

Bocconi

LTC: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE



**Università
Bocconi**

BAFFI CAREFIN
Centre for Applied Research
on International Markets, Banking,
Finance and Regulation

**Patrizia Contaldo
Francesco Ballotta**

Premessa



L'obiettivo della ricerca è analizzare i servizi e le prestazioni offerte agli anziani non autosufficienti in Italia, in un'ottica di complementarità tra i diversi attori del settore. L'integrazione tra pubblico e privato nell'offrire soluzioni concrete ai non autosufficienti sta diventando negli ultimi anni un tema sempre più caldo, a causa del processo di invecchiamento della popolazione.

Settore Pubblico

Interventi del Ministero delle Politiche Sociali attraverso il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, ma anche il ruolo dell'INPS nel fornire assistenza agli anziani in difficoltà.

Settore Privato

Compagnie Assicurative, Fondi Negoziati Integrativi, Casse Previdenziali

I fondi pubblici

Fondo Nazionale per la non autosufficienza

Istituito nel 2007, ha ricoperto negli anni un ruolo sempre più importante nel finanziare gli interventi a favore della non autosufficienza. Nel 2021 è previsto lo stanziamento di 568,9 milioni di euro, ripartiti tra le regioni secondo criteri demografici (numero di residenti over 75 in regione)

Fondo Demenze e Alzheimer

All'interno della legge di bilancio 2021 sono stati stanziati 15 milioni di euro a favore delle famiglie che sostengono persone affette da Alzheimer o malattie neurodegenerative.

FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA



Il Fondo Nazionale per la non autosufficienza nasce con la legge finanziaria del 2007 con l'obiettivo di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale alle persone Non Autosufficienti.

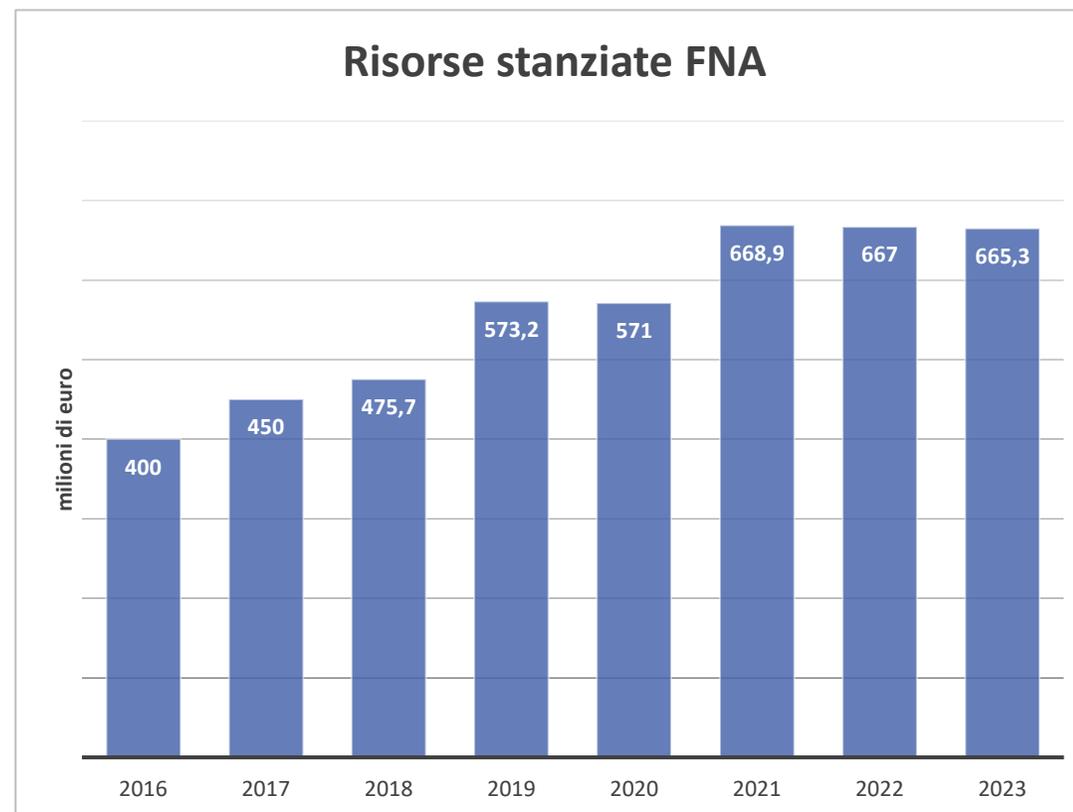


Nei primi anni della sua esistenza tuttavia rappresenta una risorsa residuale rispetto ai fondi locali e regionali e pertanto non riesce ad imprimere una spinta all'abbattimento della eterogeneità nella spesa sociale delle diverse regioni.



