Spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali (valori assoluti e percentuali), per tipologia di ente gestore e ripartizione geografica, 2022

Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	Euro			
Comune	3.040.874.410	1.463.399.232	1.454.710.835	5.958.984.477
Distretto / Ambito / Zona sociale	427.694.896	145.220.606	517.204.644	1.090.120.146
Comunità montana	9.631.705	12.173.722	0	21.805.427
Consorzio	673.490.619	220.281.381	4.021.320	897.793.320
Azienda sanitaria	54.677.298	27.152.980	0	81.830.278
Unione di comuni	271.176.088	35.048.432	3.755.396	309.979.916
Altra associazione di comuni	477.891.981	26.292.394	0	504.184.375
Totale	4.955.436.997	1.929.568.747	1.979.692.195	8.864.697.939
Ente gestore	Nord	Centro	Mezzogiorno	Italia
	% di colonna			
Comune	61,4%	75,8%	73,5%	67,2%
Distretto / Ambito / Zona sociale	8,6%	7,5%	26,1%	12,3%
Comunità montana	0,2%	0,6%	0,0%	0,2%
Consorzio	13,6%	11,4%	0,2%	10,1%
Azienda sanitaria	1,1%	1,4%	0,0%	0,9%
Unione di comuni	5,5%	1,8%	0,2%	3,5%
Altra associazione di comuni	9,6%	1,4%	0,0%	5,7%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025

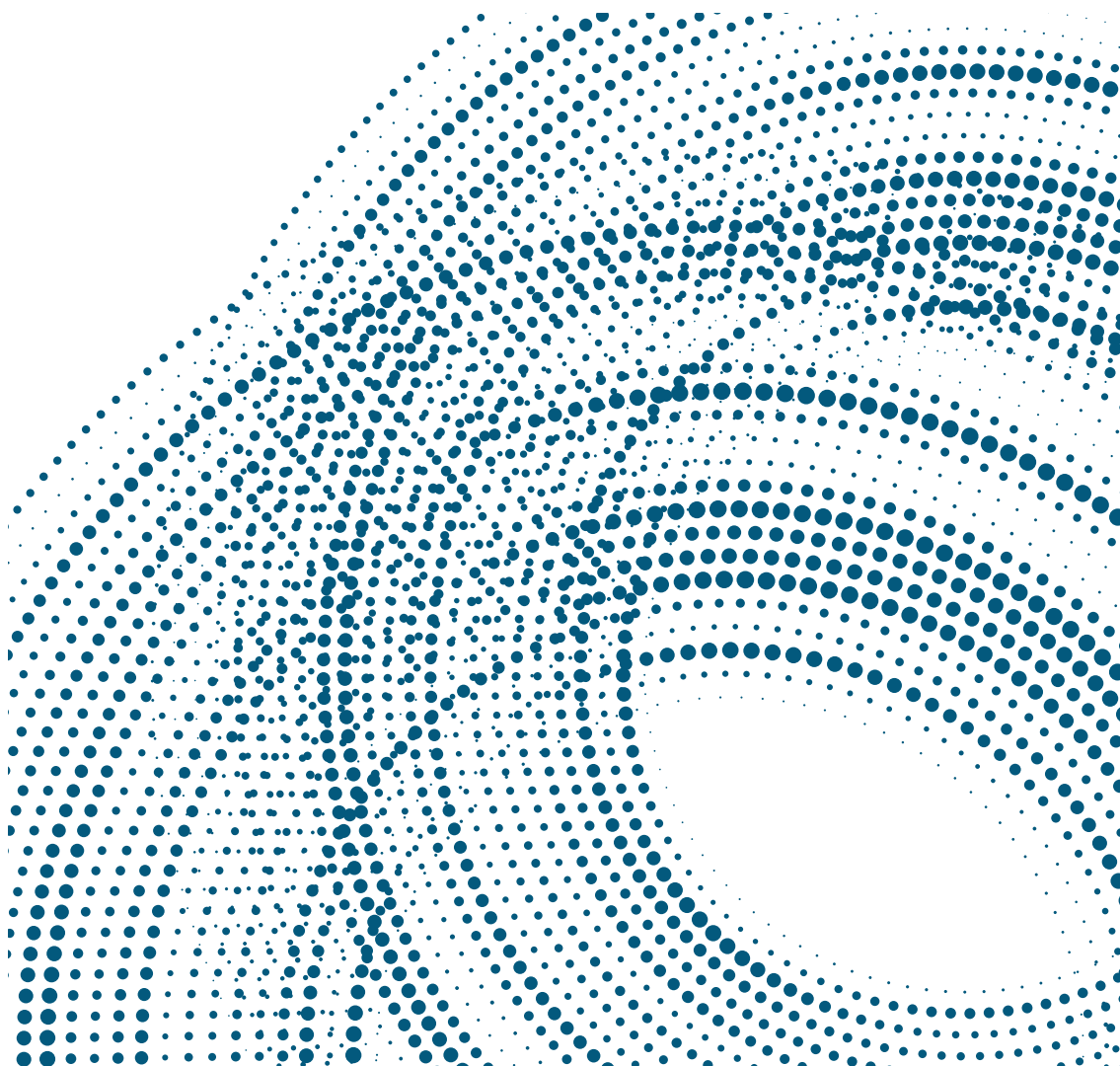
Analizzando la distribuzione delle spese sociali per aree di utenza tra le diverse tipologie di enti gestori (Tabella 4) spicca l'alto coinvolgimento diretto dei comuni per gli immigrati (83,1%) e per le famiglie (77,5%), così come quello dei distretti/ambiti/zone sociali e dei consorzi per l'area disabili (circa il 15% in entrambi i casi) e gli anziani (14,8% e 11,8% rispettivamente).



Tabella 4. Composizione percentuale della spesa dei comuni (singoli e associati) per i servizi sociali, per tipologia di ente gestore e area di utenza, 2022								
Area di utenza	Comune	Distretto / Ambito / Zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
Famiglie e minori	77,5%	9,0%	0,1%	5,9%	0,2%	3,4%	3,9%	100,0%
Disabili	59,4%	14,8%	0,3%	15,1%	2,4%	2,8%	5,0%	100,0%
Dipendenze	62,2%	14,1%	0,4%	8,8%	1,2%	3,8%	9,5%	100,0%
Anziani	52,7%	14,8%	0,2%	11,8%	0,9%	4,7%	14,9%	100,0%
Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti	83,1%	7,0%	0,4%	5,8%	0,0%	2,6%	1,0%	100,0%
Povertà, disagio adulti e senza dimora	67,3%	14,1%	0,1%	10,4%	0,3%	3,5%	4,3%	100,0%
Multiutenza	61,7%	16,8%	0,5%	12,5%	0,2%	5,0%	3,3%	100,0%
Totale	67,2%	12,3%	0,2%	10,1%	0,9%	3,5%	5,7%	100,0%
Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Istat, 2025								

Capitolo 5

Le Missioni 5 e 6 del PNRR.
Stato dell'arte un anno prima
della chiusura del Piano





5.1. L'avanzamento finanziario delle Missioni 5 e 6 del PNRR

Secondo gli ultimi dati Italia Domani pubblicati ad agosto 2025 e relativi all'avanzamento di spesa del PNRR alla data del 31 maggio 2025, dei 194,4 mld di euro di dotazione finanziaria

del PNRR italiano il 38,2% risulta speso (Tabella 1). In particolare, la Missione 5 "Inclusione e coesione", che ha un *budget* di 16,9 miliardi di euro, registra un avanzamento di spesa pari al 24,5%, mentre la Missione 6 "Salute", con una dotazione di 15,6 miliardi, si attesta al 27,6%.

Tabella 1. Spesa del PNRR (miliardi di euro) in Italia, per Missione, 31 maggio 2025

Missione	Budget totale in miliardi di euro (a)	Spesa dichiarata PNRR in miliardi di euro (b)	Avanzamento finanziario (b/a)
M1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura	41,4	21,3	51,4%
M2 - Rivoluzione verde e transizione ecologica	55,5	21,6	39,0%
M3 - Infrastrutture per una mobilità sostenibile	23,7	9,6	40,3%
M4 - Istruzione e ricerca	30,0	13,1	43,5%
M5 - Inclusione e coesione	16,9	4,1	24,5%
M6 - Salute	15,6	4,3	27,6%
M7 - REPowerEU	11,2	0,3	2,8%
Totale	194,4	74,3	38,2%

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Italia Domani pubblicati il 4 agosto 2025

In termini di progetti, la Missione 5 conta circa 20.500 interventi, con un finanziamento PNRR⁽¹⁾ pari a circa 11,4 miliardi di euro (Tabella 2). Le assegnazioni più significative si rilevano all'interno della Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", ed in particolare in corrispondenza delle Misure "Programma innovativo della qualità dell'abitare" (2,7 miliardi di euro) ed "Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale" (2 miliardi di euro).

La Missione 6 conta invece 10.100 interventi, con un finanziamento PNRR pari a 14,5 miliardi di euro (Tabella 3), di cui 6,9 miliardi per la Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e oltre 7,5 miliardi di euro per la Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario". Le Misure con le assegnazioni maggiori riguardano la "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" (3,9 miliardi di euro su 949 interventi, per un importo medio a progetto pari a 4,1 milioni di euro) e l'"Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" (4 miliardi di euro su oltre 4.700 progetti, per una taglia finanziaria media ad intervento pari a circa 850mila euro).

¹ Al netto di ulteriori cofinanziamenti (es. finanziamenti statali, FOI, degli enti locali, PNC e altri pubblici).

Tabella 2. I progetti e i finanziamenti PNRR, Missione 5, per Componente e Misura, 30 giugno 2025

Componente e Misura	N. progetti	Finanziamento PNRR (euro)
M5C1 - Politiche per il lavoro	11.535	2.802.633.762
ALMPs e formazione professionale	4.337	1.400.776.060
Creazione di imprese femminili	2.461	391.074.553
Potenziamento dei Centri per l'Impiego (PES)	471	309.086.593
Servizio civile universale	1.102	385.736.413
Sistema di certificazione della parità di genere	1.247	7.125.658
Sistema duale	1.917	308.834.484
M5C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore	7.537	7.885.762.786
Housing First e stazioni di posta	494	411.524.924
Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale	2.073	2.000.000.000
Percorsi di autonomia per persone con disabilità	612	388.251.824
Piani urbani integrati	609	1.172.000.000
Progetto sport e inclusione sociale	1.841	694.971.342
Programma innovativo della qualità dell'abitare	961	2.730.621.852
Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione	947	488.392.844
M5C3 - Interventi speciali per la coesione territoriale	1.406	709.029.802
Interventi socio-educativi strutturati per combattere la povertà educativa nel Mezzogiorno a sostegno del Terzo Settore	458	105.974.198
Investimenti infrastrutturali per le Zone Economiche Speciali (ZES)	56	584.500.000
Strategia nazionale per le aree interne	892	18.555.605
Totale M5	20.478	11.397.426.350

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Italia Domani pubblicati il 4 agosto 2025

Tabella 3. I progetti e i finanziamenti PNRR, Missione 6, per Componente e Misura, 30 giugno 2025

Componente e Misura	N. progetti	Finanziamento PNRR (euro)
M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	2.792	6.960.066.758
Casa come primo luogo di cura e telemedicina	949	3.960.116.810
Case della Comunità e presa in carico della persona	1.415	1.999.953.084
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	428	999.996.864
M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario	7.308	7.551.607.974
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4.718	4.007.663.830
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	268	1.397.756.412
Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	1.858	520.164.739
Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	266	737.555.712
Verso un ospedale sicuro e sostenibile	198	888.467.281
Totale M6	10.100	14.511.674.732

Fonte: elaborazione IFEL-Area Studi e Statistiche Territoriali su dati Italia Domani pubblicati il 4 agosto 2025

5.2. La casa come primo luogo di cura

Tra meno di un anno i progetti legati al PNRR dovranno essere portati a conclusione. Ciò non vuol dire che non ci sarà più tempo per concludere alcune fasi già avviate, ma la parte più importante ed evidente dei progetti e delle riforme definite dovrà essere patrimonio acquisito.

Le previsioni Istat sulla situazione demografica del nostro Paese⁽²⁾ vedono entro il 2050 la quota di anziani di 65 anni e più salire al 34,6% (dal 24,3% del 2024) e quella di individui di 15-64 anni scendere al 54,3% (dal 63,5%); inoltre, le persone sole con 65 anni e più che nel 2024 ammontano a 4,6 milioni, nei prossimi anni sono destinate a crescere in misura consistente fino a pervenire nel 2050 a 6,5 milioni.

In considerazione di queste previsioni appare importante concentrarsi, tra le altre, sulla Componente 1 della Missione 6 "Salute", ossia "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", ed in particolare sull'Investimento "Casa come primo luogo di cura e telemedicina".

Nell'ultimo monitoraggio che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha condotto sulla Missione 6, sulla Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", che si fonda sul principio della "casa come primo luogo di cura", è stato dedicato un focus specifico sull'assistenza domiciliare⁽³⁾.

2 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie-base-1-1-2024/>

3 <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi>

L'obiettivo principale dell'intervento è il potenziamento delle cure domiciliari nella popolazione *over65* e l'investimento si propone di aumentare le prese in carico degli assistiti con prestazioni erogate a domicilio, fino a raggiungere, entro dicembre 2025, la presa in carico di almeno 1.487.590 pazienti con più di 64 anni di età, corrispondenti al 10% della popolazione anziana (in linea con le migliori prassi europee), rispetto a una media del 5% rilevata nel 2019, pari a 645.590 assistiti *over65*.

