



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

La valutazione del D. Lgs. 29/2024

Tutti gli articoli del 2024

Tutti gli articoli di valutazione del Decreto legislativo n. 29/2024 attuativo della legge di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

LA VALUTAZIONE DEL D. LGS. 29/2024

Attraverso gli articoli del 2024

INDICE

Autore	Titolo	Testata	Data	Link	Pagina
Riccardi Francesco	Assistenza agli anziani semi (in)ferma. Corsa per attivare il bonus da 850 euro	Avvenire	19/12/2024	https://www.avvenire.it/attualita/pagine/assistenza-agli-anziani-semi-in-ferma-corsa-per-a	4
Noli Marco	Due riforme, due modi di attuarle	Welforum.it	17/12/2024	https://www.welforum.it/analisi-comparativa-tra-il-d-lgs-29-24-e-d-lgs-62-24/	7
Pesaresi Franco, Lamura Giovanni	Assistenza agli anziani: la riforma non serve più?	Quotidiana sanità	2/12/2024	https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126177	17
Lamura Giovanni	La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti Promesse e limiti	Welforum.it	21/11/2024	https://www.welforum.it/la-riforma-dellassistenza-ai-non-autosufficienti/	23
Pasquinelli Sergio	Il lento cammino della riforma dell'assistenza agli anziani	Welforum.it	2/10/2024	https://www.welforum.it/fuoridalcorso/il-lento-cammino-della-riforma-dellassistenza-agli-anziani/	27
Maino Franca	Anziani, si vive di più ma aumentano i bisogni (anche dei caregiver)	Corriere della Sera – Buone notizie	20/9/2024	https://www.corriere.it/buone-notizie/24_settembre_20/cresce-l-aspettativa-di-vita-ma-aumentano-le-esigenze-di-anziani-e-caregiver-5d9393f1-d79e-4d2a-8f09-c487894faxlk.shtml	29
Maino Franca	Quale futuro per l'assistenza agli anziani non autosufficienti?	Secondo Welfare	11/9/2024	https://www.secondowelfare.it/long-term-care/quale-futuro-per-lassistenza-agli-anziani-non-autosufficienti/	31
De Bortoli Ferruccio	Più fragili, invisibili, dimenticati	Corriere della Sera	7/9/2024	https://www.corriere.it/opinioni/24_settembre_07/piu-fragili-invisibili-dimenticati-9d14ef44-c6fe-4175-b46b-a4d0c114cxlk.shtml	34
Noli Marco	Analisi comparativa tra le leggi di riforma n. 33/2023 e n. 227/2021	I Luoghi della cura	10/7/2024	https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/07/analisi-comparativa-tra-le-leggi-di-riforma-n-33-2023-e-n-227-2021/	36
Bellucci Maria Teresa	Un passo avanti per la cura delle persone anziane	Il Sole 24 Ore	15/4/2024	https://www.mariateresabellucci.it/il-sole24ore-un-passo-avanti-per-la-cura-delle-persone-anziane/	49

Motta Maurizio	Riforma non autosufficienza anziani: ma che cose strane!	Welforum.it	10/4/2024	https://www.welforum.it/riforma-non-autosufficienza-anziani-ma-che-cose-strane/	51
Becchetti Leonardo	Transizione demografica e la sfida aperta della non autosufficienza	Avvenire	10/4/2024	https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/transizione-demografica-e-la-sfida-di-prendersi-cura	56
Paglia Vincenzo	Il popolo degli anziani. Quali politiche di welfare	La Repubblica	6/4/2024	https://francescomacri.wordpress.com/2024/04/07/il-popolo-degli-anziani-quali-politiche-welfare/	58
Gori Cristiano	Riforma dell'assistenza agli anziani: approvata e rinviata	Lavoce.info	27/3/2024	https://lavoce.info/archives/104267/riforma-dellassistenza-agli-anziani-approvata-e-rinviata/	60
Pesaresi Franco	Anziani. Raggiunto l'obiettivo del Pnrr, ma la riforma non c'è	Quotidiano Sanità	25/3/2024	https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121124	64
Gori Cristiano	Anziani non autosufficienti, manca la riforma complessiva	Sole 24 ore	22/3/2024	https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-non-autosufficienti-manca-riforma-complexiva-AFc32w6C	70
De Tommaso Celestina V., Maino Franca	Decreto Anziani: (dis)illusioni e possibili ripartenze per la non autosufficienza	Secondo Welfare	19/3/2024	https://www.secondowelfare.it/long-term-care/decreto-anziani-disillusioni-e-possibili-ripartenze-per-la-non-autosufficienza/	72
De Carli Sara	Anziani, la finta riforma del governo Meloni	Vita	19/3/2024	https://www.vita.it/anziani-la-finta-riforma-del-governo-meloni/	81
Ranci Costanzo	Non autosufficienza: la riforma (per ora) non si farà	Altreconomia	Marzo 2024	https://osservatoriocoesionesociale.eu/osservatorio/non-autosufficienza-la-riforma-per-ora-non-si-fara/	85
Articoli sulla bozza di D. Lgs. 29/2024					
Pesaresi Franco	Riforma non autosufficienza: tradimenti e rinvii	I Luoghi della Cura	23/2/2024	https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/02/riforma-non-autosufficienza-tradimenti-e-rinvii/	87
Gori Cristiano	Assistenza agli anziani: fatto il decreto, manca ancora la riforma	Lavoce.info	1/2/2024	https://lavoce.info/archives/103604/assistenza-agli-anziani-fatto-il-decreto-manca-ancorala-riforma/	91

