

Per un welfare che consolida il presente e guarda al futuro

Il contributo analizza il ruolo del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza nel promuovere il dibattito e accompagnare il processo di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Attraverso l'analisi delle principali proposte e delle criticità ancora aperte, il capitolo ricostruisce le sfide legate all'integrazione dei servizi, al lavoro di cura, alla sostenibilità del sistema e all'attuazione della riforma, evidenziando la necessità di un approccio organico e orientato all'equità.

Di Antonio Monteleone (Presidente Dipartimento Lombardia Confindustria Salute Sanità e Cura)

Il "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza" rappresenta oggi molto più di una coalizione di organizzazioni della società civile: esso costituisce un vero e proprio osservatorio privilegiato sui bisogni attuali e prospettici del sistema di Long-Term Care (LTC) italiano. Tale qualificazione deriva dalla sua struttura composita – che riunisce oltre 50 organizzazioni tra sindacati, associazioni di pazienti, enti del terzo settore, rappresentanze dei gestori e società scientifiche – e dalla capacità di raccogliere evidenze empiriche attraverso attività continuative di analisi, consultazione e confronto con centri di studio, operatori e territori.

Nato per colmare un vuoto programmatico – ovvero l'assenza di una riforma organica nazionale della LTC per oltre venticinque anni – il Patto ha **accompagnato la gestazione normativa e ha inciso concretamente sul testo della legge delega 33/2023**, contribuendo alla costruzione di un'agenda condivisa di intervento: molte delle sue proposte (tra cui la semplificazione dei percorsi di accesso, l'integrazione sociosanitaria e l'introduzione di una prestazione universale per la non autosufficienza) sono state riprese quasi alla lettera. Tuttavia, tale recepimento è avvenuto in forma parziale e non sempre coerente nel successivo decreto attuativo.

Un'ideale unità di previsione strategica

Proprio la pluralità di sguardi che il Patto riunisce lo rende sia un'ideale *advisor* in grado di dare supporto e fornire raccomandazioni fondate *on the field*, sia un'unità di previsione strategica le cui valutazioni vanno tenute in conto. Ricordo: le unità di previsione strategica sono unità di staff in aiuto dei decisori per fornire loro gli scenari dei futuri possibili a supporto dei processi deliberativi. Gli aderenti al Patto hanno esercitato questa funzione attraverso diversi strumenti di approfondimento: gruppi di lavoro per cluster d'interesse, produzione di rapporti, monitoraggio normativo, raccolta di evidenze territoriali, confronti internazionali e incontri con stakeholder locali.

Un'articolazione e una modalità di lavoro di tal natura, infatti, sono in grado di cogliere le tensioni che attraversano il presente senza appiattirsi sull'emergenza, proiettando invece lo sguardo sul medio-lungo periodo. Il presupposto è che **le soluzioni del prossimo futuro dovranno conciliare tre dimensioni inscindibili**: la **capacity** della rete d'offerta, chiamata a rispondere a fabbisogni in costante e complessa evoluzione; la **sostenibilità** di un sistema radicato necessariamente in un tessuto relazionale di vicinanza territoriale, fatto di comunità, famiglie e reti informali; e l'**apertura** a nuove forme di presa in carico, che vadano oltre i modelli consolidati per integrare domiciliarità evoluta, residenzialità multiservizi, telemedicina e teleassistenza e nuovi servizi di prossimità. Solo tenendo insieme queste linee sarà possibile ridisegnare efficacemente il welfare della non autosufficienza.

Blocchi di partenza per uno sprint necessario

L'immagine dei "blocchi di partenza" appare particolarmente calzante per descrivere la fase attuale. La legge delega 33/2023, che recepisce molte delle proposte avanzate dal Patto, ha imbastito un quadro di riferimento promettente, finalizzato a semplificare l'accesso alle prestazioni, a integrare servizi sanitari e sociali, e a introdurre una prestazione universale per la non autosufficienza. Tuttavia, come hanno osservato i coordinatori del Patto – Cristiano Gori, Eleonora Vanni e Franco Pesaresi – il decreto attuativo 29/2024 ha dato seguito solo parzialmente alle promesse contenute nella delega, lasciandone inattuata una parte significativa e compiendo, su alcuni aspetti, persino passi indietro.