AGENAS comunica che, dal Monitoraggio 2024 (rilevato a marzo 2025), a livello nazionale il numero di assistiti *over65* ha superato il *target* previsto, con una percentuale di raggiungimento pari al 119,2% rispetto al valore atteso. Infatti, sono stati presi in carico 1.546.443 assistiti *over65*, a fronte di un obiettivo di 1.401.144. Già nel 2024, quindi, la percentuale di popolazione *over65* presa in carico con una o più prestazioni erogate nell'anno di riferimento risulta pari al 10,9%. Nel 2025 si prevede quindi di poter confermare o migliorare il risultato 2024, che di fatto evidenzia il raggiungimento anticipato dell'obiettivo minimo previsto dal PNRR (Target M6C1-6).

Tuttavia, se i numeri denotano un incremento soddisfacente rispetto alle medie precedenti, agli obiettivi fissati e al confronto con i Paesi europei, resta qualche dubbio sull'effettiva incidenza che questa misura può avere – così come attivata – nei confronti di una moltitudine di anziani che non riescono e non riusciranno ad accedere a questo tipo di intervento a domicilio. Intervento che, va detto, più di altri deve trovare spesso l'intersezione con le competenze sociali dei comuni (a meno di intendere la "I" dell'ADI come una integrazione autoreferenziale all'interno delle cure sanitarie).

Va poi sottolineato il riferimento alle prestazio-

ni («una o più prestazioni erogate nell'anno di riferimento») che definisce una modalità di intervento al bisogno, su richiesta e in relazione ad una lista di attesa. Un approccio lontano da un auspicato monitoraggio, dalla cura costante del soggetto *over65* che si presume essere, in buona parte dei casi, pluri-patologico e in stato di fragilità.

Nella definizione "casa come primo luogo di cura" sono insiti molti aspetti che hanno a che vedere con il concetto esteso di salute dato dall'OMS nel 1948, ovvero come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» e non solo l'assenza di malattia o infermità.

Il domicilio è la prima porzione di vita quotidiana in cui lo stato di salute si definisce perché questo, come si vedrà successivamente, va esteso al territorio, al comune, alla vita quotidiana (attraverso quello che viene definito un approccio *One Health*).

L'idea di prossimità – che pure deve ancora concretizzarsi in gran parte del nostro Paese, basti pensare alle aree interne – è una idea che avvicina la sanità al cittadino, che rende più fruibili i servizi principali ad un maggior numero di cittadini. Ma quasi sempre si tratta di un cittadino in grado di muoversi, in grado di portare con sé informazioni e indicazioni che riguardano il suo stato di salute, siano esse cartacee o digitali (nonostante un avvio a macchia di leopardo del Fascicolo Sanitario Elettronico).

Per quanto la prossimità resti comunque un limite difficile da raggiungere, il domicilio rimane il primo luogo di cura. E lo è ancora di più – indipendentemente dall'età e dalla fragilità dell'individuo – se si pensa come il luogo che rivela informazioni sullo stato di salute della persona e, se c'è, della sua famiglia. E non a caso il medico di medicina generale è chiamato anche medico

di famiglia, visto che con una visita a casa può valutare diverse informazioni, anche di natura socio-economica, che concorrono alla definizione dello stato di salute del suo assistito.

La casa è, per certi versi, un insieme di indicatori di salute, perché su questa si concentrano numerosi aspetti sociali che fanno della casa un luogo di cura (in senso lato) o, a volte, un luogo "drammatico". Un luogo dove si consumano violenza, disperazione per assenza di sollievo da condizioni di assistenza H24 ai familiari, di disagio mentale misconosciuto, di solitudine assoluta e non solo. Condizioni drammatiche non censite che definiscono un'area grigia di popolazione sulla quale esiste una conoscenza limitata all'anagrafica e che emerge a volte solo nelle pagine di cronaca.

La casa è dove, come e con chi viviamo e caratterizza il nostro essere al mondo e le nostre fragilità.

Nella definizione di "casa come primo luogo di cura" bisognerebbe – soprattutto considerando lo stato demografico attuale della maggioranza della popolazione – riconquistare il significato originario del termine "cura", che in latino è legato alla sollecitudine, alla preoccupazione, alla curiosità per qualcuno. Oggi la cura è diventata sempre più la somma di trattamenti, prestazioni e somministrazioni riferite ad un soggetto chiamato paziente e non una condizione soggettiva di sollecitudine e di preoccupazione verso una persona.

Questo "ritorno" al significato originario comporta, però, un cambio totale del paradigma della cura, che non è (solo) erogazione di attività sanitarie. Perché è evidente a tutti che, in generale, in Italia la qualità delle prestazioni sanitarie erogate nelle strutture sanitarie in senso

stretto (ospedali) ha ormai raggiunto un livello di capacità professionali e di disponibilità tecnologiche impensabili anche solo 50 anni fa. Ma in 50 anni è cambiata la popolazione e deve cambiare la tipologia di prestazioni sanitarie, e soprattutto sociali, necessarie per avere cura di una popolazione diversa.

È necessario quindi un cambiamento che coinvolge non solo vari livelli organizzativi ma anche il modo di intendere e formare i profili professionali necessari poiché anche con l'ausilio della telemedicina, provando ad accorciare le distanze tra assistito e professionista dal punto di vista delle prestazioni, resta comunque un vuoto di relazione assolutamente necessario in un contesto descrivibile come una moltitudine di solitudini.

Il rischio di isolamento sociale degli anziani

Nelle sue previsioni sulla popolazione residente, l'Istat conta che nel 2024 le persone sole con 65 anni e più ammontano a 4,6 milioni e che negli anni a venire sono destinate a crescere in misura consistente, fino a pervenire nel 2050 a 6,5 milioni. L'isolamento sociale può incidere notevolmente sulla qualità della vita e, oltre a condizionare gli aspetti della vita di relazione, può compromettere le attività quotidiane e il soddisfacimento delle principali necessità. Per stimare il rischio di isolamento sociale fra le persone ultra 65enni, la sorveglianza PASSI d'Argento⁽⁴⁾ dell'Istituto Superiore di Sanità fa riferimento sia alla frequentazione di punti di incontro e aggregazione (centro anziani, parrocchia,

4 <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/isolamento>

circoli o associazioni culturali o politiche) sia al solo fare “quattro chiacchiere” con altre persone. Si considera a rischio di isolamento sociale la persona che in una settimana normale non ha svolto nessuna di queste attività. Nel biennio 2023-2024, il 73% degli intervistati riferisce di non aver frequentato alcun punto di aggregazione, il 15% dichiara che, nel corso di una settimana normale, non ha avuto contatti, neppure telefonici, con altre persone e complessivamente il 14% degli intervistati riferisce di non aver fatto né l’una né l’altra cosa e ha quindi vissuto in una condizione a rischio di isolamento sociale. Tale condizione sembra più frequente fra i residenti nelle regioni meridionali che nel resto del Paese (19% vs 11% nel Centro e 10% nel Nord).

La solitudine, il ritiro sociale o l’impossibilità di passare del tempo con le altre persone sono causa di parecchi disturbi psichici e molte sono le evidenze scientifiche su come l’isolamento sociale abbia un’influenza negativa per l’invecchiamento in salute. Le attività di socializzazione rappresentano infatti un elemento protettivo rispetto allo sviluppo di patologie neurodegenerative e contrastano il decadimento cognitivo in quanto permettono di ricevere maggiori stimoli a livello cognitivo e di mantenere un migliore tono dell’umore.

5.3. Perché non decolla la prossimità

Le cure di prossimità, come quella a domicilio più in particolare, da sempre peccano di una adeguata diffusione e di una evidente riconoscibilità da parte dei cittadini (non foss’altro

perché la “H” di ospedale è visibile e indicata già all’entrata di ogni città). Si potrebbe dire che le modalità con cui si manifestano ai cittadini i servizi di prossimità sono troppo lente e, a volte, vuote, per essere una realtà presente e pervasiva come invece dovrebbe essere (anche in ragione delle diverse tipologie di strutture che con il DM 77 si sta faticosamente provando a mettere in campo).

L’ultimo report di AGENAS⁽⁵⁾ sul monitoraggio dello stato di attuazione del DM 77 riguardo all’individuazione, alla costruzione e all’attivazione delle diverse strutture (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali), se da una parte rende conto di un immenso lavoro in corso, atto a raggiungere gli obiettivi fissati con il PNRR, dall’altra deve fare i conti con il “riempire” di senso e significato le attività edilizie che a macchia di leopardo sul Paese prendono corpo.

Nei decenni passati quasi ogni comune, anche quelli relativamente meno popolosi, aveva il suo piccolo ospedale che rispondeva alle esigenze del periodo. Nel frattempo, la medicina, l’interventistica e ogni aspetto sanitario si sono specializzati e una sanità di eccellenza deve necessariamente concentrarsi in alcune strutture dedicate. Non solo, alcuni dei piccoli e storici ospedali, anche per la ridotta attività sanitaria (derivante in parte dalla maggiore capacità dei cittadini di orientarsi nella scelta della struttura qualitativamente migliore e sicura dove curarsi), vengono poco utilizzati e via via chiusi (con la promessa di una successiva riconversione e riorganizzazione territoriale).

⁵ AGENAS, “Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 - I semestre 2025” https://www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf

Nel 2015 il DM 70⁽⁶⁾, il regolamento che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza ospedaliera in Italia, dà il via ad una riorganizzazione della rete ospedaliera promuovendo un sistema di alta qualità, basato sull'evidenza e centrato sui bisogni del paziente, con strumenti come il governo clinico. Il DM 70/2015 riorganizza l'esistente e rende a tutti evidente una rete ospedaliera di eccellenza. Resta pressoché scoperta l'area della prossimità, delle cure sanitarie esigibili sul territorio, vicino casa.

Nel 2022, sette anni dopo, con il DM 77, complice la pandemia che ha esacerbato l'assenza o, meglio, la trasparenza delle strutture sanitarie territoriali, si mette mano alla codifica delle stesse. Ma nel frattempo è cambiata la società, sono cambiati – nelle competenze e nel numero – i professionisti e, soprattutto, date le caratteristiche orografiche della Penisola, quello che viene definito intorno ad un tavolo con tutte le migliori intenzioni, spesso non collima con le necessità locali.

Un esempio sono le Case della Comunità che sono pensate per essere posizionate e disponibili nei loro servizi (funzionando come punto di accesso unico per i cittadini per bisogni sanitari e sociosanitari) ogni 40.000-50.000 abitanti. Numeri troppo grandi, anche nel formato *spoke*, per la maggior parte delle aree del Paese.

Se si prendono, ad esempio, le aree interne del Paese (quelle aree caratterizzate da una significativa distanza dai principali centri di offerta di servizi, in particolare quelli relativi all'istruzione, alla mobilità e ai servizi sociosanitari) nell'ulti-

ma revisione⁽⁷⁾ per il ciclo di programmazione 2021-2027, nel Piano Strategico Nazionale delle Aree Interne - PSNAI dello scorso luglio 2025⁽⁸⁾, i comuni classificati nelle ultime tre fasce, ossia intermedi, periferici e ultra-periferici, sommano 3.834 e costituiscono poco meno della metà dei comuni italiani, il 48,5% del totale.

Comuni che contano da poche decine di residenti a qualche migliaio di abitanti e che, soprattutto in aree montuose, per coprire i numeri richiesti per l'istituzione di una Casa di Comunità, dovrebbero prendere in considerazione superfici troppo vaste costringendo gli abitanti delle frazioni più remote, ormai per lo più anziani, a recarsi in strutture che sarebbero, a questo punto, comunque poco raggiungibili e prossime, considerata la struttura viaria.

Le farmacie rurali

Nella Missione 5 "Inclusione e Coesione" – Componente 3, Investimento 2 "Strutture sanitarie di prossimità territoriale" sono previsti contributi a fondo perduto finalizzati al consolidamento delle farmacie rurali, un'opportunità di grande rilievo per i piccoli comuni e le aree interne. Non va dimenticato, infatti, che le farmacie sono il presidio sanitario maggiormente diffuso sul territorio e questa iniziativa mira a rafforzare il ruolo delle farmacie come presidi sanitari locali, specialmente nelle aree meno servite, nei comuni con meno di 5.000 abitanti. Il contributo

6 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.ministeriale:2015;70~art1!vig=>

7 <https://politichecoesione.governo.it/it/politica-di-coesione/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/strategia-nazionale-aree-interne-snai/le-aree-interne-2021-2027/>

8 https://politichecoesione.governo.it/media/jhld12qn/psnai_finale_30072025_clean_ministro.pdf

è stato pensato per interventi in tre aree strategiche:

- ottimizzazione dell'efficace dispensazione del farmaco;
- partecipazione alla presa in carico del paziente cronico;
- prestazione di servizi di primo e secondo livello, operabile anche nell'ambito di assistenza domiciliare e telemedicina.

La pervasività delle farmacie in tutto il Paese, la normativa sollecitata proprio dai farmacisti che promuove la Farmacia dei servizi⁽⁹⁾ e l'accelerazione data dal Covid-19, hanno contribuito a rafforzare un luogo di riferimento e di confidenza importante per tutta la popolazione che può diventare nodo di raccolta e distribuzione di *input* nella rete di prossimità.