ASSISTENZA AGLI ANZIANI SEMI (IN)FERMA. CORSA PER ATTIVARE IL BONUS DA 850 EURO

Francesco Riccardi

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Riccardi Francesco	Assistenza agli anziani semi (in)ferma. Corsa per attivare il bonus da 850 euro	Avvenire	19/12/2024	https://www.avvenire.it/attualita/pagine/assistenza-agli-anziani-semi-in-ferma-corsa-per-a

Per i soli non autosufficienti ultra80enni e con Isee di massimo 6.000 euro dovrebbe scattare da gennaio una indennità aggiuntiva ma è ancora da definire quando ricorra la condizione di “gravissimo”

In quali condizioni si è considerati “anziani non autosufficienti gravissimi”? Ruota intorno a questo quesito la realizzazione definitiva della principale – quasi unica – novità concreta della riforma dell’assistenza. Quella approvata con la legge delega 33/2023 e resa operativa dal decreto attuativo 29 del marzo 2024. Al suo interno, appunto, la previsione di una quota aggiuntiva all’indennità di accompagnamento, primo embrione di quella Prestazione universale differenziata che doveva ridisegnare e rafforzare gli attuali sostegni (oggi fermi a 531 euro al mese). Si tratta di ben 850 euro mensili, riservati però in maniera sperimentale per il biennio 2025-2026 ai soli ultra80enni con limite Isee di 6mila euro e in condizioni appunto “gravissime”. Soldi in più spendibili solo in cure e servizi certificati. Per questa partita sono stati già stanziati 500 milioni per il biennio e si stima che i potenziali beneficiari possano essere 25mila anziani, circa lo 0,6% dei 3,8 milioni di non autosufficienti.

L’ultimo requisito da fissare

Sul termine “gravissimi”, quindi, si gioca ora la corsa contro il tempo per rispettare la scadenza di partenza del beneficio, fissata per il prossimo gennaio. Una nuova riunione operativa tra ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e ministero della Salute, assieme all’Inps, si terrà oggi, praticamente a ridosso di Natale e Fine dell’anno, con il rischio di arrivare con il fiato corto all’inizio del 2025. Quando la novità della Prestazione universale aggiuntiva, con i parametri ben esplicitati, dovrà essere anzitutto comunicata e pubblicizzata, per poi permettere alle persone interessate di presentare una specifica domanda all’Inps, in proprio o attraverso un patronato.

«Noi siamo intenzionati a rispettare la scadenza di gennaio e contiamo di farcela – spiega Maria Teresa Bellucci, viceministra del Lavoro, già coordinatrice della stesura del decreto attuativo della riforma e ora posta a capo del neonato Cipa, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana –. Stiamo confrontandoci con l’Inps in particolare per semplificare al

massimo le procedure per la richiesta della prestazione da parte dei cittadini e la successiva prima verifica dei requisiti da parte dell'ente previdenziale stesso». In questi mesi i dicasteri e le diverse commissioni hanno lavorato molto anche sui Leps (i livelli essenziali delle prestazioni sociali) e sulle differenze nei diversi ambiti territoriali per confrontare i modelli organizzativi, «quelli che in definitiva danno concretamente forza all'efficientamento delle risorse pubbliche e risposte adeguate ai cittadini», dice ancora Bellucci. I risultati di questi monitoraggi arriveranno però nel corso dell'anno.

Una sola visita

L'altra novità per il 2025 dovrebbe essere l'introduzione di una Valutazione multidimensionale unica per la condizione dell'anziano non autosufficiente al posto di quelle diverse oggi previste. Su questo al ministero della Salute spiegano che «si è già riunito un primo gruppo di lavoro tecnico-sanitario ristretto composto da Rappresentanti del Ministero della Salute, di Agenas e dell'Iss che a breve sottoporrà i suoi risultati ai rappresentanti degli altri dicasteri coinvolti, l'Inps, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, le Regioni e le Province autonome». Inoltre, è in fase di «definitiva approvazione un documento sui criteri generali e omogenei di livello nazionale per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone anziane non autosufficienti, con un documento valido come cornice di riferimento anche per le strutture sociosanitarie rivolte ad altre tipologie di utenti». Insomma, anche in questo caso mancano alcuni tasselli ma si spera di rendere concreta la previsione nel corso dell'anno.

Ciò che è rimasto invece sostanzialmente al palo è il cuore della riforma prevista dalla legge delega: il potenziamento dell'Assistenza domiciliare ai non autosufficienti. O meglio, rispetto al grande progetto iniziale – costo totale previsto: almeno 7 miliardi – in questa manovra di bilancio, già piuttosto difficile, non sono stati individuati ulteriori stanziamenti.

Pnrr a domicilio

A questo proposito, il Ministero della Salute spiega che «sta seguendo il potenziamento delle cure domiciliari per il raggiungimento dell'obiettivo del Pnrr di pervenire alla presa in carico di almeno il 10% delle persone over65 in cure domiciliari. Questo obiettivo è stato indicato specificamente nel Decreto ministeriale 77 del 2022, precisando che il sistema di cure domiciliari deve garantire condizioni omogenee di qualità e sicurezza». Lo stesso dicastero spiega poi di stare monitorando l'adeguamento dei sistemi regionali «a quanto previsto dall'Intesa 4 agosto 2021 sull'accreditamento delle organizzazioni per le cure domiciliari» e di aver provveduto al riparto tra le Regioni delle risorse Pnrr dedicate.