La svolta arriva nel 2015. Attraverso i successivi piani nazionali per la non autosufficienza si afferma la volontà di rendere il FNA la principale fonte di sostegno ai non autosufficienti. La legge di bilancio 2021-2023 conferma questa tendenza e, nonostante la crisi COVID-19, incrementa le risorse a disposizione delle regioni

Risorse stanziare FNA



BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI DEL FNA



LA NECESSITÀ DI UNA DEFINIZIONE COMUNE

Garantire servizi e sostegni omogenei a livello nazionale non può prescindere da una definizione comune della condizione di non autosufficienza, declinata nei diversi gradi di gravità.

Disabili Gravissimi

Nel settembre 2016 si è giunti ad una definizione univoca di disabilità gravissima, che identifica particolari condizioni patologiche o bisogni di assistenza nell'espletamento di funzioni vitali attraverso l'utilizzo di scale validate scientificamente. È possibile rinvenire un vero e proprio elenco delle patologie che danno origine a questa condizione (es. SLA, SMA, Parkinson). La presenza di una definizione comune ha incrementato in poco tempo il grado di qualità dei servizi offerti a livello nazionale.

Non autosufficienti gravi

Non esiste ancora una definizione precisa di non autosufficienza grave ma dal 2018 sono stati fatti i primi passi in questo senso. La difficoltà sta nell'identificare diverse «misure» di non autosufficienza mentre nel caso di disabilità gravissima si tratta più di una semplice rilevazione della condizione biomedica.

LA NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE

L'obiettivo è giungere ad una definizione comune di non autosufficienza grave. Prima però è necessario comprendere gli step necessari per definire la condizione e le necessità del paziente.

Punti unici di accesso:
consentono l'accesso ai servizi al cliente

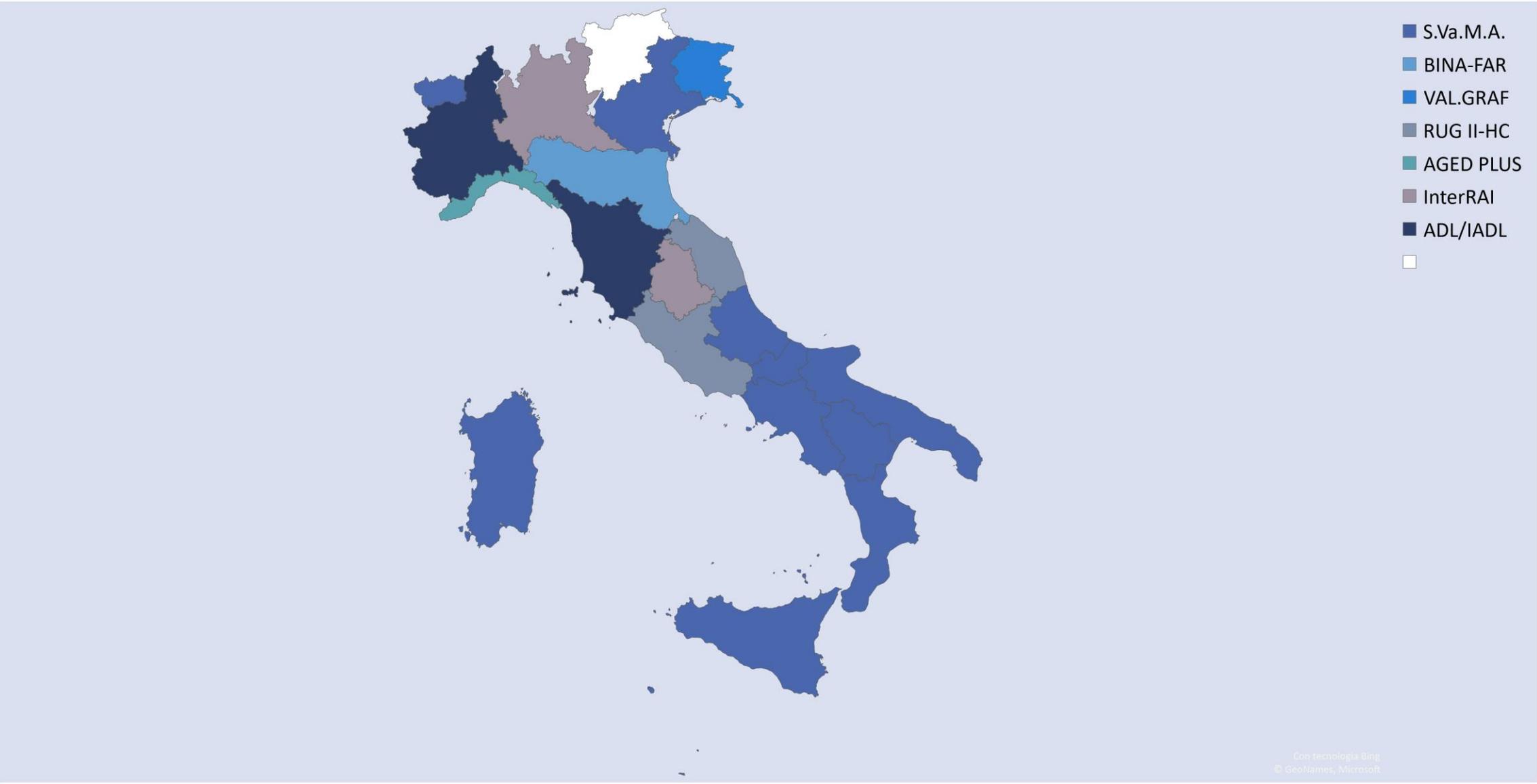
Valutazione Multidimensionale:
permette di definire il bisogno assistenziale del cliente