Questi "blocchi di partenza" normativi, per quanto imperfetti, offrono comunque un appoggio favorevole allo sprint: definiscono un perimetro di intervento, legittimano la necessità di un ripensamento strutturale del sistema e forniscono alle Regioni – pur con limiti evidenti – una prima base programmatoria uniforme su cui innestare le proprie politiche.

Innovazione come processo: la richiesta di modelli uniformi e la sartorializzazione territoriale

Uno dei nodi centrali che il Patto ha contribuito a mettere a fuoco riguarda il rapporto tra uniformità nazionale e flessibilità locale. La richiesta di criteri omogenei risponde a esigenze di equità programmatoria che il governo nazionale deve offrire alle Regioni, anche in ragione dei propri obblighi di finanziamento. Tuttavia, questa uniformità non può tradursi in un approccio centralistico che ignori le specificità dei territori. **Le aree montane e quelle interne, in particolare, pongono sfide del tutto peculiari:** dispersione geografica, invecchiamento demografico marcato, carenza di servizi di prossimità.

Diverse esperienze disseminate per l'Italia – assistenza domiciliare potenziata, RSA aperta, cohousing, telemedicina nelle aree interne e reti locali integrate tra sanità e sociale – e fatte emergere dagli esperti del Patto indicano che l'innovazione non è un prodotto da calare dall'alto, ma un processo che si nutre della capacità di leggere i bisogni specifici dei territori e di attivare reti di prossimità. Il Patto, promuovendo una campagna di eventi in diverse Regioni italiane – da Milano a Firenze, dall'Emilia-Romagna alla Puglia – ha proprio l'obiettivo di favorire un confronto che parta dai bisogni reali delle persone e che si apra alle specificità territoriali.

Mettere in filiera: dalla cura informale alla residenzialità

Un altro degli aspetti più innovativi della riflessione che il Patto ha stimolato riguarda la necessità di superare la frammentazione che storicamente caratterizza il sistema italiano di LTC. L'obiettivo è costruire una filiera integrata che connetta tutti i livelli dell'assistenza: la cura informale prestata dai familiari, il lavoro di cura privato (le badanti), l'assistenza domiciliare pubblica (ADI), i centri diurni e, infine, i servizi residenziali. Solo una visione di filiera può garantire la presa in carico unitaria della persona non autosufficiente, evitando che i passaggi tra un setting e l'altro si traducano in vuoti assistenziali o in costi impropriamente scaricati sulle famiglie. Come s'intuisce, servono strumenti multilivello: Regioni programmano, ASL coordinano, Comuni gestiscono il sociale. Con un ruolo centrale assunto dal case management.

La centralità di questa prospettiva emerge con chiarezza se si considera la situazione dei servizi domiciliari pubblici: i dati mostrano che l'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili, per un totale medio di appena 16 ore annue di assistenza. È una risposta evidentemente insufficiente, che spiega perché le famiglie siano costrette a cercare soluzioni alternative, spesso informali o irregolari.

Il badantato: una realtà da assorbire nel sistema

Il Patto ha il merito di aver posto con chiarezza anche il **tema del badantato, non come fenomeno da demonizzare o da ignorare, ma come realtà da comprendere** e, per quanto possibile, da integrare in un quadro programmatico avendo di mira alcune misure prioritarie: registri territoriali, formazione, incentivi alla regolarizzazione e forme di riconoscimento “leggero”, ossia prive di formalità e requisiti eccessivamente rigidi per un lavoro di natura domestica. Ciò consente di far emergere il lavoro irregolare, aumentare la qualità dell’assistenza, creare una rete integrata pubblico-privato invece di due sistemi paralleli. Se le famiglie italiane continuano a ricorrere massicciamente alle badanti – spesso in condizioni di irregolarità contrattuale – è per ragioni che non sono solo economiche, ma anche dettate dall’urgenza e dalla necessità di garantire un’assistenza continuativa che il sistema pubblico non riesce a offrire.