La banca dati

Insomma, piccoli, quasi impercettibili passi avanti. «In realtà stiamo anche predisponendo la base adeguata di dati per mettere ordine e poi potenziare tutto il sistema delle prestazioni e dei sussidi – ci tiene a precisare la viceministra Bellucci –. Sono stati stanziati 14,5 milioni di euro per la

realizzazione di una piattaforma digitale che da una parte semplificherà l'accesso e dall'altra permetterà la misurazione dei servizi socio assistenziali. Quindi noi mettiamo a sistema l'innovazione tecnologica del welfare italiano attraverso una piattaforma di *data analytics* e che utilizza strumenti avanzati di *decision making* e di intelligenza artificiale per creare anche una interoperabilità dei dati che finora non c'era tra i diversi sistemi pubblici. Un livello, ad esempio quello regionale, non sapeva cosa venisse erogato da quello comunale, con il risultato spesso di una stratificazione di sussidi e assistenza per alcuni e indennità scarse per altri».

Insomma, avanti pianissimo: per gli anziani non autosufficienti qualcosa si muove, ma certo è molto limitato rispetto alle speranze accese dalle previsioni quasi rivoluzionarie di una legge delega tanto necessaria quanto impegnativa sul fronte dei costi; tanto ambiziosa quanto forse difficile da realizzare; tanto innovativa quanto soprattutto giusta.

DUE RIFORME, DUE MODI DI ATTUARLE

Marco Noli

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Noli Marco	Due riforme, due modi di attuare	Welforum.it	17/12/2024	https://www.welforum.it/analisi-comparativa-tra-il-d-lgs-29-24-e-d-lgs-62-24/

Premessa

Il PNRR prevedeva l'approvazione, entro il 2021, di una legge delega in materia di disabilità (L.227/21), a cui avrebbero dovuto fare seguito entro il secondo semestre 2024 i relativi decreti attuativi. A oggi sono stati emanati il D.lgs. 222/2023¹, il D.lgs. 20/2024² e il D.lgs. n. 62/204 nell'area della disabilità³. Inoltre, era attesa entro il primo trimestre del 2023 una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, approvata con la l. 33/2023 a cui è seguito il decreto attuativo, D.lgs. 29/2024⁴.

Questo articolo si concentra sull'analisi dei [D.lgs. 29/24](#) e [D.lgs. 62/24](#) che già dai relativi titoli definiscono il perimetro degli interventi su cui intendono agire.

Scorrendo la [Tabella n. 1 relativa al Dlgs 62/24](#) ci si rende conto che l'articolato, in coerenza con la delega in materia di disabilità, si concentra sui temi della ridefinizione di tale condizione, della valutazione multidimensionale, dell'accomodamento ragionevole e del progetto di vita. Anche se è bene precisare che il D.lgs. 62/2024 è entrato in vigore dal 30 giugno 2024 mentre le nuove procedure di valutazione multidimensionale e i progetti di vita saranno operativi in via sperimentale in alcune provincie nel 2025⁵. Solo nel 2026 saranno operativi in tutto il paese salvo eventuali decreti correttivi

Scorrendo invece la [Tabella 2, relativa al Dlgs 29/24](#), ci si rende conto dell'ampiezza dei temi che il decreto attuativo affronta, come già si rilevava nella legge delega: inoltre, come vedremo, in molti casi si discosta e spesso riscrive e corregge la stessa legge delega. Per questo si può affermare che il Dlgs 29/24 viene meno al suo ruolo di decreto legislativo attuativo, anche perché a sua volta rinvia a ben ulteriori 19 decreti (il Dlgs 62/24 ne prevede solamente 9).

Il presente articolo, [che segue l'articolo di comparazione tra le due leggi delega](#), ai fini del confronto con il Dlgs 62/24, analizzerà solo alcune delle parti più significative che riguardano le politiche per gli anziani non autosufficienti del Dlgs29/24 (sostanzialmente il Titolo II del decreto), cercando di evidenziare anche quanto il Dlgs 29/24 si discosta dalla legge delega.

Tuttavia, prima di affrontare l'analisi dei decreti è necessario fare una precisazione sulla tipologia delle leggi delega. La legge 227/22 ,“Delega al Governo in materia di disabilità”, non può essere definita una vera propria legge delega perché affronta principalmente il tema dei processi e degli strumenti valutativi: di conseguenza il D.Lgs 62/24 declina coerentemente queste indicazioni. All'interno di questo perimetro ristretto, l'articolato delle due norme risulta ben definito e chiaro.

La Legge 33/23, “Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”, è invece una legge delega a tutti gli effetti e affronta tutti i temi relativi a queste politiche. Conseguentemente,

il D.Lgs 29/24 spazia su tutti temi della legge e, come già segnalato, talora riscrive e corregge la stessa legge delega. La lettura congiunta delle due norme sugli anziani evidenzia un perimetro molto ampio di interventi, spesso affastellati e trattati in modo confuso e poco organico. Le due scelte legislative in questione sono molto diverse: solo il tempo potrà dire quale sia stata la migliore.

Definizioni

In entrambi i decreti delegati è presente un articolo destinato alle definizioni. Il Dlgs 62/2004 dà la definizione di persona con disabilità, modificando quella contenuta nella legge 104/92 e riprendendo quella espressa dalla Convenzione ONU. Introduce poi 14 definizioni di termini utilizzati nel decreto delegato⁶ ed effettua una congruente revisione terminologica⁷ dei termini di uso comune oggi.

Il Dlgs 29/24 per definire le persone anziane si rifà al criterio dell'età: "persona anziana" se ³ 65 anni; "persona grande anziana" se ³ 80 anni. Introduce, poi, una definizione di "persona anziana non autosufficiente" che non è autonoma nelle attività fondamentali della vita quotidiana, precisando che lo "specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente" è quello valutato e graduato dalla valutazione multidimensionale unificata (UVM).