Col progetto personalizzato si identificano i fondi e i servizi da fornire al paziente

Col budget personalizzato si definiscono i costi e le risorse da impiegare

Il processo di valutazione multidimensionale dell'assistito viene effettuato da ogni regione con diverse schede di valutazione, che oltre ad utilizzare diverse scale considerano anche diversi aspetti dell'individuo (condizioni di salute, relazioni, attività quotidiane, situazione economica e familiare). In sintesi vi sono troppe divergenze nelle modalità di presa in carico del paziente ed è necessario un orientamento univoco nazionale.

SCHEDE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE IN ITALIA



Con tecnologia Bing
© GeoNames, Microsoft

WHODAS 2.0 : il punto di riferimento

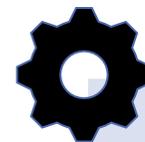
Il primo passo per definire una scheda di valutazione multidimensionale della disabilità e della non autosufficienza comune a tutte le regioni Italiane è quello di utilizzare un'unica classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), avvalendosi dello strumento promosso dall'OMS. Tale strumento è chiamato WHODAS 2.0 e consiste in una analisi multidimensionale del paziente che, in particolare, prende in considerazione i seguenti aspetti:

- Valutazione Sanitaria
- Valutazione Cognitiva
- Valutazione delle attività quotidiane (Funzionale)
- Valutazione della socializzazione e della partecipazione

Il passo successivo sarà andare a verificare quali di queste componenti sono analizzate dalle varie regioni, quali no ed eventualmente capire se esistono delle dimensioni del paziente che non vengono prese in considerazione in riferimento al modello proposto e alla classificazione adottata. Quel che è sicuro è che questo schema deve agire da guida nella definizione di modalità omogenee su tutto il territorio italiano per la specificazione di un progetto personalizzato individuale di cura ed assistenza.

