



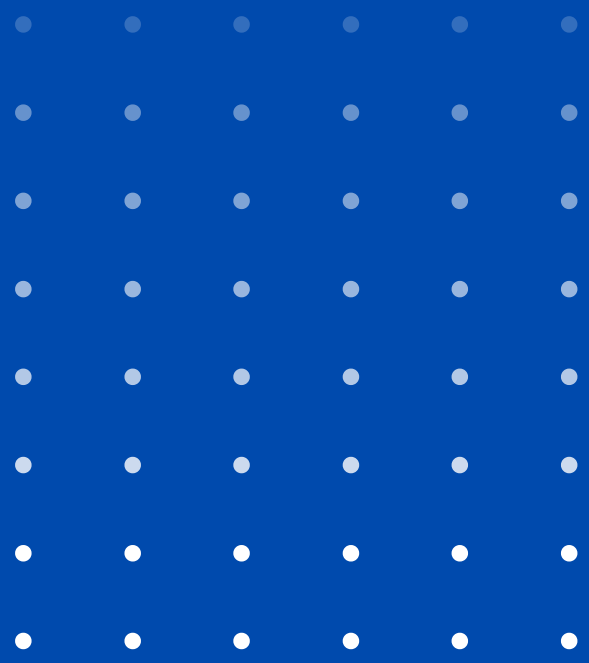
TESTI A FRONTE



Lecture, approfondimenti
e altro ancora

CAMBIAMENTO RADICALE O RIFORMA INCREMENTALE?

UNA PRIMA LETTURA DEL DL IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE



Cambiamento radicale o riforma incrementale? Una prima lettura del DL in favore delle persone anziane

Di Marco Betti, Federsanità Anci Toscana

La legge n. 33 del 2023, ribattezzata dal Governo Patto per la terza età e inserita nell'alveo delle progettualità previste dal PNRR, aveva come vincolo la fissazione dell'esame del Decreto attuativo entro il 31 marzo. È in questa prospettiva che deve essere letta l'approvazione, in via preliminare da parte del Consiglio dei Ministri, dello [schema di Decreto Legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33](#).

I contenuti principali del Decreto

Scendendo nel dettaglio, il provvedimento si propone di *“promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, anche attraverso l'accesso alla valutazione multidimensionale, a strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva. Viene inoltre prevista la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e la coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento, nonché volte a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili e ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti”* (Art. 1).

Vengono quindi richiamate le definizioni della L. 33/2023 che, all'art. 1, distingue tra «persona anziana», che ha compiuto 65 anni, «persona grande anziana», che ha compiuto 80 anni, e «persona anziana non autosufficiente» che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o la perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale.

Per quanto concerne gli aspetti legati alla governance istituzionale, l'Art. 3 sottolinea il Ruolo del “Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana” (CIPA). Quest'ultimo, coerentemente con quanto previsto nella legge delega e tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e previa intesa nella Conferenza unificata, indica nel «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» *“ i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale”*. Al CIPA spetta inoltre il coordinamento, la programmazione delle politiche e la rilevazione continua delle attività, dei servizi e delle prestazioni.

Successivamente il Capo II introduce le “*misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane*”. Tali interventi, predisposti in coerenza con Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e con il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, riguardano:

- Campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione (Art. 4), che chiamano in causa a) l'osservanza di uno stile di vita sano e attivo in ogni fase della vita; b) l'adesione costante agli interventi di prevenzione offerti dal Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento agli screening oncologici e all'offerta vaccinale; c) la conoscenza adeguata delle misure di sicurezza da adottare in ambiente domestico per la prevenzione di incidenti.
- Misure da attuare nei luoghi di lavoro (Art. 5);
- Attività di utilità sociale e di volontariato (art. 6);
- La promozione della mobilità (Art. 7) e il sostegno al turismo del benessere e al turismo lento (Art. 8).