L'introduzione del criterio dell'età, se comprensibile nell'ottica delle più ampie politiche rivolte alle persone anziane, diventa problematica quando si trasforma in un cut-off per l'accesso all'assistenza. Ci si riferisce all'accesso alle disposizioni in materia di assistenza socio-sanitaria e prestazione universale che l'art 40 del D.Lgs 29/24 limita alle persone che abbiano compiuto 70 anni, come se la non autosufficienza si manifestasse solo dopo quell'età.

È invece positivo nel decreto 29/24 (come peraltro già nella legge delega) il "principio di continuità" con riferimento ai disabili che invecchiano, per i quali viene stabilita la continuità assistenziale della medesima misura in corso di fruizione.

Valutazione di base e multidimensionale

Entrambi i decreti legislativi affrontano estesamente il tema della valutazione, che – anzi- costituisce il cuore del Dlgs 62/24, anche se le relative disposizioni saranno operative solo in via sperimentale e in alcune province dal 2025. Entrambi i decreti, pur indicandole con denominazioni diverse, prevedono due valutazioni: una nazionale finalizzata, ad accedere alle provvidenze economiche e alle diverse agevolazioni statali, e una regionale e locale, finalizzata all'elaborazione del progetto d'intervento. Il D.lgs. 62/24 denomina valutazione di base quella che consente di accedere alle provvidenze economiche e alle varie agevolazioni nazionali, e valutazione multidimensionale quella locale, più specialistica, legata alla presa in carico e all'elaborazione del progetto di vita. La valutazione di base unifica tutte le valutazioni esistenti in un procedimento unitario che confluisce interamente alla competenza INPS⁸, che in futuro gestirà tutto l'iter, dalla presentazione e gestione delle istanze, alle valutazioni e all'erogazione di eventuali provvidenze economiche per le minorazioni civili.

Il D.lgs. 62/24 specifica, poi, alcuni criteri scientifici che saranno alla base della definizione dei criteri di valutazione di base, rimandando per la loro emanazione a un successivo decreto. A causa delle loro specificità, sorge qualche dubbio per il fatto che alla valutazione di base vengano ricondotte anche quella relativa al collocamento mirato e quelle sui minori. Interessante, invece, è la previsione

dell'obbligo d' informare la persona con disabilità (o chi lo rappresenta) al termine della visita, fermi restando i benefici a cui da diritto per la certificazione ottenuta, del diritto ad accedere all'elaborare e attivazione un progetto di vita individuale.

Il Dlgs 29/24 relativo agli anziani su questo tema complica il sistema previsto nella legge delega 33/24, che prevedeva un doppio modello analogo a quello contemplato nell'area della disabilità. Tale modello si basa su una valutazione multidimensionale unificata nazionale (VMU), per accedere alle provvidenze economiche e alle diverse agevolazioni statali in capo all'INPS, e una regionale e locale, finalizzata all'elaborazione del progetto d'intervento.

Il D.Lgs 29/24 introduce invece un'organizzazione che prevede l'attivazione dei PUA (Case di Comunità), ancora in divenire; si dilunga poi in un eccesso di elementi organizzativi che rischiano di vanificare l'obiettivo della semplificazione del percorso di valutazione⁹.

In conclusione, è positivo che entrambi i decreti precisino il ruolo delle due valutazioni, nazionale e locale, semplificando l'attuale sistema basato su plurime valutazioni e plurimi criteri valutativi.

Probabilmente questa modalità organizzativa, già molto innovativa rispetto all'oggi, è il massimo ottenibile.

Va però sottolineato che, mentre il D.Lgs 62/24 definisce chiaramente questo doppio modello di valutazione, il D.Lgs 29/24 fa "pasticci", complicando il sistema e sarebbe utile e necessario tornare all'impostazione originaria della legge delega, la cui analogia con l'area della disabilità può facilitare l'attuazione.

Progetto di vita e PAI

Entrambi i decreti legislativi legano strettamente la valutazione multidimensionale al progetto di vita individuale e partecipato, nel caso della persona disabile e al PAI, nel caso della persona anziana.

Per gli anziani l'attivazione della valutazione è demandata al PUA, mentre per i disabili l'avvio del procedimento può avvenire sia al termine della valutazione di base, sia in un momento successivo attraverso un'istanza dell'interessato o di chi lo rappresenta al Comune, al PUA (o altri punti di ricezione definiti dalla regione). Il Decreto definisce poi il perimetro del Progetto di vita, i contenuti (che non coincidono con la somma dei piani d'intervento dei vari comparti, cioè di PEI, PAI, PRI ecc.) e fornisce alcune precisazioni utili in merito alla libertà dell'abitare (demandata alla scelta dell'interessato), alla garanzia dell'autodeterminazione e alla partecipazione dell'interessato o di chi lo rappresenta alle fasi dell'elaborazione del Progetto.

Il DLgs 62/24 descrive poi le quattro fasi della valutazione: 1) la rilevazione obiettivi della persona; 2) l'individuazione delle barriere e dei facilitatori negli ambiti di vita del progetto; 3) l'effettivo profilo di salute e i domini di qualità; 4) gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, nonché la sua forma e il suo contenuto. Il D.lgs. 62/24 prevede un fondo di 25 milioni di euro annui per la loro implementazione a decorrere dal 2025.

Anche il D.lgs. 29/24 definisce i contenuti del PAI e ne norma le procedure di compilazione e monitoraggio, riprendendo sostanzialmente quanto già avviene: non viene previsto alcun finanziamento aggiuntivo.

Entrambi i D.lgs. richiamano la necessità di individuare il budget unitario per la gestione dei progetti, denominato “budget di progetto” a sostegno del progetto di vita della persona disabile, e “budget di cura” a sostegno del PAI dell’anziano. Il D.lgs. 62/24, però, definisce con maggior precisione i contenuti e le procedure per l’elaborazione del budget di progetto, prevedendo la co-programmazione e co-progettazione con gli ETS, l’autogestione del budget da parte della persona disabile¹⁰ e il referente per l’attuazione del progetto (le regioni devono definirne i profili soggettivi).