I numeri sono eloquenti. Come evidenziato dal Rapporto 2025 Family (Net) Work promosso da Assindatcolf, il comparto domestico e di cura familiare genera un valore aggiunto di circa 17 miliardi di euro, corrispondente a quasi l’1% del PIL nazionale, ma registra un tasso di irregolarità superiore al 55%. Nel 2024 i lavoratori domestici registrati all’INPS sono scesi a 817.400 unità (-16,2% rispetto al 2021) e, per la prima volta, le badanti hanno superato numericamente le colf, confermando la prevalenza delle attività di cura. In alcune province, come Ferrara, si stima che oltre una badante su due lavori in nero.

Di fronte a questa realtà, il Governo ha introdotto alcune misure: il cosiddetto “Bonus badanti over 80” da 850 euro mensili per anziani ultraottantenni con ISEE inferiore a 6.000 euro, e l’ampliamento delle quote del Decreto Flussi con 10.000 nuove unità destinate all’assistenza familiare per il 2025. Si tratta, tuttavia, di interventi giudicati insufficienti dagli operatori del settore. Con 850 euro mensili si possono pagare al massimo 70 ore di servizio diurno al mese.

Copertura del fabbisogno e sostenibilità: il nodo irrisolto

La costruzione di una filiera integrata si scontra, tuttavia, con un dato strutturale: la copertura del fabbisogno è gravemente insufficiente, e i costi dell’assistenza sono spesso insostenibili per le famiglie. L’Italia è l’unico tra i grandi Paesi europei a non aver ancora concluso la riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti: la Germania l’ha approvata trent’anni fa, la Francia nel 2002, la Spagna nel 2006. Questo ritardo si traduce in un sistema che scarica sulle famiglie oneri sempre più pesanti.

I dati sulle liste d’attesa per l’accesso alle RSA sono allarmanti: **in Italia 242.570 anziani attendono un posto nelle strutture residenziali**, tra RSA, residenze protette e centri servizi. È un dato enorme, perché sfiora l’intera disponibilità nazionale di posti letto per persone non autosufficienti, pari a 265.659 unità.

È altrettanto allarmante il tema della sostenibilità economica delle RSA, messa oggi sotto pressione sia dal lato dei gestori, alle prese con l’aumento dei costi del personale, dell’energia e di beni e servizi, sia dal lato delle famiglie, che sempre più spesso faticano a sostenere rette elevate per periodi prolungati. A fronte di queste criticità, i contributi pubblici rimangono limitati e spezzettati.

La questione delle rette per l’Alzheimer: un banco di prova

Tra i punti più delicati dell’intero sistema vi è quello delle rette applicate agli anziani affetti da Alzheimer e da altre patologie neurodegenerative, perché queste condizioni richiedono un’assistenza continuativa, altamente specializzata e più onerosa rispetto alla media. **È proprio qui che emerge una delle principali ragioni della difficoltà delle RSA:** strutture chiamate a sostenere costi crescenti per personale qualificato, maggiore intensità di attenzione e cura, sicurezza e prestazioni dedicate, senza che il quadro dei finanziamenti pubblici e della compartecipazione delle famiglie riesca a reggere in modo equo e stabile. A rendere il quadro ancora più complesso si aggiunge il contenzioso, alimentato dall’assenza di una norma interpretativa chiara sull’applicazione del criterio del 50%, la cui adozione continua a variare in modo discrezionale secondo

gli orientamenti delle Corti di merito e di legittimità.