Il confronto delle schede italiane con WHODAS 2.0

VALUTAZIONI WHODAS 2.0	REGIONI CHE LA EFFETTUANO	Numero**
VALUTAZIONE SANITARIA	Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto , Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Marche, Lombardia, Umbria, Piemonte, Toscana, Friuli	19
VALUTAZIONE COGNITIVA	Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto , Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Marche, Lombardia, Umbria, Piemonte, Toscana, Friuli	19
VALUTAZIONE FUNZIONALE	Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto , Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Marche, Lombardia, Umbria, Piemonte, Toscana, Friuli	19
VALUTAZIONE DELLA SOCIALIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE	Basilicata, Campania, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, Liguria, Lombardia, Umbria, Piemonte, Toscana, Friuli	16



L'analisi delle diverse schede di valutazione porta alle seguenti considerazioni:

- Le scale di valutazione sono diverse per ogni scheda e ciò può creare confusione nel distinguere i diversi gradi di non autosufficienza e nel convertire i risultati con la scala proposta dall'ICF.
- Tre regioni (Emilia-Romagna, Lazio e Marche) non inseriscono la valutazione sociale all'interno della loro scheda.
- Alcune schede (es. S.Va.M.A) perseguono, come WHODAS 2.0, lo scopo di valutare la non autosufficienza. Altre (es. RUG II-HC) sono più pensate per gestire l'ammissione dell'individuo all'interno delle strutture RSA.



I servizi offerti

Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Assegno/buono di sostegno per spese
sanitarie/assistenziali

Accoglienza in centro diurno

Ricovero in strutture RSA

I vari servizi presentano chiaramente un diverso impatto in termini di costi e professionalità richieste per l'erogazione. L'obiettivo del piano attuale è quello di favorire la domiciliarità, attraverso l'ADI o attraverso un sostegno economico, che spesso permette alle famiglie di sostenere le spese per un caregiver.



Per stabilire la prestazione o l'assegno monetario da attribuire al paziente utilizza come criterio il grado di impegno/assistenza richiesto al caregiver.

Verso una definizione di non autosufficienza grave

Nel 2017 viene costituita una commissione tecnico-scientifica che elabora un meccanismo denominato **mFNA** per effettuare una valutazione economica delle prestazioni e dei servizi erogati da ogni regione a favore dei non autosufficienti. Questa scheda permette di trans-codificare i risultati delle diverse scale di valutazione multidimensionale delle regioni e di definire, in base alle condizioni del paziente, il tipo di servizio offerto e i relativi costi. Non si tratta pertanto di una modalità per valutare il grado di non autosufficienza, ma di una classificazione dei costi regionali.

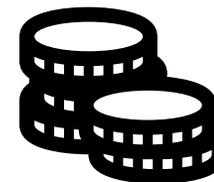
Ambito	Peso	Coefficienti per tipologia di assistenza					Punteggi possibili	
Cura della persona e trasferimenti	5	Nessuna o lieve necessità	Ausili	Supporto fisico complementare	Supporto fisico sostitutivo		0/5/10/15	
		0	1	2	3			
Mobilità domestica	4	Nessuna o lieve necessità	Ausili	Supporto fisico complementare	Supporto fisico sostitutivo	Vigilanza e/o supervisione non continuativa	Vigilanza e/o supervisione continuativa non H24	0/4/8/12
		0	1	2	3	2	3	
Gestione del comportamento	4	Nessuna o lieve necessità	Ausili	Vigilanza e/o supervisione non continuativa		Vigilanza e/o supervisione continuativa non H24		0/4/8/12
		0	1	2		3		
Compiti domestici	2	Nessuna o lieve necessità	Ausili	Supporto fisico complementare	Supporto fisico sostitutivo		0/2/4/6	
		0	1	2	3			
Mobilità per attività extra-domestiche	2	Nessuna o lieve necessità	Ausili	Supporto fisico complementare	Supporto fisico sostitutivo		0/2/4/6	
		0	1	2	3			

Criteri di ripartizione del fondo nazionale per la non autosufficienza.

Al momento le risorse del fondo vengono spartite a priori e non in base al numero effettivo di interventi a favore di non autosufficienti effettuati. In particolare, i due criteri utilizzati al momento sono i seguenti:

Numero di persone residenti in regione con età pari o superiore a 75 anni.

Indicatori demografici utilizzati dalla legge sulla ripartizione del fondo per le politiche sociali del 2000.



Si tratta di criteri in uso da molto tempo, che non considerano il reale peso della non autosufficienza sui bilanci regionali.

Una possibile soluzione

Criteri di valutazione

Favorire l'adozione di mFNA come scala per definire i costi sostenuti da ogni regione e di conseguenza le percentuali di ripartizione del fondo.

Scheda di valutazione multidimensionale

Per garantire l'equità a livello nazionale bisogna introdurre un metodo di valutazione della non autosufficienza e della definizione del progetto personalizzato comune a tutte le regioni.