Il budget di cura, quindi, è potenzialmente un’importante innovazione ma occorre costruirlo con attenzione, per far sì che non si limiti all’area sociosanitaria ma che comprenda tutte le risorse disponibili nella situazione.

Leggendo i due decreti, permane la sensazione di che siano permeati da una certa dose di retorica e di enfaticizzazione, comune anche ad altri provvedimenti riguardanti i progetti di vita e il PAI, e che evitino di affrontare il tema degli strumenti attuativi di cui devono essere dotati i territori per poterli realizzare.

LEPS e LEA

Entrambe le leggi delega lasciano ampi margini di confusione su quali nuovi diritti siano esigibili: i vincoli finanziari, che caratterizzano queste riforme, già di per sé costituiscono un limite preliminare a ogni eventuale introduzione di nuovi livelli essenziali.

Il D.lgs. 62/24 riprende la legge delega e definisce le procedure che il Dipartimento per le politiche in favore della disabilità deve attivare per formulare proposte di livelli essenziali delle prestazioni a favore delle persone disabili.

La legge 33/24 prevede tra i suoi principi i criteri direttivi per l’individuazione dei LEPS, da integrare con i LEA, accettando il presupposto che i LEPS in materia di non autosufficienza fossero ancora da definire. Invece il D.lgs. 29/24 per l’individuazione del LEPS richiama la legge di bilancio 2022, dando quasi per assodato che il LEPS¹¹ siano quelli definiti in tale sede, precisando che “sono attuati in via graduale e progressiva, nei limiti delle risorse disponibili”. Si prevede poi un decreto di attivazione del sistema di monitoraggio con i relativi criteri, gli indicatori riguardanti lo stato di attuazione dei LEPS e gli obiettivi di servizio, nonché gli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli stessi o dei LEP.

Senza approfondire ulteriormente queste parti normative, si può affermare che si è persa l’occasione di rivedere i LEA e di introdurre nuovi LEPS nel campo della disabilità e della non autosufficienza, quanto mai necessari: al massimo ci si è limitati a richiamare aspetti procedurali per una successiva definizione dei LEA e dei LEPS. La mancata previsione di risorse dedicate certo non ha aiutato.

Integrazione sociosanitaria, domiciliarità e assistenza residenziale

Nel D.lgs. 62/24 viene previsto un tavolo di confronto annuale, indetto dall’Autorità politica delegata in materia di disabilità, cui spettano la promozione, il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali sociali e sanitarie in favore delle persone con disabilità.

La l. 33/2023 ha istituito il Comitato per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) e ha delegato ai decreti attuativi la definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana.

Il Dlgs 29/24 ribadisce il ruolo generale del CIPA ma definisce il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della persona anziana come parte del tradizionale Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Lo SNAA viene quindi ridefinito, depotenziato e visto esclusivamente come l'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali di cura e assistenza; le prestazioni di competenza del SSN non vengono citate esplicitamente, quindi non sono parte integrante dello SNAA.

Rispetto agli interventi il D.Lgs 62/24 non dice nulla se non indirettamente, parlando del progetto di vita, mentre il D.Lgs 29/24 affronta il tema e nello specifico rimanda a nuove linee guida sull'integrazione fra ADI e SAD: non dà però attuazione alle indicazioni della legge delega, che prevedeva un'assistenza domiciliare specifica "di durata e intensità adeguata" per l'assistenza della non autosufficienza. SI è così persa una grande occasione!

Rispetto a residenzialità e semi residenzialità, la legge delega per gli anziani prevedeva la revisione degli standard di personale (per adeguarli alle necessità degli ospiti) e la revisione dei requisiti strutturali (per realizzare ambienti più "amichevoli" e familiari). Nel D.lgs. 29/24 il tutto viene rinviato a un decreto successivo, salvo precisare che le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti di erogazione basati su diversi livelli di intensità assistenziale, nonché di cure domiciliari di base e integrate, connotandosi così come Centri residenziali multiservizi.

In sintesi, nel decreto relativo alla popolazione anziana si sono snaturate le indicazioni della legge delega, sia rispetto al Sistema nazionale per la popolazione anziana, riducendolo agli interventi di natura sociale, sia riguardo alla previsione di un'assistenza domiciliare specificatamente dedicata alle persone non autosufficienti, limitata al coordinamento tra le esistenti ADI e SAD.

Il decreto Dlgs 62/24 non ha affrontato il tema degli interventi rivolti alla disabilità, istituendo un tavolo di confronto con la finalità di promuovere il coordinamento tra i diversi interventi

La riforma dell'indennità di accompagnamento

La legge delega 33/24 prevedeva riforma dell'indennità di accompagnamento che sarebbe stata sostituita con la prestazione universale, graduata secondo i bisogni del cittadino, che secondo il principio della libera scelta avrebbe potuto usufruirne sotto forma di trasferimento monetario o di servizi alla persona. La legge delega 227/21 sulla disabilità, invece, non ha "osato" toccare il tema delle prestazioni monetarie e tale orientamento è stato confermato nel decreto attuativo.

IL D.Lgs 29/24 però di fatto vanifica la riforma prevista nella legge delega. Infatti, per non modificare l'indennità di accompagnamento, ha introdotto una prestazione aggiuntiva che denomina prestazione universale, come previsto dalla legge delega, ma ne stravolge il senso. Questa, infatti, è una prestazione sperimentale aggiuntiva di Euro 850 mensili, in vigore dal 1.1.2025 al 31.12.2026, finalizzata a remunerare il costo dei servizi¹². Il beneficio viene riconosciuto alle persone anziane non autosufficienti che abbiano:

- un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- un livello di bisogno assistenziale gravissimo (definito da parte dell'INPS);
- un valore di ISEE sociosanitario in corso di validità non > a 6.000 €;
- la progressiva titolarità dell'indennità di accompagnamento.