Nel documento dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio "Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale" si analizzano i dati del monitoraggio effettuato da AGENAS sulle strutture previste dal DM 77 in via di definizione. Per quanto riguarda le Case di Comunità si legge che: «A livello nazionale, solo nel 3 per cento delle strutture identificate dalla programmazione regionale sarebbero presenti tutti i servizi obbligatori in base agli standard dell'assistenza sanitaria territoriale, inclusa la presenza medica e infermieristica. Nel 9 per cento dei casi è stata dichiarata attiva la presenza medica secondo gli standard del DM 77/2022, nel 7 per

cento quella infermieristica e nel 7 per cento i servizi obbligatori a eccezione della presenza medica e infermieristica. [...] Nelle Regioni del Mezzogiorno, con l'eccezione del Molise, e nelle Regioni a statuto speciale del Nord la percentuale di strutture assimilabili a CdC con servizi attivi risulta molto bassa o nulla»⁽¹⁰⁾.

Il DM 77/2022 rappresenta uno dei più grandi cambiamenti organizzativi e non solo del SSN perché deve confrontarsi con l'abitare dei cittadini, con le loro necessità di salute meno urgenti ma non per questo meno importanti.

Nell'esame dell'andamento della realizzazione delle strutture previste dal DM 77/2022 sul territorio emergono varie criticità, più o meno sottolineate nei diversi studi elaborati da soggetti istituzionali e non.

La carenza di personale è forse la principale criticità poiché la difficoltà è non solo nel reperire e formare il personale necessario (soprattutto infermieri e medici di base) per il pieno funzionamento delle nuove strutture come le case e gli ospedali di comunità, ma incide anche una diffusa preoccupazione che riguarda l'ineadeguatezza dei finanziamenti perché, chiuso il PNRR, c'è il tema della sostenibilità dei costi per la gestione delle nuove strutture e del personale necessario. Su quest'ultimo, inoltre, aleggia anche il tema della perdita di attrattività di molte figure professionali sanitarie, che riguarda anche le strutture ospedaliere (che fino a qualche anno fa avevano una posizione di maggiore richiamo). Un problema che rischia di aggravarsi negli anni poiché la scarsa attrattività del Servizio Sanitario Nazionale sta portando

9 Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69", <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2009-10-03;153>

10 Ufficio Parlamentare di Bilancio, "Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale", Focus tematico n. 3, 22 maggio 2025, https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf

a un numero insufficiente di iscritti alle facoltà di medicina e infermieristica, il che rende, e renderà, difficile il reperimento del personale qualificato.

Un'altra criticità, accennata sopra, riguarda l'adozione di modelli inadatti alle specificità locali e, in particolare sembra che il modello di assistenza territoriale sia stato progettato prevalentemente su contesti del Nord Italia, e le regioni del Sud presentano disuguaglianze nella disponibilità di strutture e servizi che non sono ancora state superate.

Nonostante i numerosi passi avanti, la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione in molti settori è in una fase preliminare e questo rende difficile il raggiungimento degli obiettivi del PNRR in generale e, più in particolare, la possibilità che il sistema si organizzi intorno ai bisogni di natura sociale e/o sanitaria del cittadino scambiandosi informazioni aggiornate sullo stesso.

Il grande Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha fissato *target*, *milestone*, obiettivi da monitorare per arrivare nel 2026 avendo realizzato quanto definito e quanto indicato dalle riforme che il PNRR stesso richiedeva. Tenuti fermi i diritti da garantire ad ogni cittadino in qualunque comune si trovi, va adottata una flessibilità delle strutture, che devono rispondere e devono essere adeguate alle esigenze di prossimità e di qualità della specifica realtà sociale e geografica. È necessario esercitare creatività: una volta compresi i bisogni, le specifiche condizioni, l'epidemiologia di una certa popolazione, occorre individuare le strutture, i professionisti e le tecnologie necessari a mantenere quella popolazione in salute sollevandola dalle paure e dalle incertezze.

5.4. Le Botteghe della Comunità: uno sforzo di creatività

Le Botteghe della Comunità sono una sperimentazione gestionale, unica nel loro genere nel panorama italiano, realizzate dalla ASL Salerno per la risposta ai bisogni sociosanitari dei cittadini delle aree interne. La prima Bottega ha preso vita ufficialmente a novembre del 2023, partendo dai 216 abitanti del paese più piccolo della regione Campania, e ha visto il coinvolgimento e l'apertura progressiva di tutte le 29 amministrazioni locali che partecipano al *framework* assistenziale sperimentale delle Botteghe della Comunità.

A questa nuova sperimentazione di servizi sul territorio hanno partecipato, e partecipano, tanti *partner* istituzionali (Regione Campania, AGENAS, Federsanità, ANCI, IFEL, amministrazioni comunali, Università di Salerno, SNAI, *city competent*, Servizio Civile Universale, Ambiti Territoriali Sociali, Comunità Montane ed Ente Parco).

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno della quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile e dai *city competent*.

Il servizio, che supporta le attività della medicina generale e delle cure primarie, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza sono effettuate presso la Bottega *HUB* e per ciascuna branca specialistica è previsto un monte ore da remoto in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie

croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari comprese demenze e polipatologie dell'anziano fragile). La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di medicina d'iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

All'interno delle Botteghe sono sperimentati percorsi di presa in carico dei pazienti, attraverso documenti formalizzati e approvati, che rappresentano ad oggi un *unicum* nel panorama nazionale per l'assistenza sociosanitaria integrata. Il Protocollo operativo, ad esempio, racchiude l'insieme di regole degli attori che animano le Botteghe delle Comunità.

L'Azienda di Salerno ha ulteriormente innovato il modello avviato due anni fa attraverso la *policy* di *population health management*, realizzando la stratificazione della popolazione (come previsto dal DM 77/2022). La conoscenza e l'adeguata stratificazione della popolazione di riferimento risulta fondamentale al fine di garantire un'appropriata presa in carico del paziente in funzione delle relative specifiche necessità cliniche e assistenziali. A completamento del lavoro svolto, l'ASL di Salerno ha poi ideato e testato la stratificazione sociosanitaria, insieme ai dati e alle informazioni sociali e sociosanitarie, con il programma sperimentale *Personas*, classificazione di profili di utenti tipo basata sull'analisi delle evidenze e dei dati, per la messa in opera di soluzioni sociosanitarie concrete che rispondano alle esigenze dei piccoli paesi delle aree interne e rurali dove l'età media è tra le più alte d'Italia.

Personas sono *cluster*, costruiti utili a esprimere l'attitudine, il comportamento e la richiesta di prestazioni sociosanitarie degli utenti in determinati contesti e nell'interazione con il ser-

vizio pubblico. Le *Personas*, che racchiudono dentro il concetto della popolazione stratificata del DM 77/2022, consentono a chi programma i servizi di riconoscere la fragilità comune e la vulnerabilità, definendo con chiarezza quali servizi dover attivare, quali risorse impegnare per garantire equità e appropriatezza di cure.

Il modello delle Botteghe ha vinto di recente il premio di CittadinanzAttiva nazionale sulle aree interne con la motivazione che «l'ASL Salerno ha realizzato un modello innovativo di sanità territoriale capace di portare assistenza e cura direttamente nei luoghi di vita delle persone. Per aver portato la sanità di prossimità nei territori più fragili, costruendo una rete capillare di presidi sociosanitari che servono oltre 28.000 cittadini. Per essere riuscito a garantire la presa in carico delle persone con malattie croniche direttamente nei luoghi di vita, anche grazie alla implementazione di strumenti digitali e servizi in telemedicina, potenziando la presa in carico domiciliare senza bisogno di spostamenti. Per essere riuscito a trasformare le aree interne in laboratori di prossimità sanitaria, dove tecnologia, volontariato e competenze professionali convergono in un servizio multidisciplinare di qualità. Per aver valorizzato il ruolo degli infermieri territoriali, dei farmacisti rurali, degli assistenti sociali e dei volontari, promuovendo una sanità basata sulla relazione e sulla fiducia. Per essere stato un esempio concreto di attuazione del DM 77, generando una vera innovazione nell'organizzazione dei servizi sanitari nelle aree interne. Per aver favorito la collaborazione tra 29 amministrazioni comunali, dando vita a un sistema coeso e radicato nel territorio, fondato su gestione snella e vicinanza ai cittadini. Per essere riuscito a coniugare equità d'accesso, continuità assistenziale e resilienza organizzativa in una delle aree più fragili del Paese. Il progetto "Botteghe della Comunità" si distin-

gue come modello replicabile di sanità di prossimità, capace di avvicinare la cura ai cittadini e di rafforzare il legame tra istituzioni, territori e bisogni reali della popolazione».

L'ASL di Salerno sta implementando le Botteghe anche nelle altre aree interne della provincia di Salerno, al fine di garantire la piena integrazione di tutte le strutture di prossimità della rete territoriale aziendale.

L'operazione delle Botteghe della Comunità dell'ASL di Salerno viene ripresa e studiata da altre realtà territoriali nazionali, contribuendo a quel processo virtuoso che rende una buona pratica un modello da replicare ed un possibile standard diffuso.

L'integrazione tra le informazioni acquisite per realizzare la stratificazione del rischio, prevista dal DM 77/2022, e le necessità di ordine sociale, restituisce uno strumento utile, e indispensabile, non solo per le aree interne ma anche per molte aree urbane metropolitane dove, anche in presenza di maggiori disponibilità di servizi sanitari e sociali, spesso si interviene sull'evento manifesto e difficilmente sulla base di una oggettiva e concreta programmazione elaborata sulla conoscenza dei numeri e delle necessità effettive.

Il termine prossimità indica grande vicinanza in termini di spazio e di tempo, a volte anche come affinità o somiglianza. Se il termine prossimità in sanità deve avere un senso per tutti i cittadini italiani, è probabile che vadano riviste o, almeno, maggiormente condivise, la programmazione e la progettazione della sanità, e non solo, sul territorio per evitare la creazione di scatole vuote o, comunque, poco utili (anche in considerazione degli investimenti in corso e previsti).

Prima ancora di avviare le fondamenta e le

mura delle Case occorre porre le fondamenta per un nuovo sistema di *welfare* che non si limiti a rispondere ai bisogni, ma che li anticipi. Per questo parlare di prossimità significa rimettere al centro le persone, le relazioni e i territori andando oltre le singole prestazioni sanitarie, lavorando sulla comunità e sulle reti locali.

La prossimità non può essere intesa solo come una dimensione geografica. Anche perché in un Paese attraversato dagli Appennini rischia di essere difficilmente realizzabile. La prossimità deve essere un modo di intendere la cura – sia sociale che sanitaria – come una responsabilità condivisa, dove istituzioni, servizi, terzo settore, cittadini e famiglie agiscono insieme per generare benessere.

La normativa e la soggettività dei cittadini impongono l'applicazione di un diritto, quello alla salute, che, pur garantendo un livello essenziale e uniforme sul territorio, ha poi la necessità di attivare servizi adeguati e specifici, di natura "sartoriale", riadattando e ricucendo laddove il modello a disposizione è poco calzante alle necessità espresse.

Lo stato di benessere diffuso o, se si vuole, l'approccio *One Health*⁽¹¹⁾ non può non tener conto di tutte le forze in campo, a partire dai comuni e dalle aziende sanitarie che sono chiamati ora più che mai a lavorare in sinergia per rendere concreto il principio dell'integrazione sociosanitaria non più come somma di prestazioni e competenze, ma mappando e costruendo legami tra persone, servizi e luoghi.