Le schede più idonee a divenire lo standard nazionale sono probabilmente **WHODAS 2.0** e **S.Va.M.A.** : il primo perché è lo strumento sviluppato direttamente dall'ICF e riconosciuto a livello internazionale, il secondo perché si ispira direttamente a WHODAS 2.0 e perché è attualmente utilizzato dalla maggior parte delle regioni. Va sottolineato che entrambe non sviluppano una **valutazione psicologica**, che quindi andrebbe integrata in un modello definitivo.

La novità del PNRR

Nell'aprile del 2021 il governo Draghi ha presentato all'UE il piano di ripresa e resilienza, nel quale sono descritte le riforme e gli obiettivi da conseguire con le risorse del recovery fund. All'interno del piano viene descritta una «missione» per la non autosufficienza. Il piano pone le basi per una riforma organica della non autosufficienza basata sui seguenti principi:

- Semplificazione dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario
- Individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale attraverso un assessment multidimensionale
- Definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione

800 milioni di euro



Questa è la somma stanziata dal PNRR (triennio 2021-2023) per la costruzione e la modernizzazione delle strutture RSA, per garantire maggiori e migliori servizi agli anziani, considerando anche il fenomeno di invecchiamento della popolazione. Si tratta quindi di un fondo aggiuntivo rispetto al FNA.

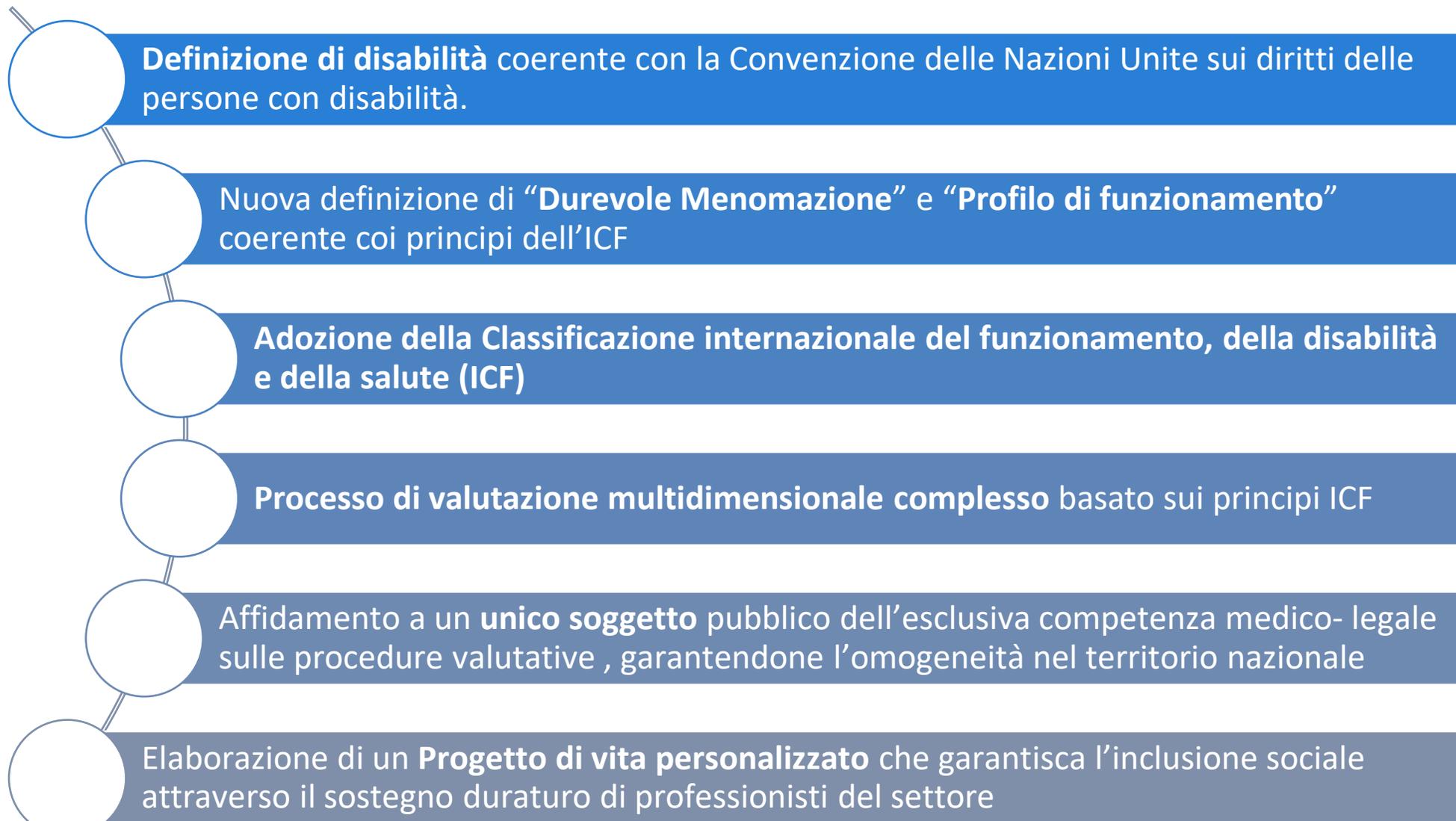
Una nuova definizione di disabilità : gli obiettivi