Queste non erano le indicazioni della legge delega, che stabiliva che l'indennità di accompagnamento avesse un importo graduato in base ai bisogni, permettesse di scegliere tra contributo monetario e servizi e promuoveva l'appropriatezza (poiché l'eventuale importo maggiorato era previsto solo in caso di scelta dei servizi). Anche in questo caso, purtroppo, si è persa un'occasione importante di riforma!

Questa sperimentazione, considerati i requisiti richiesti, coinvolgerà circa 30.000 anziani sugli 1,5 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento e avrà la durata di 1 anno; non è dato sapere cosa succederà terminata la sperimentazione.

Conclusioni

Si potrebbero analizzare varie altre tematiche, ma quelle trattate sembrano essere le più significative.

Ci si può chiedere quale sia il senso di un confronto tra i due decreti. L'idea è che la comparazione possa consentire un apprendimento reciproco tra le aree della disabilità e degli anziani, al fine di valorizzare quanto di meglio ognuno dei due contiene e provare a "travasarlo" nei futuri interventi normativi

L'analisi congiunta dei due decreti indica che è certamente positiva la scelta di aver finalmente ricondotto la valutazione per accedere alle agevolazioni statali e alla progettazione degli interventi a una procedura unitaria, articolata a livello nazionale e locale. Nell'area delle disabilità quest'articolazione è molto chiara, mentre nell'area degli anziani questa scelta, definita chiaramente nella legge 33/24, è stata tradotta in norme attuative confuse e poco realizzabili. Nel campo dei disabili, come previsto nella legge delega, sono stati definiti alcuni strumenti e criteri di valutazione, aspetto invece rimasto sottotraccia in quello dei non autosufficienti. Qui la mancata precisazione di criteri e di strumenti di valutazione unitari per l'identificazione dei potenziali beneficiari degli interventi inficia la costruzione di appropriate policy di Long term care (LTC). La parte degli interventi è quella che più evidenzia che la normativa sulla disabilità non è una legge delega. Infatti, nell'area della disabilità manca completamente un riferimento alla rete delle unità di offerta, mentre nell'area degli anziani, al di là della sopraccitata grave mancata definizione di un'assistenza domiciliare specifica per i non autosufficienti, vengono richiamati gli interventi residenziali e semiresidenziali definendo alcuni criteri di riordino e rinviando a successivi decreti. La riforma delle prestazioni monetarie, completamente elusa e non affrontata dalle norme sulla disabilità, è stata "aggirata" anche dal decreto attuativo sulla non autosufficienza con l'introduzione di una prestazione aggiuntiva, a dimostrazione, se ce ne fosse bisogno, della difficoltà di toccare questo tema. La riforma dell'indennità di accompagnamento è dibattuta da molti anni, ma nell'area della disabilità non si è avuto il coraggio di porre il tema, al contrario dell'area degli anziani nella quale, tuttavia, non si è riusciti a iniziare un percorso di revisione, segno di quanto sia ancora forte la cultura della monetizzazione del bisogno.

Un aspetto indubbiamente critico è la riscrittura ad opera del D.Lgs 29/24 dell'ingegneria istituzionale dello SNAA prevista dalla legge delega, limitata alla sola assistenza sociale – anche se la componente sanitaria è coinvolta nell'azione programmatica – riconducendo così lo SNAA al Ministero del lavoro e delle Politiche sociali anziché al neo istituito CIPA. Questo costituisce un passo indietro rispetto alla legge 33/23 e non favorisce una reale programmazione unitaria del settore delle LTC, pur nel rispetto delle specifiche competenze.

Il percorso delle leggi delega e dei decreti attuativi ha sicuramente rappresentato un passo in avanti e ha messo meglio a fuoco sia l'area della disabilità che quella della non autosufficienza; nel contempo, ha evidenziato i nodi critici su cui occorre lavorare per dotare finalmente anche il nostro paese di una

riforma delle LTC e degli interventi a favore delle persone con disabilità completa. Ora occorre dimostrarsi all'altezza delle sfide che ci attendono.

Tabella 1 - D.lgs. 62/2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

Deleghe attuate	<p>Il D.Lgs 62 attua l’art. 1, c. 5 della legge 227/21 e in particolare le:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lett. a) definizione della condizione di disabilità, nonché riordino e semplificazione della normativa del settore; • lett. b) accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base; • lett. c) valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; • lett. d) informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; • lett. h) disposizioni finali e transitorie
Oggetto e finalità	<p>L’art 1 del decreto definisce l’oggetto e le finalità perseguite dal provvedimento, che sono quelle di assicurare alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità, rimuovere gli ostacoli e attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti.</p> <p>Il particolare, in coerenza con la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, il decreto è finalizzato a garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni e dei supporti, anche attraverso l’accomodamento ragionevole (artt. 5 – 17); • il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione (artt. 18 – 32)
Testo	<p>Il testo del provvedimento si compone di 4 Capi e 39 articolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il Capo I (artt. 1 – 4) riguarda Finalità e definizioni generali; • il Capo II (artt. 5 -17) attiene al Procedimento valutativo di base e all’accomodamento ragionevole • il Capo III (artt. 18 – 32) disciplina la VMD, il Progetto di vita Individuale, personalizzato e partecipato e il budget di progetto; • il Capo IV (art 33 – 39) declina la fase di sperimentazione, la tutela dei diritti acquisiti e le procedure per la proposta dei livelli essenziali delle prestazioni

Tabella 2 - D.lgs. 29/24 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli artt. 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n 33.