Nel post terremoto del 2016, la ASL di Rieti organizzò una rete di intervento nelle frazioni più

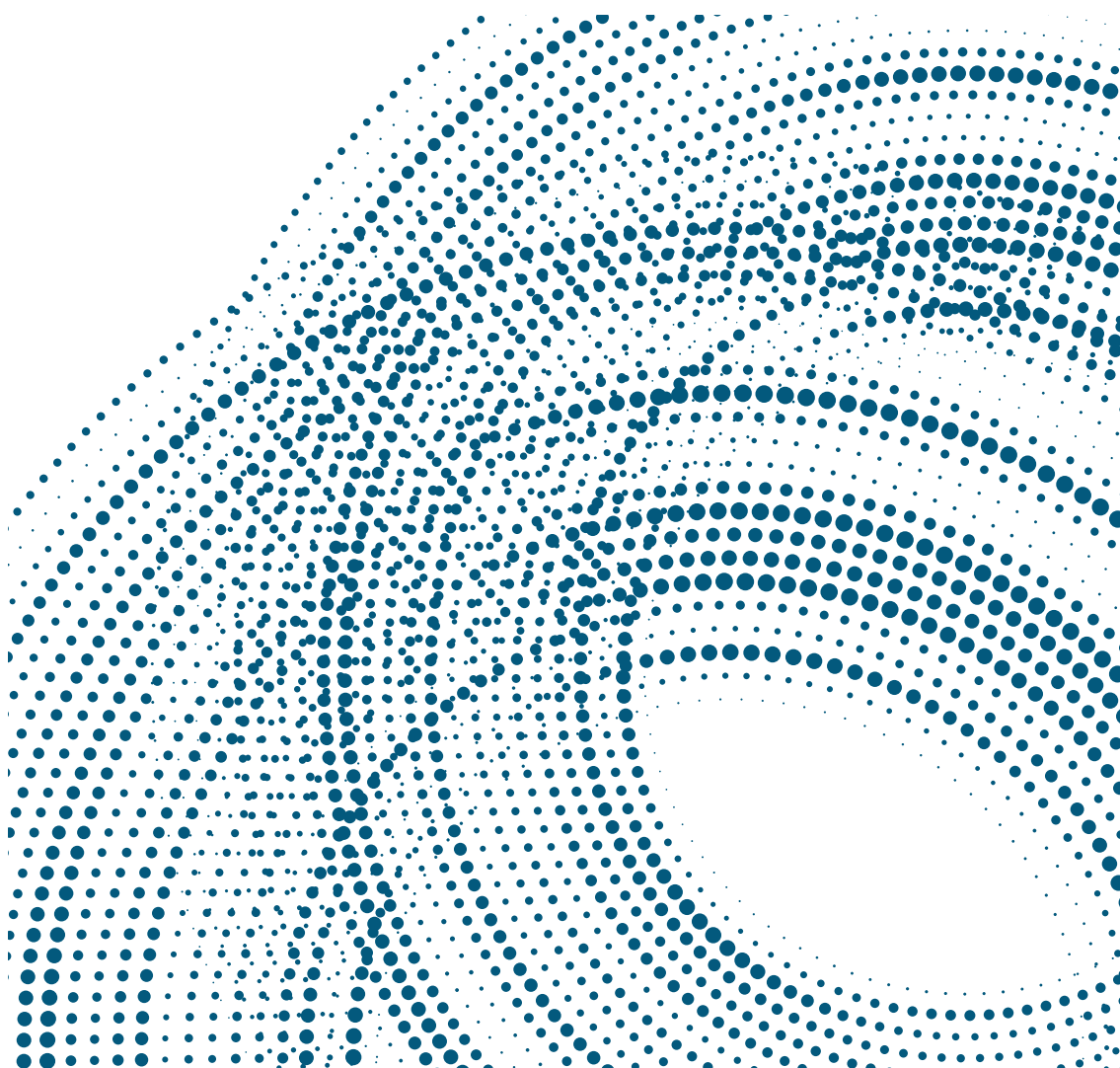
¹¹ Per approfondimenti sull'approccio *One Health* si rimanda al Capitolo 6 del presente Rapporto.

lontane e abitate da molti anziani, istituendo infermiere e assistente sociale itineranti che raggiungevano le località colpite dal sisma, intervenivano e mappavano la realtà. In questo modo si raccoglievano informazioni non solo da un punto di vista epidemiologico, ma anche da quello delle risorse sociali e di vicinato disponibili, creando un meccanismo di monitoraggio costante che coinvolgeva tutta la frazione. In questi contesti, ma anche in una zona ad alta densità abitativa di una grande città, le reti territoriali formali e informali possono rappresentare il carburante che alimenta il motore della prossimità perché sono reti capaci di attivare risorse, sostenere la fragilità, promuovere la partecipazione e la fiducia, componenti, queste ultime, determinanti in qualsiasi cambiamento sociale.

In questi 47 anni di Servizio Sanitario Nazionale nessuna riforma è stata realizzata in tempi brevi perché ogni cambiamento ha necessità di fare i conti con l'organizzazione esistente e, quindi, in contemporanea, c'è la necessità di cambiare il consolidato per radicare l'innovazione. E, poiché il SSN riguarda tutti i cittadini italiani, il cambiamento che necessita di un tempo maggiore è quello che rende la novità abitudine quotidiana e riconoscibile da tutti.

Capitolo 6

One Health: i comuni soggetti centrali
per la salute dei propri cittadini





6.1. Tutto è salute: One Health e il legame con la vita sociale

La strategia delle Nazioni Unite su *One Health* è esposta in un documento di oltre 80 pagine “*One Health Joint Plan of Action (OH-JPA)*” con indicazioni politiche, non vincolanti, sebbene composte consultando gli Stati membri. Il documento è stato elaborato dai soggetti che coordinano la *governance* globale *One Health*: *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO), *United Nations Environment Programme* (UNEP), *World Health Organization* (WHO) e *World Organisation for Animal Health* (WOAH). Il Piano di Azione, lanciato nell’ottobre 2022, punta entro il 2026 a mettere in campo un sistema integrato per affrontare collettivamente le minacce per la salute degli esseri umani, degli animali, delle piante e dell’ambiente.

Prevenire, prevedere, individuare, rispondere: sono alcune delle parole chiave e lo sviluppo sostenibile lo sfondo imprescindibile di ogni attività. Sono sei le aree di azione:

1. miglioramento dei sistemi sanitari in ottica *One Health*;
2. riduzione dei rischi da zoonosi emergenti e riemergenti;
3. controllo ed eliminazione delle zoonosi endemiche e delle malattie tropicali neglette e trasmesse da vettori;
4. valutazione, gestione e comunicazione dei rischi per la sicurezza alimentare;
5. lotta alla “pandemia silenziosa” dell’antibiotico resistenza;
6. integrazione dell’ambiente in *One Health*.

Il metodo per perseguire gli obiettivi fissati dal Piano comprende l’adozione di partenariati pubblico-privato, l’adeguamento dei quadri istituzionali e giuridici, la conoscenza delle realtà locali. E, riguardo a questi obiettivi, le azioni di intervento previste hanno alla base:

- la condivisione;
- la consapevolezza;
- la partecipazione.

Completa questo approccio l'impegno a più livelli e una visione olistica al fine di sfidare, evitare o, almeno, mitigare tutte quelle minacce diffuse che riguardano in maniera diversa le aree del pianeta⁽¹⁾ come: l'impoverimento della biodiversità, la vulnerabilità di alcune popolazioni, la scarsa qualità di certi sistemi alimentari.

Condivisione, consapevolezza e partecipazione implicano non solo l'impegno degli Stati ma anche la responsabilizzazione di ogni cittadino: una visione "democratica" del pianeta per ridurre il rischio a più livelli.

6.2. Le aree urbane

Nel percorso della lunga storia di *One Health*, descritto nel numero dedicato dalla rivista *"Forward. Recenti progressi in medicina"*⁽²⁾, alcune delle numerose tappe elencate sono significative perché in stretta relazione alla dimensione urbana e sanitaria. Di seguito se ne riprendono solo alcune:

- Nel 1948, a dieci anni dalla sua scoperta, Alexander Fleming mette in guardia dai rischi legati a un impiego sconsiderato degli antibiotici. Sostiene, infatti, che ci sia il rischio che una persona "ignorante" possa somministrarsi una dose non sufficiente a uccidere tutti i microbi, rendendo questi ultimi resistenti.
- Nel 1981 si diffonde in tutto il mondo il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Si stimano 25 milioni di vittime.

- Nel 2003 la crisi della SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) mette in luce l'urgenza di un approccio integrato per prevenire malattie zoonotiche e migliorare la collaborazione tra medicina umana e veterinaria.
- Nel 2007 per la prima volta la popolazione mondiale che vive nelle città supera il 50% e questa percentuale continua a crescere.
- Nel 2014 il consumo medio di carne, secondo la rivista *"Science"*, è di 43 chilogrammi a persona all'anno, 20 chilogrammi in più rispetto agli anni '60.
- Nel 2015 si stima che nei cinque anni precedenti vi sia stato un incremento del 65% del consumo a livello globale di antibiotici e nel 2019 si contano circa 700.000 persone decedute ogni anno per colpa di batteri resistenti agli antibiotici.
- Nel 2018 sono oltre 290.000 i decessi a causa delle ondate di calore nel mondo, la maggior parte in Giappone, Cina orientale, India settentrionale ed Europa centrale (con oltre 100.000 vittime).
- Nel 2020, secondo uno studio pubblicato su *"Nature"*, si stima che nel giro di ottant'anni fino al 40% dell'Amazzonia e parte delle foreste pluviali del Congo e dell'Australia potrebbero andare perse.
- Nello stesso anno il Covid-19, originato probabilmente dai pipistrelli, con un possibile passaggio intermedio in altri animali, causa milioni di morti e impatti sanitari, economici e sociali.
- Nel 2022, sulla base delle stime dell'*Internal Displacement Monitoring Centre*, sono oltre 32 milioni i nuovi sfollati a causa di disastri, per lo più inondazioni, tempeste e siccità.
- Nello stesso anno si stima che ogni giorno vengono sprecati oltre un miliardo di pasti, mentre più di 780 milioni di persone soffrono la fame e un terzo dell'umanità deve affrontare l'insicurezza alimentare.

1 A tale proposito si parla sempre più di *"Planetary Health"* (<https://planetaryhealthalliance.org/what-is-planetary-health/>) come un campo transdisciplinare e un movimento sociale orientato alle soluzioni, incentrato sull'analisi e sulla gestione degli impatti delle dirompenti azioni umane sui sistemi naturali della Terra sulla salute umana e su tutta la vita sulla Terra.

2 *"One Health"*, Ottobre 2024, <https://forward.recentiproggressi.it/rivista/numero-35-one-health/>

- Nel 2024, da uno studio sui provvedimenti più efficaci per la riduzione delle emissioni di CO₂, emerge che i risultati migliori sono di quelli che hanno combinato tipologie diverse di intervento: su 1.500 politiche analizzate, soltanto 63 hanno dato riduzioni significative.

Le tappe indicate sopra mettono in evidenza come l'ambiente urbano rappresenti non solo il punto di riferimento, la possibilità di cambiare la propria vita in meglio per chi si sposta dalla campagna, ma anche, a causa dell'alta densità di popolazione, un ambiente più a rischio e più soggetto a subire gli effetti di eventi anche lontani molti chilometri (come la deforestazione).

Già nel febbraio del 2020, in piena pandemia Covid, l'UNEP, il programma ambientale delle Nazioni Unite, diffondeva il rapporto "Prevenire la prossima pandemia. Le malattie zoonotiche e come rompere la catena di trasmissione"⁽³⁾ e individuava sette fattori umani responsabili dello sviluppo di una possibile pandemia:

1. la crescente richiesta di proteine animali;
2. l'intensificazione insostenibile dell'agricoltura;
3. il crescente sfruttamento degli animali selvatici;
4. l'uso incontrollato delle risorse naturali;
5. i viaggi e i trasporti;
6. i cambiamenti nella filiera alimentare;
7. i cambiamenti climatici.

Sette punti che sono strettamente legati alla percezione che si ha dei diritti e in gran parte connessi alla sopravvivenza delle aree urbane.

L'ambiente urbano è quello che meglio rappresenta come gestire la salute in tutte le politiche sia un problema complesso che impone riflessioni che riguardano l'umanità con il suo progresso, il suo sviluppo, le sue tecnologie, le sue ricchezze, i suoi diritti, ecc. Il paradosso è proprio insito nella crescita, nella modernizzazione, nello sviluppo di questi tratti. Tanto che una delle domande possibile è: a cosa si è disposti a rinunciare per mitigare le diverse condizioni di rischio che caratterizzano l'era moderna e che spesso sono condizioni che nel tempo hanno migliorato la qualità della vita?

L'accesso alle proteine animali, una volta molto limitato per la maggior parte della popolazione, oggi "grazie" agli allevamenti intensivi si è molto diffuso con tutto quello che ne consegue dal punto di vista dell'ambiente e della salute riguardo all'abuso di carne nell'alimentazione. Così come avviene per l'abbigliamento dove sta diventando un problema l'accumulo e lo smaltimento di abiti a poco prezzo realizzati con fibre sintetiche (praticamente indistruttibili).

Questi ed altri temi/problemi entrano nel nostro quotidiano e nella percezione di quello è dato per scontato quale diritto acquisito.

La pandemia da Covid ha sovvertito questa percezione perché sotto *lockdown* ogni diritto è stato "sottomesso" a quello della salute per limitare il contagio: il diritto al lavoro, il diritto all'istruzione, il diritto alla socialità, ecc.

Ed è a fine emergenza che cresce la consapevolezza che *One Health* «deve diventare più di un concetto, deve essere tradotto in sistemi che mantengano le persone più sicure» (ONU, 18 gennaio 2021).

Un punto di vista che non trova ancora tutti concordi, se il Direttore Generale dell'OMS, Tedros

3 "Preventing the next pandemic - Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission," <https://www.unep.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and>

Adhanom Ghebreyesus, si è trovato costretto nello scorso settembre 2025 a dover spronare i governi ad accelerare sull'Accordo pandemico e, in particolare, sull'adozione dell'allegato PABS (*Pathogen Access and Benefit Sharing*), sottolineando che «La prossima pandemia non è una questione di se, ma di quando»⁽⁴⁾. Infatti, l'allegato PABS è considerato uno degli elementi più delicati e controversi dell'intero Accordo perché regolamenterà non solo l'accesso ai campioni patogeni in tempi di crisi, ma anche la ripartizione equa dei benefici, come la distribuzione di vaccini salvavita e tecnologie sanitarie ai Paesi meno sviluppati. Situazioni critiche già vissute nei primi mesi dell'ultima pandemia e alla partenza delle vaccinazioni per la stessa.