Inoltre, con l'obiettivo di favorire la domiciliarità, soprattutto nel caso di grandi anziani affetti da almeno una patologia cronica, viene promosso l'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina (Art. 9), in stretto collegamento con quanto inserito nella Missione 6 - Salute, Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), Investimento 2 - Casa come primo luogo di cura assistenza domiciliare e telemedicina, subinvestimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, del PNRR. I prerequisiti di queste attività chiamano in causa il tema del digital divide, affrontato nel Capo V dagli articoli 19 e 20.

Altro elemento di continuità con il DM 77 è rappresentato dalla valutazione multidisciplinare (Art. 10) nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA).

Il Capo III è dedicato alle misure volte a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane, nonché a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali. Anche in questo caso l'insieme delle misure è ampio e spazia dal riconoscimento di crediti universitari, finalizzati a favorire il dialogo intergenerazionale (Art. 11), alla promozione dell'attività fisica e sportiva (Art. 12), al sostegno della relazione con animali da affezione (Art. 13) fino al servizio civile (Art. 14). Mentre il successivo Capo IV affronta alcuni dei temi richiamati nei principi generali, tra questi: la Coabitazione solidale domiciliare (senior cohousing) e la coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), prevedendo anche progetti pilota.

Il tema della non autosufficienza

Il Titolo II riguarda le persone non autosufficienti. Il testo definisce anzitutto l'articolazione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) e richiama gli attori che lo costituiscono

(Stato, Inps, Regioni e PPAA, ASL, singoli Comuni o ATS). La coerenza della programmazione e l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali si realizza attraverso tre livelli:

- Livello centrale, con il CIPA che 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", previsto dalla L. 33/2023;
- Livello regionale, con gli assessorati competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni (singoli o associati in ATS) e le aziende sanitarie territoriali;
- Livello locale, con le ATS e il distretto sanitario.

Agli ATS compete l'erogazione dei LEPS per quanto concerne a) l'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, per le persone anziane non autosufficienti, con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, b) i servizi sociali di sollievo e quelli c) di supporto sia per le persone anziane non autosufficienti che per le loro famiglie.

Viene quindi dettagliata (Art. 27) la relazione tra PUA, Case della Comunità, valutazione multidimensionale unificata (VMU) e Progetto di assistenza individuale integrato (PAI).

Per quanto concerne l'offerta di cure domiciliari integrate (Art. 29), queste rappresentano un servizio a valenza distrettuale, finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato. Il monitoraggio delle prestazioni è effettuato tramite il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che si avvale delle informazioni del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS).

Il Capo si chiude con gli articoli sui Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali (Art. 30), Sociosanitari (Art. 31) e per le cure palliative (Art. 32).

Il quadro finanziario

Vengono infine introdotte le disposizioni in materia di prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari, richiamando come, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, venga istituita, in via sperimentale, una prestazione universale. Compito dell'INPS è sia l'individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo (Art. 34), sia l'erogazione della prestazione (Art. 35) sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona (Art. 36). Vengono quindi richiamate le questioni connesse con la predisposizione di linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi omogenei, destinati al personale addetto all'assistenza (Art. 38) e con il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei caregiver familiari, che potranno partecipare alla valutazione multidimensionale, nonché all'elaborazione del PAI e all'individuazione del budget di cura e di assistenza (Art. 39).

Il documento si chiude con il tema delle disposizioni finanziarie (Art. 40). Alla copertura degli oneri derivanti con la sperimentazione della prestazione universale, quantificati in 500 milioni di euro (di cui 300 milioni di euro per l'anno 2025 e 200 milioni di euro per l'anno 2026), si provvede a valere su:

- FNA: 150 milioni di euro;
- PN inclusione e lotta alla povertà 2021-2027: 250 milioni di euro;
- Residui Missione 5 Componente 2, Riforma 2.2, Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR: 100 milioni di euro.