Deleghe attuate	<p>Il D.lgs. 29/24 attua le deleghe legislative previste dalla l. 33/23, definite nei seguenti articoli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • art. 3, Delega al governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell’inclusione sociale e prevenzione della fragilità; • art 4, Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitari per le persone anziane non autosufficienti; • art 5 , Delega al Governo in materia di politiche per 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
Oggetto e finalità	<p>L’art. 1 del decreto definisce l’oggetto e le finalità perseguite dal provvedimento, volte a promuovere la dignità e l’autonomia, l’inclusione sociale, l’invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità delle persone anziane. Esse sono da garantire attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l’accesso alla valutazione multidimensionale (artt. 10 e 27);

	<ul style="list-style-type: none"> • l'accesso agli strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone (art.9); • il contrasto all'isolamento e alla deprivazione sensoriale e affettiva (artt. 11 – 14); • la coabitazione solidale e domiciliare per le persone anziane e la coabitazione intergenerazionale (artt. 15 – 18); • lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento (art. 8); • il riordino, la semplificazione e il coordinamento delle attività sociale, sanitarie e sociosanitaria per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti (artt. 21 – 33); • il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili per 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 (artt. 34 – 39
Testo	<p>Il testo del provvedimento si compone di 2 Titoli e 43 articoli.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il Titolo I : Principi generali e misure a sostegno della persona anziana è composto da 4 Capi : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capo I, Principi generali (artt. 1-3) ✓ Capo II, 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 (artt. 4 – 10); ✓ Capo III, Misure volte al contrasto dell'isolamento e la deprivazione sensoriale affettiva delle persone anziane, nonché il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e social (artt. 11 – 20); (*) • il Titolo II : Disposizione in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti è composto da 2 capi : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capo I, Riordino, semplificazione e coordinamento delle attività sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti (artt. 21 – 33); ✓ Capo II, Disposizioni in materia di prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari (artt. 34 – 39)

(*) Il testo del D.lgs. prevede un Capo IV che ha la stessa denominazione del Capo III, per cui si tratta probabilmente di un errore materiale

Note

1. D.lgs. n. 222 del 13.12.2023 “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma , lettera e) della l. 22.12.2021vn. 227”.
2. D.lgs. n. 20 del 5.02.24 “Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione cella delega conferita al Governo”
3. D.lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato

4. D.lgs. n. 29 del 15. 3.2024 “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”
5. La sperimentazione in Lombardia sarà attuata nella provincia di Brescia (art.9 c. 1, D.lgs. n.71/24
6. Definisce: a) condizione di disabilità; b) persona con disabilità; c) ICF; d) ICD; e) durata compromissione; f) Profilo di funzionamento; g) WHODAS: WHO Disability Assessment Schedule; h) sostegni; i) piani di intervento; l) valutazione di base; m) valutazione multidimensionale; n) progetto di vita; o) domini della qualità della vita; P budget di progetto.
7. Sostituisce le parole “handicap” in “condizione di disabilità”, persona handicappata, disabili, diversamente abile” in “persona con disabilità” , “situazione di gravità” in “con necessità di sostegno elevato o molto elevato” , “disabile grave” in persona con necessità di sostegno intensivo”
8. Il decreto declina puntualmente aspetti gestionali e amministrativi di tale procedimento, precisando che le Commissioni di accertamento saranno gestite esclusivamente dall’INPS: pertanto viene definita la loro composizione e vengono previste le necessarie assunzioni con i relativi finanziamenti per il loro potenziamento.
9. Anche perché affidati a successivi decreti da emanare entro il 2025, che prevedono un iter approvativi complessi.
10. Vengono rinviato a un successivo decreto le modalità di rendicontazione del budget autogestito.
11. Sono: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; b) servizi sociali di sollievo e servizi sociali di supporto per le persone anziane e alle loro famiglie.
12. Per costo dei servizi si intende costo del lavoro di cura e assistenza, svolta da lavoratori domestici regolarmente assunti o l’acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza forniti da imprese qualificate nel settore dell’assistenza sociale.

ASSISTENZA AGLI ANZIANI: LA RIFORMA NON SERVE PIU?

Franco Pesaresi¹ e Giovanni Lamura²

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Pesaresi Franco, Lamura Giovanni	Assistenza agli anziani: la riforma non serve più?	Quotidiana sanità	2/12/2024	https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126177

Introduzione

La recente riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, introdotta dalla Legge Delega n. 23 del 2023 e seguita dal primo decreto attuativo (Decreto Legislativo n. 29 del 2024), è frutto di un intenso lavoro preparatorio, avviatosi sin dai primi mesi del 2021 principalmente ad opera del network di organizzazioni della società civile raccolte nel "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza" (<https://www.pattoononautosufficienza.it/>). La Legge Delega del 2023, recependo molte delle proposte del Patto, aveva imbastito un promettente quadro di riferimento in cui incastonare i vari provvedimenti necessari a fornire le variegate risposte che la non autosufficienza in età anziana richiede. Il Decreto Legislativo 29/2024 ha dato seguito ad alcune delle promesse formulate dalla Legge Delega, lasciandone tuttavia inattuata una gran parte, e facendo addirittura un passo indietro rispetto ad alcune di esse.

Rimandando ad un [recente rapporto](#) (Patto, 2024) l'approfondimento delle diverse sfaccettature toccate dalla riforma, viene qui di seguito fatto il punto rispetto a tre elementi centrali dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti: i servizi domiciliari; quelli residenziali; e quello che possiamo senz'altro considerare il trasferimento monetario per eccellenza disponibile nel nostro paese, e cioè l'indennità di accompagnamento.