6.3. Salute in evoluzione

La lunga sequenza storica, che la rivista *"Forward"* compone nel numero dedicato a *One Health*, lega insieme una serie di passaggi mettendo in evidenza come via via negli anni i singoli eventi, i cambiamenti demografici e quelli urbanistici, le pandemie, vengano ricomposti ed esaminati sotto diverse sfaccettature che molto hanno a che fare con gli aspetti del nostro vivere quotidiano e dell'idea di salute come nei secoli si è evoluta.

Dai primi ricoveri per i lebbrosi ai lazzaretti, la salute è un fatto più di ordine pubblico che di cura: si tratta di contenere i contagi di epidemie che si diffondono con una certa costanza. Chi

ha i mezzi, invece, si fa curare a casa con i pochi metodi e medicinali allora disponibili.

Poi nascono gli ospedali ad opera di nobili e Confraternite. L'ospedale Santo Spirito a Roma, uno dei più antichi ospedali d'Europa, risale al 727 d.C., quando il re dei Sassoni Ina istituì la *"Schola Saxonum"* per dare ospitalità ai pellegrini diretti alla Tomba dell'Apostolo Pietro. Successivamente, nel 1198, Papa Innocenzo III trasforma la struttura in ospedale al fine di assistere poveri, malati e bambini abbandonati (come testimonia la presenza della Ruota degli Esposti). Così si passa dal ricovero per la gestione dell'ordine pubblico a luogo di cura delle malattie conosciute e dei traumi evidenti del corpo.

Bisogna arrivare al 1948 per avere una definizione ampia di salute, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stato di salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» e come condizione soggettiva dell'individuo, riconosciuta come un «diritto fondamentale di ciascun essere umano senza distinzione di razza, religione, credenza politica, condizione economica o sociale». Per molti versi un'anticipazione di *One Health* (Una, Unica Salute), concetto che va oltre il mero benessere del «corpo» umano ma lo tutela nella sua integrità e nell'ambiente in cui vive.

La definizione OMS di uno «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia», viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone (come hanno dimostrato le azioni adottate da molti Paesi per ridurre il contagio da Covid).

Questo nuovo modo di definire la salute assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestio-

⁴ WHO Director-General's opening remarks at the second meeting of the open-ended Intergovernmental Working Group on the WHO Pandemic Agreement (IGWG) – 15 September 2025: [https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-second-meeting-of-the-open-ended-intergovernmental-working-group-on-the-who-pandemic-agreement-\(igwg\)---15-september-2025](https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-second-meeting-of-the-open-ended-intergovernmental-working-group-on-the-who-pandemic-agreement-(igwg)---15-september-2025)

ne di un sistema sanitario. Per tutto quello che esula dalla malattia in senso stretto, le istituzioni devono farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Nonostante diversi Paesi non abbiano raggiunto livelli soddisfacenti per lo stato di salute dei propri cittadini, tuttavia il concetto di salute si evolve, almeno come principio, ulteriormente: in una riunione dell'OMS del 1998 è stata proposta la modifica della definizione originaria del concetto di salute nei seguenti termini: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia». Tuttavia, malgrado la discussione all'interno dell'Assemblea dell'OMS e il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti, è stato mantenuto il testo originario del 1948. Questo è avvenuto per diversi motivi ma soprattutto perché un concetto di salute più ampio avrebbe reso ancora più marcata la discrepanza tra i diversi Paesi e i diversi sistemi sanitari.

Infatti, il Secondo Rapporto di monitoraggio globale sulla copertura sanitaria universale dell'OMS e della Banca Mondiale⁽⁵⁾ considera che nel 2023 la metà della popolazione mondiale non ha accesso ai livelli essenziali di assistenza e più di 2 miliardi di persone incontrano gravi difficoltà economiche nel pagare di tasca propria le cure sanitarie.

Questa situazione rappresenta, tra gli altri, un paradosso: da una parte si procede definendo un livello di diritti esigibili più elevato, dall'altra

la realtà fatica – per motivi diversi – a renderli esigibili oppure a mantenerli quali diritti universali come previsto dalle normative più evolute (come quella dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia).

Come tradurre i principi legati allo stato di salute in azioni e interventi duraturi e sostenibili?

Occorre lavorare sulla cura delle malattie ma, soprattutto, attivare ogni meccanismo per la promozione della salute. La traduzione di dichiarazioni di principio in strategie operative costituisce da sempre un processo lungo, complesso e difficile soprattutto quando le implicazioni per l'azione richiedono il cambiamento del modo di pensare e di agire oltre che l'impiego di risorse.

Per dare un impulso significativo al perseguimento della salute da parte dei governi, ai diversi livelli, l'OMS ha cercato di rendere operative, a partire dagli anni Ottanta, due strategie che vanno sotto il nome di “promozione della salute” e “salute per tutti”. Strategie che vanno attuate con la consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico, genetico, e non la conseguenza esclusiva di una organizzazione sanitaria.

6.4. Comuni e comunità

Se la salute non può essere solo il risultato di una organizzazione sanitaria, foss'anche di ottimo livello, allora è necessario allargare l'area delle responsabilità ad altri soggetti.

I sindaci negli ultimi anni, durante il Covid in particolare, ma anche prima per altri eventi, hanno toccato con mano che il loro essere pri-

5 *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report*, <https://www.who.int/publications/item/9789240080379>

ma autorità sanitaria di un comune non si limitava alla firma di un'ordinanza per la chiusura di un ristorante, di un'attività industriale inquinante o per la procedura di un Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Alcuni fenomeni legati al cambiamento climatico, ad esempio, hanno obbligato soprattutto i sindaci delle grandi città a pianificare i ricoveri durante i periodi di freddo intenso (soprattutto per i senzatetto) e a definire aree di ristoro in città durante le ondate di calore estivo (cresciute in tempi ed intensità).

Ondate di calore: killer silenziosi

L'Imperial College di Londra, della London School of Hygiene & Tropical Medicine⁶, ha studiato l'impatto delle ondate di calore dell'ultima estate in 854 città europee, che rappresentano circa il 30% della popolazione europea. Nello studio le ondate di calore vengono definite *killer silenziosi*. Lo studio ha stimato in 16.500 i decessi avvenuti nelle case o negli ospedali di persone con condizioni di salute già in parte compromesse. Le stime peraltro, si sottolinea, sono al ribasso, in quanto nei certificati di morte solo raramente viene menzionato il caldo come causa. Tuttavia, il caldo estremo può causare disidratazione, scompensi cardiaci e aggravare patologie croniche, con conseguenze spesso fatali per anziani e persone fragili.

⁶ Climate change-driven summer heat caused 16,500 additional deaths across Europe, study estimates, <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2025/climate-change-driven-summer-heat-caused-16500-additional-deaths-across-europe>

L'Italia è tra i Paesi europei più esposti (dove si stimano 4.597 decessi) perché insieme ai periodi estivi sempre più lunghi e caldi somma un numero importante di popolazione anziana. In generale le persone di età pari o superiore ai 65 anni hanno rappresentato l'85% dei decessi, un numero destinato a crescere in una Europa che invecchia.

Le città europee sono in media più calde di 4°-6° rispetto alle aree rurali, con picchi che arrivano fino a 10°. Ciò avviene perché le superfici in cemento intrappolano il calore e i trasporti e l'uso di energia aumentano ulteriormente le temperature urbane.

Sulle ondate di calore nelle città sono stati attivati vari soggetti, poiché il tema riguarda non solo l'aumento delle temperature, ma anche la forma che le città hanno assunto: aree pressoché del tutto cementate, poco verde e perlopiù concentrato solo in alcune aree della città, abitazioni piccole nei centri storici spesso abitate da anziani soli o, al contrario, abitazioni in periferia con famiglie numerose in case piccole e con scarse possibilità di rinfrescamento, ecc. In queste condizioni così diffuse, le operazioni possibili di sollievo per i cittadini sono legate a mitigare gli effetti del calore ricorrendo nell'immediato all'apertura di luoghi dove è possibile fruire di temperature più vivibili come piscine, parchi, ecc. e operazioni più a lungo termine che riguardano la depavimentazione di diverse aree nei quartieri (condizione che facilita il defluire dell'acqua anche nel caso di rovesci di pioggia improvvisi e importanti) e la piantumazione di nuove alberature lungo le vie delle città, processo lungo ma necessario di rigenerazione urbana per mitigare le isole di calore.

Nel quadro della prevenzione e della promozione della salute, le iniziative e i programmi attivati dai comuni sono numerosi e riguardano temi come l'alimentazione corretta e la lotta all'obesità, il movimento all'aperto e nelle palestre delle scuole, il contrasto al gioco d'azzardo, le campagne contro il bullismo, la violenza di genere, e quelle per promuovere gli *screening*, la prevenzione dalle malattie sessualmente trasmesse, la donazione del sangue e degli organi, ecc.

Ricordati di stare bene. Comuni e Comunità per l'aderenza terapeutica. Una Alleanza per la Salute Pubblica

Perché ci sia adesione alla terapia è necessario, in prima battuta, che ci siano state al momento della prescrizione, ma anche successivamente in fase di *follow up*, una corretta comunicazione tra medico e paziente ed un'elevata spinta motivazionale alla terapia da parte di quest'ultimo, avendo cura di ripetere questa fase nel tempo perché spesso si tende a "saltare" o a interrompere del tutto le terapie prescritte. Un'altra motivazione, considerato l'elevato numero di persone anziane che vivono da sole, è la perdita di memoria o la depressione: se non c'è qualcuno o qualcosa che lo ricorda, si tende a dimenticare, a saltare la terapia. Nelle aree interne e/o nei comuni di piccolissima dimensione demografica, è la lontananza dal medico di famiglia o dalla farmacia che può interrompere l'acquisizione del farmaco in modo continuativo. Infine, non è raro che di fronte a più patologie croniche e a un numero rilevante di farmaci da assumere nel corso della giornata (politerapie), il paziente operi

una propria selezione su cosa prendere e cosa no, magari sulla base di una valutazione "autonoma" riguardo agli effetti indesiderati.

Come immaginare un sistema che riesca a monitorare e "ricordare" l'assunzione dei farmaci a milioni di anziani soli, soprattutto in aree dove non è possibile attivare reti di vicinato o la farmacia è troppo distante per essere un punto di riferimento e di servizio coinvolgibile?

In molti casi viene incontro la tecnologia con appositi dispositivi, quando il soggetto in questione ha un discreto grado di confidenza con gli stessi. Per il resto, per le persone più anziane e poco disponibili a gestire autonomamente la propria "agenda-farmaci" attraverso uno strumento tecnologico, non resta che il contatto umano: la telefonata o la verifica attraverso eventuali erogatori di servizi domiciliari.

Il progetto di comunicazione "Ricordati di stare bene. Comuni e Comunità per l'aderenza terapeutica. Una Alleanza per la Salute Pubblica", lanciato il 30 settembre 2025 da Federsanità e *HappyAgeing*, acquisisce come protagonista un altro soggetto: i comuni.

Con questa campagna si intende non solo informare cittadini e medici sulla necessità di attenersi alle terapie prescritte, ma si punta ad un avvicinamento al cittadino, soprattutto quello più anziano e in solitudine, chiamando i comuni – i soggetti più qualificati nella promozione della salute – ad una sorta di *challenge*, di sfida nell'individuare prassi e nel coinvolgere tutte le realtà attive della società in un monitoraggio civico su questo tema.

Nei comuni, infatti, è possibile:

- attivare associazioni di volontariato;
- formare e sostenere i *caregiver*;
- attivare “telefono amico”;
- impiegare quanti accedono per assistenza alle abitazioni degli anziani anche per monitorare;
- rendere le bocciofile, i centri anziani e i luoghi di aggregazione soggetti di disseminazione di informazione;
- attivare e formare gruppi di vicinato e quant’altro.

Questo non solo per sollevare molti anziani dallo stato di solitudine, ma anche per monitorare e ricordare l’assunzione della terapia.

Questa iniziativa, come altre a cura dei comuni, è un’azione di promozione della salute, un’azione sociale che si interseca con la sanità, in un’ottica di integrazione sociosanitaria, e che ha il potere di allontanare dal cittadino l’evento acuto e il ricovero in ospedale.

I comuni impegnati nella promozione della salute sono sentinelle dell’approccio *One Health* perché tale approccio rafforza e legittima le competenze sulla salute, ormai patrimonio dei comuni, andando oltre la firma di un atto amministrativo (ordinanza, TSO, ecc.).

Il 20 e 21 ottobre 2025, Federsanità ha celebrato i suoi 30 anni di attività, riconfermando e trasformando l’intuizione che nell’ottobre 1995 un gruppo di direttori generali di aziende sanitarie e di sindaci avevano avuto: lavorare insieme per l’integrazione sociosanitaria. Un percorso lungo e complesso, fatto spesso anche dal mettere insieme linguaggi e procedure diversi.

Tuttavia, quella che negli anni ‘90 era stata una sottrazione di competenze sulla sanità ai comuni (data dalle riforme di quel periodo e dal processo di aziendalizzazione) col tempo si è trasformata sempre più nell’acquisizione di una competenza nuova che coinvolge le amministrazioni comunali su progetti legati al benessere e alla salute re-interpretando i servizi offerti ai cittadini di tutte le età.

I comuni operano, e opereranno sempre più, per rendere concreta e per dare sostanza alla definizione di salute dell’OMS nel 1948 che, oggi, sembra consegnare ai comuni e ai loro cittadini il compito e la consapevolezza di tutelare ogni aspetto della vita quotidiana in una prospettiva di lunga durata.