Il cosiddetto “criterio del 50%” riguarda il principio, il cui riferimento normativo chiave è il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, secondo cui nelle strutture residenziali la componente sanitaria delle prestazioni (a carico del Servizio Sanitario Nazionale) e quella socio-assistenziale (a carico dell'utente o del Comune) dovrebbero essere ripartite in misura tendenzialmente equilibrata del 50%. Tuttavia, l'assenza di una norma interpretativa univoca ha prodotto applicazioni disomogenee e un contenzioso crescente, con orientamenti differenziati sia nella giurisprudenza di merito sia in quella di legittimità

Il punto di approdo

Il punto di approdo della riflessione che il Patto ha stimolato è che l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi residenziali, il miglioramento della qualità dell'assistenza, la tutela del lavoro di cura e la soluzione della questione delle rette per le demenze rappresentano obiettivi tra loro strettamente interdipendenti. Non è possibile affrontarli separatamente, perché ciascuno di essi condiziona gli altri. Abbattere le liste d'attesa senza aumentare la qualità dell'assistenza significherebbe replicare un modello che già oggi mostra limiti evidenti. Migliorare la qualità senza tutelare il lavoro di cura sarebbe velleitario. Risolvere la questione delle rette per l'Alzheimer senza un ripensamento complessivo del finanziamento del sistema LTC rischierebbe di scaricare i costi su altre voci del welfare, innescando tensioni insostenibili.

Solo un **intervento organico** su tutti questi assi – che il Patto continua a sollecitare con forza – può garantire equità di accesso alle prestazioni, dignità a professionisti e operatori, e sostenibilità complessiva del sistema. Come ha sintetizzato Cristiano Gori, “l'assistenza agli anziani non è solo un dovere morale: è un investimento che genera risorse e coesione sociale”.

Sfide aperte e traiettorie di sviluppo

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia si trova a un crocevia decisivo. I “blocchi di partenza” normativi sono stati posizionati, ma lo sprint rischia di essere frenato da una cronica carenza di risorse e da una volontà politica che, come denunciato dal Patto, fatica a tradurre le dichiarazioni d'intenti in interventi strutturali. La Legge di Bilancio per il 2024, ad esempio, non ha previsto stanziamenti significativi per la non autosufficienza, suscitando l'allarme delle organizzazioni della società civile.

Eppure, le direzioni da intraprendere sono chiare: costruire una **filiera integrata** che accompagni la persona dalla cura informale alla residenzialità; riconoscere e **regolarizzare il badantato** come componente ineludibile del sistema; **garantire uniformità** di criteri su base nazionale, lasciando al contempo spazio a forme di sartorializzazione territoriale – particolarmente urgenti per le aree montane e interne; **affrontare il nodo delle rette** per l'Alzheimer con una norma chiara che risponda a una situazione giurisprudenziale più da *common law* (sistema anglosassone) che da *civil law* (sistema continentale); abbattere le liste d'attesa aumentando l'offerta di posti letto e migliorando la qualità dell'assistenza. Il Patto per la Non Autosufficienza, grazie alla sua capacità di riunire competenze scientifiche, rappresentanza sociale e prossimità ai bisogni delle persone, si è progressivamente affermato come uno dei principali attori collettivi impegnati nel promuovere il dibattito e nel sostenere il processo di riforma del settore.

La vera sfida, oggi, non è più soltanto rivendicare una riforma, ma **garantirne un'attuazione coerente**, accompagnata da risorse adeguate e orientata da una visione di lungo periodo. Perché, come ricordano i promotori della campagna “*Dai principi alle persone*”, il passaggio dall'architettura normativa al reale impatto sulla vita quotidiana degli anziani e delle loro famiglie «ha bisogno di un approccio pragmatico e coerente, nonché dell'apporto e della condivisione di tutti i portatori di interesse».

BIBLIOGRAFIA

Assindatcolf, IDOS (2025), *Rapporto Family (Net) Work 2025*, Roma.

Gori C. (a cura di) (2024), *Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Gori C., Fernández J.L., Wittenberg R. (eds.) (2016), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries. Successes and Failures*, Policy Press, Bristol.

INPS (2025), *Osservatorio sul lavoro domestico*, Roma.

ISTAT (2025), *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma.

Network Non Autosufficienza (NNA) (2024), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2024*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (2021), *Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Cinque impegni per partire con il piede giusto*, Roma.

Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (2026), *Il nuovo Piano nazionale per gli anziani non autosufficienti 2025-2027. Un primo bilancio*, Roma.

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2026), *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027*, allegato al D.P.C.M. 20 aprile 2026.