Il 2 novembre del 2021 il Presidente del Consiglio Draghi e il Ministro per le disabilità Stefani hanno presentato un disegno di legge per dare attuazione alla missione 5 del PNRR, per giungere ad una omogeneizzazione nazionale della definizione di disabilità e dei processi valutativi ad essa connessi.



- **definizione della condizione di disabilità**, riassetto e semplificazione della normativa di settore.
- accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi **processi valutativi** di base
- **valutazione multidimensionale della disabilità**, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato
- **informatizzazione** dei processi valutativi e di archiviazione
- **riqualificazione dei servizi pubblici** in materia di inclusione e accessibilità
- istituzione di un **Garante nazionale** delle disabilità;

Le novità



Un quadro generale



Dalla lettura del disegno di legge traspare che l'obiettivo principale del piano è giungere ad una semplificazione dei processi assistenziali attraverso una standardizzazione a livello nazionale dei principi e delle misure che definiscono la disabilità. Il raggiungimento di questo obiettivo oltre chiaramente a favorire l'accesso delle persone affette da handicap ai servizi pubblici garantirebbe anche una maggiore qualità nell'erogazione di quest'ultimi e un notevole contenimento dei costi derivante dalle economie di scala.

Un cambiamento solo parziale

Il riferimento continuo agli standard ICF segnala la volontà di opporsi ai regionalismi che hanno caratterizzato gli ultimi decenni, tuttavia all'interno della legge delega non si trova alcun riferimento alla non autosufficienza.

La riforma dell'assistenza per i non autosufficienti deve partire dalla prossima legge di Bilancio

di Livia Turco

Per costruire la nuova domiciliarità e l'integrazione socio sanitaria bisogna affrontare un nodo cruciale: rafforzare la struttura del sociale per renderla forte e competitiva con le strutture sanitarie. Bisogna potenziare gli Ambiti territoriali Sociali, previsti dalla 328/2000 e dal DL 117/2017 attribuendo loro un riconoscimento giuridico e dotandoli della strumentazione e delle figure professionali adeguate per il loro funzionamento



Per arrivare ad una completa Integrazione socio sanitaria è necessario un piano nazionale organico che tenga conto di tutte le diverse forme di disabilità e non autosufficienza

Nuovi orizzonti

All'interno del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il biennio 2021-2023 si trovano alcuni elementi che potrebbero costituire le basi per una riforma organica della non autosufficienza, sul modello del disegno di legge per la disabilità



- Definizione di Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito sociale (**LEPS**)
- Potenziamento dei **PUA** (Punti Unici di Accesso) come enti di riferimento per la presa in carico degli individui, per la valutazione sociosanitaria e per lo sviluppo di un progetto di vita personalizzato.

Stato di non autosufficienza: punti di forza e criticità

Integrazione di un modello unico di definizione della non autosufficienza

Superamento della differenziazione tra modello INPS seguito solo da alcune Regioni e quello del Fondo della Non Autosufficienza.