Il mantenimento dello stato di salute individuale dipende in gran parte anche dalle informazioni possedute e dalla responsabilità del cittadino nel gestire le varie fasi della sua vita fino ad un invecchiamento (sempre più dilatato) attivo e in salute.

Questo vuol dire avere corretti stili di vita in grado di procrastinare l’insorgere di patologie croniche e, nel caso, di ridurre gli accessi in ospedale per fenomeni acuti. Vuol dire, ad esempio, avere una capacità di utilizzare i farmaci al bisogno e correttamente⁽⁷⁾ evitando l’abuso (come quello ad uso ludico o quello scorretto degli antibiotici); aderire alle indicazioni fornite dal medico (aderenza terapeutica); informarsi sull’efficacia di alcuni prodotti “miracolosi”(integratori), ecc.

⁷ AIFA, “I farmaci non sono caramelle”. Campagna europea per promuovere l’uso responsabile dei medicinali da banco: <https://www.aifa.gov.it/campagna-sull-uso-responsabile-dei-farmaci-da-banco>

È ormai consolidato il fatto che la conoscenza, la responsabilità individuale e le azioni di comunità contribuiscono al buon mantenimento della salute pubblica.

6.5. Contronarrazione e responsabilità dei cittadini

In questi 47 anni di Servizio Sanitario Nazionale la sanità si è trasformata in maniera importante e con essa i cittadini che ne hanno usato i servizi.

Il passaggio dalle diverse mutue ad un servizio di natura universalistica ha consentito a tutta la popolazione di accedere alle vaccinazioni, ai farmaci, alle cure ospedaliere e questo ha contribuito all'aumento dell'aspettativa di vita. È cambiata la popolazione (più anziana) e sono cambiate le necessità di intervento. Con il PNRR e il DM 77 si sta adeguando l'offerta di servizi nuovi e diversificati.

A questo processo di crescita continuo da parte del SSN si è accompagnato anche quello dei cittadini che si sono avvicinati ai temi sanitari, prima con le riviste e le trasmissioni televisive e ormai digitando e ottenendo dal *web* risposte (più o meno veritiere). Un avvicinamento che, in qualche modo, ha cancellato la complessità che c'è dietro ogni atto medico e reso "impossibile" l'errore. Una sanità di eccellenza che salva chiunque in qualunque condizione acceda al Pronto soccorso non può permettersi la morte di nessuno.

In questo contesto hanno cominciato a fare più notizia i fatti gravi che a volte si verificano. Fatti che, in un sistema pervasivo come quello sanitario, è fisiologico che, in percentuali minime rispetto alla mole delle prestazioni erogate, accadano.

Il problema che deriva da questo costante misconoscimento dell'importanza e del lavoro che tiene in piedi il SSN è enorme:

- alimentare la narrazione di un sistema perennemente in crisi significa delegittimare e sgretolare pian piano quanto si è costruito;
- nutrire il senso di sfiducia costante nel SSN significa decretarne la sua costante inefficienza e, quindi, anche il suo "giustificato smantellamento" a favore di sistemi privati più efficienti (forse) ma più selettivi (sicuramente);
- aggredire verbalmente e fisicamente gli operatori sanitari significa screditarne la professionalità e rendere meno appetibile per i giovani lavorare nel servizio sanitario pubblico.

Per questi e per altri motivi è necessario concentrarsi su una "contronarrazione" che racconti con costanza anche quanto il SSN, attraverso i suoi operatori a tutti i livelli, continua a garantire migliorando processi, percorsi e prestazioni. La contronarrazione non può essere affidata solo ai *mass media* che si occupano della diffusione della notizia, ma deve entrare nel nuovo DNA degli operatori sanitari e sociali e dei cittadini.

Nell'essere adulto del SSN ci sono le fasi che ha attraversato: dal curare le malattie del paziente che accedeva alle strutture sanitarie, al prendere in carico il paziente per la sua patologia e le sue complicità.

Oggi è necessario un lavoro di squadra con i comuni, che consenta di prendersi cura della persona nel suo complesso, ossia andando oltre il bisogno (sanitario) espresso, anche cogliendo l'occasione fornita da una serie di riforme avviate grazie al PNRR ed intervenendo sul disegno dei diversi percorsi.

Ma questo della cura è un percorso che interessa anche i professionisti del settore perché nel

prendersi “cura del curante” si accorcia la distanza tra professionista e paziente e si rendono meno pesanti situazioni che, proprio grazie alle migliori prestazioni offerte dal SSN, rendono più lungo il cosiddetto “ultimo miglio” dei malati terminali, della vecchiaia, ecc.

In questo contesto è necessario rivedere alcuni eccessi di efficientamento del sistema che costringe ad una tempistica serrata l'erogazione delle prestazioni e che, invece, per non impoverire la qualità dell'assistenza, sarebbe necessario rallentare per dedicare di più al tempo della relazione di cura tra la persona assistita e il professionista.

Questa attenzione al curato e al curante è strettamente connessa all'approccio *One Health* perché in questa condivisione di intenti e di responsabilità è possibile gettare le basi per:

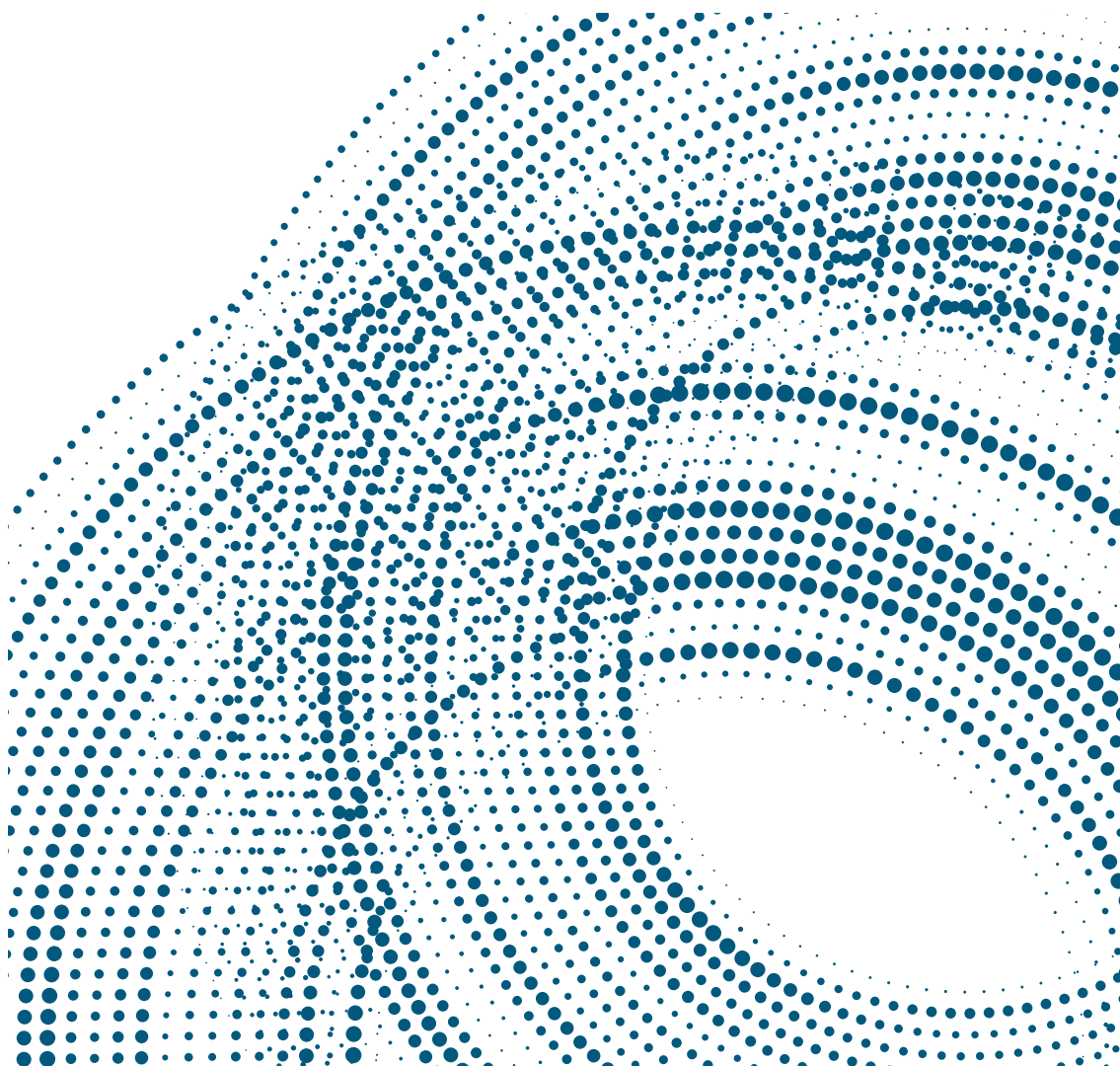
- ragionare sulle possibili soluzioni per affrontare le diverse povertà che affliggono un Paese apparentemente ricco nel suo complesso;
- affrontare la varietà delle fragilità esistenti con sistemi empatici e inclusivi dall'ambito sociale fino ai sistemi chiusi come quello carcerario;
- cambiare linguaggio cambiando i servizi (nomi nuovi per oggetti nuovi) e informare i cittadini sull'uso corretto che occorre farne;
- adeguare e creare nuovi servizi di natura “sartoriale”, fondati sulla specificità, sulle diverse età presenti nella popolazione e sulle risorse sociali presenti;
- immaginare servizi aperti a più soggetti per scambi generazionali e ottimizzazione delle risorse sul territorio (Casa Residenza per Anziani aperta⁽⁸⁾);

- garantire servizi per la vita autonoma delle persone fragili dopo la perdita dei familiari (“Dopo di noi”), così come alla moltitudine di anziani che vivono in solitudine;
- censire e monitorare situazioni particolari di violenza domestica o assenza di sollievo in situazioni di assistenza familiare H24;
- riformare il personale sanitario e sociale, introducendo nuove figure professionali con nuove competenze, adeguate alle necessità della popolazione attuale;
- chiamare i cittadini a contribuire ai processi di rigenerazione, socialità, prevenzione e benessere alimentando un sentimento di attenzione e di *ownership* nei confronti del SSN e di quanto li circonda.

8 <https://www.ausl.bologna.it/news/archivio-2024/presentato-il-progetto-cra-aperta-la-casa-residenza-anziani-beata-vergine-al-servizio-della-comunita>

Conclusioni

È possibile un sistema sanitario
e sociosanitario diverso?





Le statistiche parlano di un Paese che invecchia in modo costante e inesorabile. Un processo che è conseguenza del “successo” di un Servizio Sanitario Nazionale universalistico che ha garantito vaccinazioni, cure, farmaci a tutta la popolazione. Il risultato di una scelta sulla salute dei cittadini che posiziona l’Italia come il Paese più vecchio d’Europa.

Contestualmente, e drammaticamente, l’Italia sta vivendo un calo demografico con bassi tassi di natalità, aumento dell’età media e riduzione della forza lavoro.

Alle condizioni demografiche squilibrate si aggiungono diverse fragilità a carattere individuale e sociale insieme a condizioni di povertà che spesso si sommano e creano un diffuso clima di incertezza riguardo al futuro.

L’invecchiamento della popolazione e la complessità dei bisogni rendono strategica l’integrazione tra sanità e assistenza sociale, praticamente inscindibili nell’affrontare la crescente domanda di assistenza per cronicità, disabilità, fragilità e vulnerabilità sociale.

Nel contesto previsto già da anni dalle diverse statistiche e divenuto realtà, si pone con urgenza l’attivazione di sistemi territoriali integrati che rispondano a bisogni complessi con percorsi assistenziali unitari.

A fronte di una crescente, e a volte dispersiva, variabilità nell’erogazione, nell’accesso e nella distribuzione dei servizi, diventa urgente un approccio per risultato sulla salute della persona prima ancora che per numero di prestazioni erogate alla stessa.

Le norme definiscono le prestazioni sociosanitarie, ma la rappresentazione finanziaria della spesa è complessa per la molteplicità di enti coinvolti e la frammentazione delle stesse fonti normative e informative. E poiché le prestazioni sociosanitarie includono azioni sanitarie e di protezione sociale, con continuità tra cura e riabilitazione, coinvolgendo comuni, ASL, ASP, *caregiver* e assistenti familiari, il rischio è di intervenire con tanti tasselli, tante tessere senza che si riesca a definire il disegno di un mosaico che porti allo stato di salute, per quanto possibile, del cittadino.

La longevità, da grande risultato di una scelta lungimirante, rischia di essere un problema per la difficoltà nel riuscire a mantenere un livello alto della qualità della vita, ma soprattutto per la scarsità di risorse e per il loro impiego in una modalità a “*silos*” sanitari e sociali che costringe spesso gli operatori a trovare nelle pieghe di una linea di *budget* la possibilità di rispondere al bisogno particolare di un cittadino.

In un approccio *One Health*, dove i fattori che intervengono sullo stato di salute sono diversi, e solo in parte di natura sanitaria, è necessario un ripensamento delle politiche adottando il “progetto di vita” come paradigma generale. Alcune esperienze esistenti al riguardo dimostrano che un approccio orientato alla persona nel suo complesso, e non allo specifico “bisogno-prestazione”, può attivare ulteriori risorse e produrre effetti moltiplicativi. Come, ad esempio, le iniziative volte ad evitare l’istituzionalizzazione di anziani fragili con la creazione di figure che monitorano più soggetti a casa, che hanno prodotto risparmi economici e miglioramento della qualità della vita.

