

**La riforma per l’assistenza agli anziani non autosufficienti in ‘pillole’**

* A marzo 2023 il **Parlamento italiano ha approvato la Legge n° 33** recante deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane (GU n.76 del 30-3-2023), un provvedimento che in Italia si attendeva da circa 25 anni.
* La Legge 33, meglio conosciuta come ‘DdL anziani’, si rivolge ad una platea di circa **10 milioni di persone** tra anziani non autosufficienti, che in Italia sono circa 3,8 milioni persone, a cui si aggiungono le loro famiglie, i caregiver e gli operatori, tra cui le assistenti familiari (le cosiddette badanti).
* Alla realizzazione degli obiettivi della Legge 33 concorrono, in via programmatica, le risorse disponibili nel **PNRR**, poiché la riforma nasce proprio in attuazione della Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.
* A settembre il **Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza** (una rete che riunisce 57 tra associazioni e organizzazioni della società civile coinvolte nell’assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti) ha proposto alle Istituzioni e al Governo di avviare un Piano di Legislatura per attuare progressivamente la riforma dell’assistenza agli anziani, quantificando le risorse che la **Legge di Bilancio avrebbe dovuto stanziare nel 2024 in 1 miliardo e 306 milioni di euro, suddivisi in 835 milioni dalla sanità e 471 milioni dal sociale**.
* Il **Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza**, che fin dal principio ha lavorato a supporto delle Istituzioni affinché già nella Legge Delega venissero recepiti i principi necessari a riformare il comparto, in questi mesi ha definito **un pacchetto di proposte da presentare al Governo in vista dell’adozione dei Decreti Delegati**. Tali proposte sono scaturite dall’attività di 7 gruppi di lavoro formati da esperti e da rappresentanti delle 57 realtà che lo compongono, tra organizzazioni e associazioni della società civile. Un lavoro durato circa 6 mesi, che viene oggi presentato.
* Tre sono i principali ambiti di intervento: **assistenza domiciliare**; **servizi residenziali**; **trasferimenti monetari**

1. **Una domiciliarità a misura di anziano**

• La nuova domiciliarità in partenza. Riflette le peculiarità della non autosufficienza, che: i) si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa: la riforma prevede interventi di durata (periodo di assistenza) e intensità (numero di visite) adeguate ai bisogni; ii) coinvolge molteplici dimensioni dell’esistenza: per coprirle al meglio è necessario un mix di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative, sociosanitarie) e socioassistenziali (per la vita quotidiana), attivabili in base alle diverse situazioni; iii) richiede uno sguardo globale sulla vita dell’anziano: la riforma intende costruirlo a partire da un’azione integrata tra Comuni e Asl.

• Un processo di cambiamento unitario. Asl e Comuni riorientano progressivamente i propri servizi domiciliari verso il modello della riforma. A guidarli sono esclusivamente le indicazioni dei Decreti Legislativi della Legge 33/2023, con un’unica regia nazionale. Solo così è possibile dar vita a un sistema unitario e semplificare l’operato dei soggetti coinvolti.

• La valorizzazione degli investimenti PNRR. L’utenza della nuova domiciliarità corrisponde al 30% dei beneficiari della domiciliarità PNRR nel 2024 e al 36% nel 2025. Il PNRR contiene ampi investimenti sanitari, fino al 2025, per l’ulteriore rafforzamento del modello tradizionale di domiciliarità. Prevedere che una parte dei loro destinatari riceva la nuova domiciliarità significa evitare di consolidare eccessivamente tale modello, ostacolando la riforma.

• Una strategia ad hoc per il sociale. La scarsa offerta di domiciliarità sociale dei Comuni e le sue criticità richiedono un’azione mirata. Oltre ad incrementare i fondi statali dedicati, s’introducono per le singole Regioni obiettivi che traducano operativamente le finalità del suo sviluppo e dell’integrazione con quella sanitaria, nell’ambito del nuovo modello; l’utilizzo delle risorse nazionali è legato al loro raggiungimento, verificato annualmente (obiettivi di servizio).

• Risorse. I fondi addizionali sono 577 milioni nel secondo semestre del 2024 (427 per sanità e 150 per sociale) 1456 nel 2025 (1096 per sanità e 360 per sociale) e 1516 milioni dal 2026 (1096 per sanità e 420 per sociale). È auspicabile che le risorse sanitarie necessarie, nel 2024 e nel 2025, siano recuperate dall’ampio insieme di fondi sanitari che il PNRR destina al rafforzamento della domiciliarità tradizionale, così da assicurare un migliore utilizzo dei finanziamenti pubblici.