L'acquisizione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health-ICF dell'Organizzazione mondiale della Sanità dovrebbe prevedere:

- Centralizzazione della definizione attualmente indicata nell'ambito del progetto previsto dal fondo delle non autosufficienza e prevista solo per le non autosufficienze gravi (le gravissime sono definite per patologia e secondo indicazioni mediche),
- Un'attenta valutazione dell'articolazione dei profili sanitari, economici e assistenziali che definiscono la LTC, con l'identificazione del budget per la persona non autosufficiente e quindi di un progetto personalizzato. Si evince la necessità di integrare questo profilo con i LEA sanitari. Ad esempio i LEA già prevedono (agli articoli 30 e 34 del Dpcm n° 15/2017) l'inserimento in strutture residenziali di disabili e anziani non autosufficienti con metà del costo a carico del SSN; costo che copre non le spese strettamente sanitarie o le azioni di professioni sanitarie ma, appunto, tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA.
- Il ruolo di INPS la cui classificazione è ripresa ed adottata da molte regioni, il contributo economico svolge anche un ruolo di ammortizzatore sociale.
- Con la Legge 30 dicembre 2020, n. 178 si amplia il perimetro dei fondi che intervengono a supporto della non autosufficienza: Fondo per l'Alzheimer e le demenze, Fondo per i caregiver familiari.
- Ivass auspica che *“sarebbe pertanto opportuno che le prestazioni sanitarie – e idealmente i percorsi di cura – fossero inequivocabilmente identificati e descritti così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti cui gli stessi si sono affidati. Tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso ad un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, providers...)».*
- *Sviluppo della LTC nel welfare aziendale.*

Trascodifica dei modelli attuali di definizione delle Regioni – Resistenza su controllo e autonomia.

Integrare profili assistenziali e sanitari e quindi di coordinare anche la definizione di LEA.

Reticenze di altri player del settore non solo assicurativo, casse e fondi sanitari.

L'acquisizione di questo metodo ad altri fondi

Portare a pregresso la nuova definizione in un contesto così variegato

L'uso di questa definizione potrebbe ampliare il perimetro della copertura con un impatto sui costi e sui profili giuridici

Il ruolo dell'Indennità di accompagnamento

Invaldit  civile che renda totalmente inabili (100%) per affezioni fisiche o psichiche con impossibilit  di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognando di un'assistenza continua. Rientrano anche ciechi, coloro affetti dall'Alzheimer, dalla sindrome di Down e da soggetti che abbisognano di chemioterapia o terapie simili in day hospital e che non possono recarsi da soli in ospedale.

Il ruolo dell'Indennità di accompagnamento

Invalità civile che renda totalmente inabili (100%) per affezioni fisiche o psichiche con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognando di un'assistenza continua. Rientrano anche ciechi, coloro affetti dall'Alzheimer, dalla sindrome di Down e da soggetti che abbisognano di chemioterapia o terapie simili in day hospital e che non possono recarsi da soli in ospedale.

Il settore privato

I Principali attori

Compagnie Assicurative

Fondi Negoziali
Integrativi

Casse di previdenza
professionale

Il settore privato

Le compagnie assicurative

- Negli ultimi anni numerose compagnie assicurative hanno iniziato ad offrire Polizze LTC per garantire all'individuo assicurato e ai suoi famigliari una rendita per affrontare i costi connessi al manifestarsi della non autosufficienza.
- La prestazione consiste nell'erogazione di una rendita vitalizia mensile o annua con un importo minimo di 500 euro ed uno massimo di 2500 (mensili). Questi valori sono comuni a tutte le compagnie, mentre alcune di esse inseriscono particolari clausole (ad esempio l'erogazione di un capitale variabile al momento della morte).
- La non autosufficienza viene valutata attraverso dei test (es. il Folstein M.M.S.E) che hanno l'obiettivo di valutare la capacità dell'individuo di svolgere le principali attività della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi ecc..).
- Tutte le polizze prevedono un periodo di carenza di 1 anno per le malattie generiche mentre il periodo di carenza può estendersi a 3 o 5 anni per malattie neurodegenerative come l'Alzheimer.