Questo approccio multidimensionale, che di fatto rende concreto quello della “salute in tutte le politiche”, ha necessità, per essere adeguatamente misurato, che:

- si definiscano indicatori condivisi per misurare l’impatto degli interventi e, quindi, di sistemi di remunerazione basati sui risultati raggiunti;
- si riesca a superare una visione parcellizzata e diversificata degli interventi che le normative (sociali e sanitarie) esprimono riguardo agli interventi derivanti da servizi e prestazioni erogate (efficienza vs efficacia).

Si tratta, inoltre, di un approccio che poggia sulla costruzione di una maggiore conoscenza

delle necessità e dei bisogni diffusi e specifici della popolazione, una conoscenza che rende il sistema più sostenibile perché maggiormente capace di interfacciarsi con i cittadini, favorendo una trasformazione della domanda e una capacità di anticiparla invece di inseguirla.

Uno degli elementi e dei luoghi che rende più profonda la conoscenza dei cittadini, del loro stato di salute e delle risorse che li circondano come comunità, è la casa. E il PNRR, Missione 6 “Salute”, punta a fare della casa il primo luogo di cura, potenziando le cure domiciliari e la telemedicina per la popolazione anziana. Dove la “cura” va intesa non solo come intervento sanitario, ma come attenzione relazionale, sociale e comunitaria, in una logica di benessere complessivo, coerente con il principio OMS di salute come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”.

La prossimità richiede flessibilità organizzativa, modelli locali su misura e un equilibrio tra strutture fisiche, tecnologie e reti umane di supporto.

I comuni, autorità sanitarie di prossimità, sono attori importanti di un approccio *One Health* perché sono sempre più centrali nella promozione della salute pubblica: gestiscono piani per l’emergenza climatica (es. ondate di calore e assistenza ai fragili); promuovono campagne su stili di vita, prevenzione e aderenza terapeutica (“Ricordati di stare bene”); costruiscono reti civiche, di volontariato e di prossimità per monitorare gli anziani soli e favorire la partecipazione attiva.

La sanità territoriale non deve essere più solo competenza del SSN ma patrimonio condiviso tra enti locali, operatori e cittadini. Un patrimonio il cui principio guida è la “responsabilità diffusa”: la salute è un bene comune che dipende dai comportamenti individuali, dalle politiche locali e dalla coesione sociale.

Un patrimonio che si consolida e si amplia se ci si muove in un contesto che guarda a:

- un nuovo modello di *welfare* di prossimità, basato su integrazione sociosanitaria, personalizzazione e relazioni;
- un coinvolgimento attivo dei cittadini nella prevenzione e nella cura;
- politiche locali flessibili che valorizzino le risorse territoriali (comuni, farmacie, volontariato, telemedicina);
- una cultura della salute condivisa, coerente con il paradigma *One Health*.

La salute del futuro non si costruisce esclusivamente negli ospedali, ma nelle case, nei quartieri, nei comuni e nelle relazioni sociali. Ma non solo.

La salute del futuro si costruisce restituendo fiducia all'intero sistema del sanitario e del sociale, rilegittimando il ruolo dei professionisti che vi operano, ridefinendo il rapporto che lega il cittadino alle strutture sul territorio e l'asse delle priorità e delle responsabilità che devono vedere la partecipazione attiva dello stesso cittadino.

Per questo è necessario contrastare la narrazione negativa che negli ultimi anni si è consolidata sul SSN (nonostante l'interruzione del Covid che aveva portato su un piano di eroismo chiunque lavorasse in sanità) attivando un sistema di contronarrazione che deve entrare nel DNA degli operatori sanitari, sociali e dei cittadini.

È necessario dare il giusto peso a quanto viene realizzato da tutto il sistema ogni giorno, evitando che il continuo parlare di crisi ne mini l'esistenza dalle fondamenta. E, nell'azione quotidiana di prendersi cura della persona nel suo complesso, l'attenzione deve essere rivolta sia verso il curato come verso il curante.

È nel lavoro quotidiano e condiviso tra sociale e sanitario che è possibile gettare le basi per affrontare le povertà, le fragilità, cambiare il linguaggio dei servizi, creare servizi "sartoriali", garantire servizi per la vita autonoma, individuare e monitorare situazioni domestiche non evidenti, riformare il personale sanitario e chiamare i cittadini a contribuire ai processi di rigenerazione e benessere.

«I costruttori delle antiche cattedrali sapevano benissimo che non le avrebbero viste finite. All'inaugurazione avrebbero partecipato i nipoti, non loro. Ma non importa: posero comunque la prima pietra. Ci vuole speranza, che è la forma propulsiva dell'immaginazione di Homo sapiens: pensare che un altro futuro sia possibile. La mitigazione del riscaldamento climatico, la salvaguardia della biodiversità, la lotta alle disuguaglianze globali sono le nostre sfide transgenerazionali. Sono le nostre cattedrali»⁽¹⁾.

1 "Ottomila generazioni", di Telmo Pievani in <https://corporate.pirelli.com/corporate/it-it/investitori/the-editorial-project-2023/pievani>



Appendice 1

Tabelle Capo IV del DPCM 2017 “Nuovi LEA” ed estratto Nomenclatore CISIS 2013

Nomenclatore CISIS 2013
Interventi e Servizi
A Segretariato Sociale - Informazione - Accesso
B Prevenzione e Sensibilizzazione
C Pronto intervento sociale
D Supporto alla persona alla famiglia e rete sociale
E Integrazione sociale
F Interventi educativo-assistenziali - Inserimento lavorativo
G Permanenza a Domicilio
H Servizi di supporto
Trasferimenti in denaro
I Trasferimenti in denaro
IA Trasferimenti per il pagamento di rette
IB Trasferimenti per attivazione di servizi
IC Integrazioni al reddito
Strutture
L Centri e attività diurne
LA Centri con funzione educativo-ricreativa
LB Asili e servizi per la prima infanzia
LC Centri e attività a carattere socio-sanitario
M Strutture residenziali
MA Presidi residenziali socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria
MB Altri centri e strutture residenziali
Fonte: Nomenclatore CISIS 2013

Percorsi Assistenziali	A21	
Percorso Assistenziale	C2	Accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
PAI	C3	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.
Permanenza a domicilio	C4	Sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Fonte: DPCM 12.1.2017

Materno Infantile	A24	
Prestazioni	C1	Prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile b. procreazione responsabile c. consulenza preconcezionale d. tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili e delle patologie benigne dell'apparato genitale e. assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro f. corsi di accompagnamento alla nascita g. assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato h. consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza i. consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita j. consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa k. consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia l. consulenza e assistenza a favore degli adolescenti m. prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi n. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) o. supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio p. valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione q. rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi r. prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale s. consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali t. consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale
Integrazione	C2	L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Fonte: DPCM 12.1.2017

Salute Mentale Adulti	A26	
Prestazioni	C1	Presa in carico multidisciplinare e svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività: a) individuazione precoce e proattiva del disturbo b) accoglienza c) valutazione diagnostica multidisciplinare d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia e) visite psichiatriche f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche g) colloqui psicologico-clinici h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari l) interventi sulla rete sociale formale e informale m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali n) collaborazione con i medici di medicina generale o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta
Integrazione	C2	L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione
Residenzialità e Semiresidenzialità	A33	
Trattamenti	C1	Trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. accoglienza b. attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale c. visite psichiatriche d. prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e. colloqui psicologico-clinici f. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) g. interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa h. interventi sulla rete sociale formale e informale i. collaborazione con i medici di medicina generale

segue >>

>> continua

Assistenza Residenziale	C2	L'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento: a. "trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore. - 100% SSN (Art. 33, comma 4)" b. "trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. - 100% SSN (Art. 33, comma 4)" c. "trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata. - 40% SSN (Art. 33, comma 4)"
Assistenza Semiresidenziale	C3	"Trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da équipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana. - 100% SSN (Art. 32, comma 4)"
Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza	C5	"Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012. - 100% SSN "

Fonte: DPCM 12.1.2017

Salute Mentale Minori	A25	
Prestazioni	C1	Presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. individuazione precoce e proattiva del disturbo b. accoglienza c. valutazione diagnostica multidisciplinare d. Programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia e. visite neuropsichiatriche f. prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 g. colloqui psicologico-clinici h. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) i. colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 j. abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche; k. interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana l. attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico m. gruppi di sostegno per i familiari n. interventi sulla rete sociale, formale e informale o. consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali p. consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale q. collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni r. adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile s. collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità t. progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta
Integrazione	C2	L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.
Residenzialità e Semiresidenzialità	A32	

segue >>

>> continua

Trattamenti	C2	I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: - accoglienza - Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento; - visite neuropsichiatriche - prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 - colloqui psicologico-clinici - psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo) - interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo) - abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche - interventi sulla rete sociale, formale e informale - attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore - collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni - collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale - adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile - collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità - progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta
Assistenza Residenziale	C3	L'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento: "trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento; - 100% SSN (Art. 33, comma 5)" "trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento - 100% SSN (Art. 33, comma 5)" "trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga motivata dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento. - 100% SSN (Art. 33, comma 5)"

Dipendenze Patologiche	A28	
Prestazioni	C1	Prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. accoglienza b. valutazione diagnostica multidisciplinare c. valutazione dello stato di dipendenza d. certificazione dello stato di dipendenza patologica e. Programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia f. Terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico g. gestione delle problematiche mediche specialistiche h. Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze i. colloqui psicologico-clinici j. colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia k. interventi di riduzione del danno l. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); m. interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa n. Gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica o. Gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica p. consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali q. collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta r. interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria s. collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità
Integrazione	C2	L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.
Residenzialità e Semiresidenzialità	A35	
Trattamenti	C1	Trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. accoglienza b. programma terapeutico e riabilitativo personalizzato c. gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica d. colloqui psicologico-clinici e. psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo) f. interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa g. interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo) h. collaborazione con la rete sociale formale e informale i. collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare j. collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta k. collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità l. rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.) m. collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento

segue >>

>> continua

Assistenza Residenziale	C2	In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento: a. "trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore. - 100% SSN (Art. 35, comma 3)" b. "trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore. - 100% SSN (Art. 35, comma 3)" c. "trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata. - 100% SSN (Art. 35, comma 3)"
Assistenza Semiresidenziale	C4	Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce: a. "trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana; - 100% SSN (Art. 35, comma 5)" b. "trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana. - 100% SSN (Art. 35, comma 5)"

Fonte: DPCM 12.1.2017

Disabilità	A27	
Prestazioni	C1	Prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività: a. valutazione diagnostica multidisciplinare b. Programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia c. gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio d. colloqui psicologico-clinici e. psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) f. colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi g. abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita h. interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana i. gruppi di sostegno j. interventi sulla rete sociale formale e informale k. consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali l. collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta m. collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni n. interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo
Integrazione	C2	L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.
Residenzialità e Semiresidenzialità	A34	

segue >>

>> continua

Assistenza Residenziale	C1	Trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a. "trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo. - 100% SSN (Art. 34, comma 2)" b. "trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. - 100% SSN (Art. 34, comma 2)" c. "trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare - 70% SSN (Art. 34, comma 2) 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare - 40% SSN (Art. 34, comma 2)"
Assistenza Semiresidenziale	C3	I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a. "trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. - 100% SSN (Art. 34, comma 4)" b. "trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali. - 70% SSN (Art. 34, comma 4)"
Centri di altissima specializzazione all'estero	C5	Concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore per cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero, nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Fonte: DPCM 12.1.2017

Non Autosufficienza		
Residenzialità e Semiresidenzialità	A30	
Assistenza Residenziale	C1	Trattamenti per le persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a. “trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17. - 100% SSN (Art. 30, comma 2)” b. “trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione. - 50% SSN (Art. 30, comma 2)”
Assistenza Semiresidenziale	C3	Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce: a. “trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. - 50% SSN (Art. 30, comma 4)”

Fonte: DPCM 12.1.2017

Cure Palliative		
Domiciliarità	A23	
Cure Domiciliari	C1	Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli: a. livello base: costituito da interventi che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale b. livello specialistico: costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.
Integrazione	C2	Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
Residenzialità	A31	
Assistenza Residenziale	C1	Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'équipe. - 100% SSN (Art. 31, Comma 2)

Fonte: DPCM 12.1.2017

Domiciliarità		
Cure Domiciliari	A22	
Integrazione	C2	Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria".
Assistenza Domiciliare	C3	In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: a. cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni, sono caratterizzate da un "Coefficiente di intensità assistenziale" (CIA1) inferiore a 0,14; b. cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci inclusi nel PHT2 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; c. cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci inclusi nel PHT3 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia; d. cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PHT4 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,51 e 0,60, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

segue >>

>> continua

Aiuto Infermieristico e Assistenza Tutelare	C4	Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento negli altri casi.
Integrazione	C5	Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
CIA		<i>“Coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC</i> <i>GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare</i> <i>GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma”</i>

Fonte: DPCM 12.1.2017

Residenzialità Extraospedaliera		
Elevato Impegno Sanitario	A29	
Trattamenti	C1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17. - 100% SSN (Art 29, comma 3)
Durata	C2	La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale da effettuarsi a 45 giorni dall'ingresso e, successivamente, almeno ogni 90 giorni.