1. **Più qualità nelle strutture residenziali**

• Il principale fattore di qualità. L’intensità assistenziale si misura dal tempo che, ogni giorno, gli operatori dedicano al singolo individuo ed è in relazione alla dotazione di personale. Quest’ultimo rappresenta il fattore principale per la qualità della vita degli anziani nelle strutture. Essi, d’altra parte, risultano in condizioni sempre più critiche (per problemi di movimento, demenza, fattori clinici o altro) e hanno un bisogno sempre maggiore di cura. Ma l’intensità assistenziale è, in gran parte del Paese, inadeguata. Non a caso, il primo obiettivo della Legge Delega per la residenzialità consiste nell’assicurare livelli di intensità assistenziale adeguati.

• Una maggiore intensità assistenziale. Viene introdotto un contributo statale permanente di 11,25 Euro per giornata di degenza per tutte le strutture operanti nella rete a titolarità pubblica. Queste risorse sono trasferite dallo Stato alle Regioni affinché incrementino l’intensità assistenziale nelle loro residenze.

• La declinazione locale. I fondi ricevuti possono essere utilizzati da ogni Regione per incrementare i minuti di qualunque professionalità coinvolta (infermieri, OSS, fisioterapisti, medici e altre) nella residenzialità, sulla base della propria specifica situazione. Così si costruisce un obiettivo nazionale (+ intensità assistenziale) con una declinazione locale (quale intensità assistenziale).

• Impegni reciproci. Le Regioni si impegnano a: i) mantenere almeno invariata la propria spesa per la residenzialità; ii) approvare atti formali che traducano le risorse ricevute in incrementi dell’intensità assistenziale. Pertanto, lo Stato compie un primo passo a favore della residenzialità e le Regioni assumono gli impegni necessari affinché abbia un effettivo impatto positivo per gli anziani.

• Una sequenza di passi coerenti. Nel 2024, ci si concentra sull’intensità assistenziale. Successivamente il percorso si amplia, estendendosi anche agli altri obiettivi della riforma, ad esempio quelli riguardanti gli standard strutturali (posti letto per camera, spazi comuni e così via).

• Risorse. La spesa aggiuntiva è di 408 milioni annui di Euro nel 2024, con avvio il 1° luglio, e di 809 milioni a decorrere dal 2025. Tali risorse provengono dalla sanità.

1. **Maggior sostegno ai costi della cura**

• La prestazione universale. La riforma trasforma l’indennità di accompagnamento nella prestazione universale per la non autosufficienza. La prestazione: i) viene ricevuta in base esclusivamente al bisogno di assistenza, come l’indennità (gli aspetti successivi, invece, sono novità); ii) prevede un importo graduato in base al fabbisogno assistenziale dell’anziano affinché chi sta peggio riceva di più; l’ammontare minimo è quello dell’indennità (527 Euro mensili); iii) può essere impiegata come contributo economico senza vincoli d’uso, come oggi, oppure per ricevere servizi di qualità (assistenti familiari regolari, cooperative accreditate di servizi domiciliari, strutture residenziali accreditate e altro); quest’ultima alternativa prevede una maggiorazione dell’importo. Nel 2024 si comincia ad attuare la prestazione.

• Più sostegno a chi ha un alto fabbisogno assistenziale. L’ammontare della prestazione viene graduato, come detto, secondo la gravità delle condizioni dell’anziano. L’utenza viene suddivisa in quattro categorie, dal fabbisogno assistenziale minimo sino a quello più elevato. Nel caso dell’opzione più vantaggiosa (ricorso a servizi), l’importo ammonta rispettivamente a 750, 850, 1200 e 1500 euro mensili.

• Più sostegno a chi utilizza servizi di qualità. È prevista una maggiorazione di almeno il 40% del beneficio mensile per coloro i quali decidono di impiegare la prestazione al fine di ricevere servizi di qualità, e non come contributo economico senza vincoli d’uso.

• Più sostegno alla spesa per le rette. Sovente le rette per le strutture residenziali a carico degli anziani e dei loro familiari sono troppo elevate. Per poterle affrontare, nel passaggio dall’indennità alla prestazione universale, gli anziani in strutture ottengono un robusto incremento degli importi ricevuti (la gran parte percepisce almeno 1200 euro mensili).

• L’avvio di un cantiere. Nel 2024, la prestazione è rivolta ai nuovi richiedenti. Negli anni successivi si estende progressivamente la platea degli utenti, sempre partendo da chi presenta la domanda per la prima volta.

• Risorse. Si prevede una spesa annua aggiuntiva di 321 milioni nel secondo semestre del 2024 e di 962 a decorrere dal 2025 (finanziata dal Ministero del Welfare).