Alcune considerazioni critiche

Una prima valutazione critica rispetto alla la bontà degli interventi chiama in causa tre dimensioni: finanziamento, tempi e implementazione. Quanto al primo punto, si tratta di un finanziamento basato su risorse non strutturali, sebbene questo - come vedremo - non rappresenta la principale criticità; per quanto concerne i tempi, invece, possiamo notare come la sperimentazione inizi soltanto il 1 gennaio del 2025, per concludersi il 31 dicembre 2026; infine, rispetto al tema dell'implementazione, il Decreto richiederà la definizione di ulteriori misure di dettaglio, che necessitano della partecipazione - accanto al MEF e ai Ministeri della Salute e di quello delle Politiche Sociali - di numerosi altri attori istituzionali (come i Ministeri di Università, Scuola, Turismo, Infrastrutture).

Più nel dettaglio, come osserva Gori (Il Sole 24 Ore ,25 Gennaio 2024), coordinatore del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza¹ ed esperto del settore, il lavoro è tuttavia ben avviato e prevede due obiettivi principali. Il primo riguarda la costruzione di un settore unitario, con il superamento dell'attuale frammentazione delle misure pubbliche, non coordinate tra loro. Viene inoltre prevista la semplificazione dei percorsi di anziani e famiglie, con il passaggio dalle attuali cinque-sei valutazioni pubbliche a due, poste tra loro in stretta correlazione, a garanzia di continuità. Nonostante ciò, spostando l'attenzione a livello macro, emerge come con la costruzione dello SNAA (Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente), che prevedeva una programmazione multilivello condivisa di tutti gli interventi sociali, sanitari e dell'indennità di accompagnamento, la natura del sistema abbia subito una profonda alterazione: la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure pubbliche bensì i soli servizi e interventi sociali. Così, sebbene sia stato disegnato per governare il sistema, lo SNAA "è destinato a farlo unicamente nell'area delle misure sociali. In tal modo, però, la sua ragion d'essere viene meno". L'altro obiettivo della riforma consiste nella definizione di nuovi modelli d'intervento, più coerenti con le necessità degli anziani. Tuttavia, nel passaggio dalla riforma al decreto attuativo, scompare l'introduzione di un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza e sono inoltre assenti aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita a casa e i diversi professionisti da coinvolgere. Abbiamo quindi "una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che non contempla servizi domiciliari rivolti a loro". Questa parte del decreto è tuttavia formulata in modo da consentire eventuali recuperi dei (tanti) argomenti oggi assenti, riprendendoli in seguito. Quanto agli aspetti finanziari, la Legge 33/2023 includeva la riforma dell'indennità di accompagnamento, un contributo in forma fissa (531 euro mensili) senza vincoli d'uso e quindi soggetto a un uso spesso improprio. A partire dal dibattito tecnico-scientifico, era stata quindi prevista la

¹ <https://www.pattononautosufficienza.it/chi-siamo/>

graduazione dell'ammontare in base al bisogno e il sostegno, attraverso la maggiorazione dell'importo, all'utilizzo di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore). Anche in questo caso, però, nel passaggio al decreto, la revisione è scomparsa. L'ultimo aspetto affrontato è quello dei finanziamenti. Qui sarebbe tuttavia sbagliato concentrarsi solo sul tema dei fondi: quello che conta è infatti il progetto futuro e *“discutere di finanziamenti [...] ha senso solo in presenza di un progetto solido”*. L'opinione di Gori è quindi che, nonostante i principi generali e le indicazioni di ampio respiro, il decreto attuativo *“non esprime il potenziale innovativo della legge delega 33/2033 e che sarebbe lecito attendersi da una riforma tanto importante”*. Emerge, al contrario, un quadro di manutenzione e revisione degli assetti esistenti con il rischio – già sperimentato in numerose altre occasioni - di *“un esteso e articolato dispositivo normativo destinato a lasciare sostanzialmente immutate le politiche di assistenza agli anziani in Italia”*.