Fonte: DPCM 12.1.2017



Appendice 2

Elenco dei servizi sociali o interventi offerti dai comuni

- Servizio sociale professionale
- Intermediazione abitativa / assegnazione alloggi
- Servizio per l'affidamento familiare
- Servizio per l'adozione minori
- Servizio di mediazione familiare
- Centri anti violenza
- Attività di sostegno alla genitorialità
- Altre attività di servizio sociale professionale
- Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio
- Attività ricreative, sociali, culturali
- Servizio di mediazione culturale
- Servizio di residenza anagrafica per persone senza dimora
- Altre attività di integrazione sociale
- Sostegno socio-educativo scolastico
- Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare
- Sostegno all'inserimento lavorativo
- Inserimento lavorativo per persone con disagio mentale
- Inserimento lavorativo per persone senza dimora
- Altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale
- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
- Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario
- Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio
- Telesoccorso e teleassistenza
- Servizi di prossimità (buon vicinato)
- Altri interventi di assistenza domiciliare
- Mensa
- Trasporto sociale
- Distribuzione beni di prima necessità
- Servizi per l'igiene personale
- Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)
- Pronto intervento per persone senza dimora
- Servizi di mediazione sociale
- Segretariato sociale / porta unitaria per l'accesso ai servizi
- Contributi per servizi alla persona
- Contributi per cure o prestazioni sanitarie
- Contributi per servizio trasporto
- Contributi per l'inserimento lavorativo
- Contributi per l'affido familiare
- Contributi e integrazioni a retta per centri diurni
- Contributi e integrazioni a retta per nidi
- Contributi e integrazioni a retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia

- Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali
- Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali
- Buoni spesa o buoni pasto
- Contributi economici per i servizi scolastici
- Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)
- Contributi per alloggio
- Contributi a integrazione del reddito familiare
- Contributi per il disagio mentale
- Contributi per persone senza dimora
- Spese funerarie per cittadini a basso reddito
- Altri contributi economici
- Nidi e sezioni primavera
- Servizi integrativi per la prima infanzia
- Centri diurni
- Centri diurni estivi
- Ludoteche / laboratori
- Centri di aggregazione / sociali
- Centri per le famiglie
- Centri diurni per persone con disagio mentale
- Centri diurni per persone senza dimora
- Altri centri e strutture a ciclo diurno
- Strutture residenziali
- Dormitori per persone senza dimora
- Case rifugio per vittime di violenza di genere
- Strutture di accoglienza per persone senza dimora
- Centri estivi o invernali (con pernottamento)
- Area attrezzata per Rom, Sinti e Caminanti
- Altri centri e strutture residenziali

Fonte: Istat, 2025



Bibliografia e sitografia

- AGENAS (2025a), *Monitoraggio Assistenza domiciliare*. <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-adi>
- AGENAS (2025b), *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 - I semestre 2025*. https://www.agenas.gov.it/images/2025/dm77/Report_Nazionale_DM77_I_semestre_2025.pdf
- AIFA (2025), *“I farmaci non sono caramelle” Campagna europea per promuovere l’uso responsabile dei medicinali da banco-2025*. <https://www.aifa.gov.it/campagna-sull-uso-responsabile-dei-farmaci-da-banco>
- ASviS (2023), *L’Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Rapporto ASviS 2023*, Roma.
- Auser (2024), Falasca C., a cura di, *Vivere la longevità. L’invecchiamento attivo nella transizione demografica per un welfare generativo*, Auser, Roma, marzo 2024.
- Azienda USL di Bologna (2024), *Presentato il progetto “CRA APERTA”: la Casa Residenza Anziani “Beata Vergine delle Grazie” al servizio della comunità*, 15/02/2024. <https://www.ausl.bologna.it/news/archivio-2024/presentato-il-progetto-cra-aperta-la-casa-residenza-anziani-beata-vergine-al-servizio-della-comunita>
- Barbetta G., Turati G., Sangrigoli A. (2015), *Il finanziamento della spesa per la non autosufficienza in Italia*, in Riva E., *Ripensare le politiche per la non autosufficienza*, Il Mulino, Bologna.
- Bertoni F., Bosi P., Lorenzini M. (2013), *La ricostruzione della spesa socio-sanitaria integrata nei distretti della Regione Emilia-Romagna nel 2010*, Working paper, CAPPAPERS n. 101, Dipartimento di Economia Marco Biagi - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, febbraio 2013.
- Camera dei deputati (2022), *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)*, Servizio Studi XVIII Legislatura, settembre 2022, Roma.
- Caritas Italiana (2022), *L’anello debole. Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Edizioni Palumbi, Teramo.
- Caritas Italiana (2025), *La povertà in Italia secondo i dati della Rete Caritas. Report Statistico Nazionale 2025*, Edizioni Palumbi, Teramo.
- CENSIS (2022), *Generazione Post Pandemia. Bisogni e aspettative dei giovani italiani nel post Covid 19*, Roma, giugno 2022.
- CENSIS (2024), *58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2024*, Roma.

- Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza (2022), *Indagine conoscitiva. Le dipendenze patologiche diffuse tra i giovani*, Roma. https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/relazioni/libreria/novita/XVIII/I_C_Dipendenze_Patologiche.pdf
- Consiglio Superiore di Sanità, Ministero della Salute (2022), Sezione I - Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca, sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN, *I disturbi da Addiction nelle dipendenze non legate all'uso/abuso di sostanze*, 12 ottobre 2022.
- Corte dei conti (2025), *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province Autonome, Esercizi 2021-2024*, Deliberazione n.15/SEZAUT/2025/FRG.
- C.R.E.A. Sanità (2023), *Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione*, 19° Rapporto Sanità, Roma, dicembre 2023.
- Dipartimento per le politiche di coesione e per il sud, Presidenza del Consiglio dei Ministri (2025), *Le Aree Interne 2021-2027*. <https://politichecoesione.governo.it/it/politica-di-coesione/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/strategia-nazionale-aree-interne-snai/le-aree-interne-2021-2027/>
- Dipartimento per le politiche di coesione e per il sud, Presidenza del Consiglio dei Ministri (2025), *Piano Strategico Nazionale delle Aree Interne*, luglio 2025.
- European Commission (2023), *Eurobarometro Flash 530 Salute mentale*, ottobre 2023. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=89178>
- Eurostat (2025a), Dataset: *Population structure indicators at national level*, anno 2024.
- Eurostat (2025b), Dataset: *Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex*, anno 2024.
- Eurostat (2025c), Dataset: *In work at-risk-of-poverty rate by sex*, anno 2024.
- Eurostat (2025d), Dataset: *Persons at risk of poverty by level of disability (activity limitation), sex and age*, anno 2024.
- Ferri A., Peiti C., Vignocchi C. (2024), *Il welfare locale: fotografia e traiettorie evolutive della domanda di cura*, in Colombo E., Venturi P., Violini L., Vittadini G., a cura di, *Sussidiarietà e...welfare territoriale*, Rapporto sulla sussidiarietà 2023/2024, ottobre 2024.
- Fondazione GIMBE (2024), *7° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale*, ottobre 2024, Roma.
- Forward. Supplemento a Recenti Progressi in medicina, *One Health*, ottobre 2024, Il Pensiero Scientifico Editore. <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-35-one-health/>
- Inps (2025), *XXIV Rapporto Annuale 2025*, luglio 2025, Roma.
- Istat (2019), *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*, Roma, 2019.
- Istat (2020), *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia*, Roma, 2020.
- Istat (2024a), *Le statistiche sulla povertà. Anno 2023*, Roma, 17 ottobre 2024.
- Istat (2024b), *Livelli di istruzione e ritorni occupazionali. Anno 2023*, Roma, 17 luglio 2024.
- Istat (2024c), *Bes 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma.
- Istat (2024d), *Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà. Anno 2023*, Roma, 17 dicembre 2024.
- Istat (2025a), *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Base 1/1/2024*, Roma, 28 luglio 2025. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie_Base-Base-112024.pdf

- Istat (2025b), *Condizioni di vita e reddito delle famiglie. Anni 2023-2024*, Roma, 26 marzo 2025.
- Istat (2025c), *Le condizioni di vita dei minori di 16 anni*, Roma, 14 luglio 2025.
- Istat (2025d), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma, maggio 2025.
- Istat (2025e), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. Al 1° gennaio 2023*, Roma, 6 febbraio 2025.
- Istat (2025f), *Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC)*, Roma.
- Istat (2025g), *Sistema Informativo: Disabilità in cifre*, Roma.
- Istat (2025h), *Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024*.
- Istat (2025i), *La spesa dei Comuni per i servizi sociali. Anno 2022*, Roma 24 settembre 2025. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-spesa-dei-comuni-per-i-servizi-sociali-anno-2022/>
- Istituto di Fisiologia Clinica - CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche (2024), *ESPAD Italia 2023 Navigare il Futuro: dipendenze, comportamenti e stili di vita tra gli studenti italiani. Rapporto di Ricerca sulla diffusione dei comportamenti a rischio fra gli studenti delle scuole superiori di secondo grado*, Pisa 2024. https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2025/03/ESPAD_2023_FINALE.pdf
- Istituto Superiore di Sanità (2023), Mortali C, Mastrobattista L, Palmi I, Solimini R, Pacifici R, Pichini S, Minutillo A., a cura di, *Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali*, Rapporti ISTISAN 23/25, Roma. <https://www.cesda.net/wp-content/uploads/2024/02/Dipendenze-comportamentali-nella-Generazione-Z.pdf>
- Istituto Superiore di Sanità EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica (2025), Passi d'Argento, I dati per l'Italia: Isolamento sociale. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/isolamento>
- Maino F, a cura di (2023), *Agire insieme. Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare. Sesto Rapporto sul secondo welfare*, Percorsi di secondo welfare, Milano.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2024), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 25, giugno 2024, Roma.
- Ministero della Salute (2024a), *Rapporto Salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2023*, Roma, giugno 2024.
- Ministero della Salute (2024b), *Rapporto Tossicodipendenze Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2023*, Roma, maggio 2024.
- OECD (2023), *Disabilità, lavoro e inclusione in Italia. Una migliore valutazione per una migliore assistenza*, OECD Publishing, Paris. https://www.oecd.org/it/publications/disabilita-lavoro-e-inclusione-in-italia_66abbfe6-it.html
- ONU (2015), *Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, 21 ottobre 2015. <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2013), *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*, Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241506021_ita.pdf
- Pesaresi F. (2024), *La ripartizione della spesa nei servizi sociali e sociosanitari. La suddivisione della spesa fra sociale e sanità*, in I Luoghi della Cura, n. 4/2024, settembre 2024.
- Planetary Health Alliance, Advancing Plan-

- etary Health. <https://planetaryhealthalliance.org/what-is-planetary-health/>
- Rossi E. (2018), *Il "Sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, Rivista AIC N° 2/2018, maggio 2018.
 - Rovati G. (2025), *Le caratteristiche multidimensionali della povertà*, in *Dizionario di dottrina sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo*, 2025, 1, pp. 7-19. Prima pubblicazione online marzo 2025, Vita e Pensiero. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.
 - Saraceno C. (2018), *Il lavoro non basta a proteggere dalla povertà*, Neodemos, 10 aprile 2018.
 - Save the Children (2014), *La lampada di Aladino. L'indice di Save the Children per misurare le povertà educative e illuminare il futuro dei bambini in Italia*.
 - Save the Children (2024), *Domani (im)possibili. Indagine nazionale su povertà minorile e aspirazioni*, maggio 2024.
 - The London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) (2025), *Climate change-driven summer heat caused 16,500 additional deaths across Europe, study estimates*, 18 September 2025. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2025/climate-change-driven-summer-heat-caused-16500-additional-deaths-across-europe>
 - Ufficio Parlamentare di Bilancio (2025), *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, Focus tematico n. 3, 22 maggio 2025. https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2025/05/Focus-3_2025_PNRR_sanita.pdf
 - UNEP (2020), *Report Preventing the next pandemic - Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission*, 29 February 2020. <https://www.unep.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and>
 - Violini L., Vimercati B. (2021), *Il welfare italiano e il dedalo delle competenze che lo connota: l'esempio del finanziamento dei servizi socio-sanitari*, in DPCE Online, Vol. 47 No. 2, luglio 2021.
 - WHO (2023), *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report*, 18 September 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
 - WHO (2025), *WHO Director-General's opening remarks at the second meeting of the open-ended Intergovernmental Working Group on the WHO Pandemic Agreement (IGWG)* – 15 September 2025. [https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-second-meeting-of-the-open-ended-intergovernmental-working-group-on-the-who-pandemic-agreement-\(igwg\)---15-september-2025](https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-second-meeting-of-the-open-ended-intergovernmental-working-group-on-the-who-pandemic-agreement-(igwg)---15-september-2025)



ISBN: 978-88-6650-056-8