Il settore privato

I costi associati alle principali polizze in Italia

Principali Gruppi Assicurativi in Italia	Costi di emissione	Costi di incasso su versamenti successivi al primo	Caricamento sul premio netto annuo	Interesse di Frazionamento semestrale	Interesse di Frazionamento trimestrale	Interesse di Frazionamento mensile	Costi per l'erogazione della rendita	Costi di intermediazione	Rendimento trattenuto sulla gestione separata
GRUPPO GENERALI	10,00 €	1,00 €	15,00 % + 30,00 € fissi annui	2,00%	3,00%	4,50%	n.p.	22,04%	1,20%-1,40%
REALE GROUP	15,00 €	2,00 €	27%	1,50%	2,00%	2,50%	3%	27,04%	n.s.
GRUPPO ASSICURATIVO POSTE VITA	n.p.	n.p.	15%	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	33,40%	n.s.
GRUPPO ASSICURATIVO ALLIANZ	n.p.	n.p.	18,50%	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	30,76%	1,20% a salire
GRUPPO ASSICURATIVO UNIPOL	30,00 €	30,00 €	21%	2%	n.p.	4,50%	5%	33,03%	n.s.
AXA ITALIA	n.p.	n.p.	25%	1%	2%	3%	5%	84%	n.s.
GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI	15,00€.	n.p.	25%	1,50%	2,50%	4%	5%	44,20%	n.s.
GRUPPO CRÈDIT AGRICOLE ASSURANCE ITALIA	n.p.	n.p.	30%	n.p.	n.p.	n.p.	9%	25%	n.s.
GRUPPO ZURICH ITALIA	n.p.	n.p.	30%	n.p.	n.p.	n.p.	1,25%	83,30%	n.s.
GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI	5,00 €	1,50 €	23% + 30,00€ fissi annui	1%	1,50%	2%	5%	46,04%	n.s.
GRUPPO ITAS ASSICURAZIONI	n.p.	n.p.	45% + 30,00€ fissi annui	1%	2%	3%	n.p.	53,55%	n.s.

Il settore privato

I fondi negoziali integrativi

I fondi pensione si occupano della gestione finanziaria dei premi incassati e promettono la erogazione di diversi generi di rendita ai contribuenti. La gestione concreta del servizio e della verifica della non autosufficienza viene poi affidata solitamente ad una compagnia assicurativa. Attualmente la maggior parte dei fondi ha individuato come gestori Generali e Unipolsai. I fondi garantiscono in base all'età e allo stato di salute dell'assicurato un rendimento minimo derivante dall'impiego dei premi versati.

Tutti i fondi offrono una rendita vitalizia immediata con maggiorazione per la non autosufficienza (rivalutabile) che tuttavia può essere erogata in diverse modalità:

- Rendita certa per 5/10 anni
- Rendita Reversibile/Non Reversibile
- Rendita Controassicurata

L'importo della rendita è variabile, in base alle caratteristiche dell'assicurato e alla consistenza dei premi versati

Il settore privato

Le casse di previdenza professionale

In Italia, in presenza di un ente previdenziale legato ad un albo professionale i lavoratori appartenenti a quell'albo sono tenuti ad effettuare dei versamenti per garantirsi assistenza futura.

Le principali casse previdenziali/assistenziali italiane hanno fondato un ente denominato EMAPI (Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani) che si occupa specificatamente di offrire una rendita LTC agli associati. La rendita offerta è una vitalizia mensile di importo pari a 1200 euro al sorgere della non autosufficienza. Vi è poi una garanzia supplementare di 1700 euro che può essere richiesta in particolari situazioni.



Considerazioni finali

Il settore pubblico ha bisogno di riforme che standardizzino i processi di riconoscimento e cura della non autosufficienza, oltre ad una modernizzazione dei criteri di ripartizione dei fondi nazionali. Inoltre, in previsione del futuro aumento di anziani non autosufficienti sono necessari investimenti in personale e strutture per offrire servizi sempre più mirati e all'avanguardia.

Una gestione della non autosufficienza da parte delle pubbliche amministrazioni più chiara ed omogenea a livello nazionale favorirebbe anche lo sviluppo del settore privato. Quest'ultimo infatti avrebbe più chiarezza sul tipo di prestazioni da offrire, per cercare di evitare «sovrapposizioni» col pubblico e ampliare la gamma di servizi e aiuti economici a favore dei non autosufficienti.

In ottica futura, la digitalizzazione del sistema è senza dubbio una sfida importante per snellire e facilitare i processi di inserimento all'interno dei progetti assistenziali personalizzati ma anche lo sviluppo di servizi che possano posticipare nel tempo il sorgere dello stato di non autosufficienza sarà fondamentale per garantire un respiro alle casse statali.