Servizi domiciliari

In Italia, la percentuale di persone con elevate necessità di cura che ricevono servizi di assistenza domiciliare risulta apparentemente superiore alla media europea (European Commission 2024), ma questo dato nasconde il fatto che l'intensità di tali sostegni, in termini di frequenza e numero di ore, è molto più ridotta nel nostro Paese (spesso limitandosi a pochissimi, brevi accessi a settimana) (Noli 2021). Non sorprende quindi che l'offerta di servizi domiciliari siano molto inferiori al fabbisogno, come testimonia il fatto che i cittadini del nostro Paese sono coloro che nell'Unione Europea più spesso adducono, come motivo del mancato utilizzo dell'assistenza domiciliare, il fatto che tale servizio sia del tutto assente nel proprio territorio (lo riferisce quasi un italiano su tre, rispetto ad una

¹ Patto per la non autosufficienza; Asiquas.

² Direttore Centro ricerche economico-sociali per l'invecchiamento IRCCS Inrca (Ancona)

media europea intorno al 10%), e di non poterselo permettere per insufficienti risorse finanziarie (motivo addotto dal 35% degli italiani) (EC-SPC 2021).

In cosa consistono i servizi domiciliari in Italia? Il più diffuso servizio domiciliare pubblico è l'assistenza domiciliare integrata (Adi) delle ASL. La durata del periodo di assistenza è sovente breve (perlopiù di 2-3 mesi) e sono erogate in media per ogni anziano assistito a domicilio 3 ore di lavoro del terapeuta della riabilitazione, 10 dell'infermiere e 3 di altre professioni, fra cui anche l'OSS, per un totale di 16 ore medie annue, a cui si aggiungono 2 accessi del medico (Ministero Salute, 2024a). L'80% degli anziani assistiti a casa riceve da uno a tre accessi mensili. I dati, dunque, mostrano che piuttosto che il modello della presa in carico prevale quello prestazionale, con singole prestazioni (medico/infermieristico/riabilitative) volte a rispondere a specifiche, e contingenti, esigenze sanitarie.

La Legge Delega 33/2023 prevedeva l'introduzione di un servizio domiciliare pensato per la non autosufficienza, che oggi in Italia non esiste. Un servizio caratterizzato da unitarietà delle risposte, interventi di intensità e durata adeguate, e coinvolgimento di diverse professioni in base alle specifiche situazioni. La logica sottostante è quella del *care* multidimensionale. Oggi, i servizi esistenti – Adi delle Asl e Sad dei comuni – sono sicuramente utili, ma non sono pensati per assistere la non autosufficienza (vedi tabella 1).

Nel passaggio dalla Legge Delega 33/2023 al Decreto Attuativo 29/2024 la riforma dell'assistenza a domicilio è stata cancellata, limitandosi a prevedere linee guida per l'integrazione socio-sanitaria. Difficile dire perché. L'impressione è che i due ministeri coinvolti, Welfare e Salute, impegnati nella scrittura del Decreto, non se la siano sentita di mettere in discussione il complessivo disegno della domiciliarità in Italia e/o abbiano istintivamente tenuto le distanze dal possibile abbandono del percorso tradizionale. Se le cose rimanessero tali, si finirebbe col confermare che in Italia non esiste un servizio domiciliare per la non autosufficienza, e che quelli esistenti – ADI e SAD – hanno altre funzioni. Sarà pertanto importante, nei futuri decreti attuativi, ripartire da qui per mettere in piedi - riorganizzando o integrando l'esistente – un sistema in grado di offrire una reale e duratura risposta a domicilio alle esigenze di long-term care della crescente popolazione anziana.

Tab. 1 – I diversi profili di domiciliarità

Servizio	Logica	Elemento caratterizzante	Cultura di riferimento
ADI (Asl)	<i>Clinico-ospedaliera</i>	Singole prestazioni di natura medico-infermieristica- riabilitativa, per rispondere a circoscritte necessità sanitarie	Ospedale
SAD (Comuni)	<i>Disagio socio-assistenziale</i>	Rivolta ad anziani non autosufficienti in condizioni di disagio sociale (carenti reti familiari e/o risorse economiche)	Assistenza sociale
Domiciliarità L.33/2023	<i>Care multidimensionale</i>	Sguardo complessivo sulla condizione dell’anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni	Geriatrics

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Servizi residenziali

Il tasso di ricovero in strutture residenziali si è attestato per lungo tempo in Italia intorno al 2% della popolazione over 65 (scendendo all’1,6% se si prendono in considerazione i soli ricoverati non autosufficienti) (Brenna 2021), e solo recentemente si registra un certo incremento di tale indicatore (Pesaresi 2024).

Questo colloca il nostro paese al di sotto della media europea, pari al 3,6% (seppur misurata seguendo modalità diverse, che attesterebbero il valore per l’Italia intorno al 3,2%), e soprattutto inferiore a quella dei principali paesi a welfare più avanzato³.

La Legge Delega 33/2023 indica i punti chiave su cui agire in questo ambito, coincidenti con le indicazioni prevalenti a livello internazionale. La Delega, infatti, affida al Decreto Attuativo il compito di definire gli interventi necessari affinché i servizi residenziali garantiscano un’intensità assistenziale adeguata alle esigenze e alla numerosità degli anziani residenti, dispongano di personale con le competenze necessarie e offrano ambienti familiari e sicuri, strutturati per favorire qualità di vita, socialità e continuità delle relazioni. Il Decreto attuativo 29/2024, però, non fornisce nessuna indicazione concreta in materia e rimanda ad un ulteriore Decreto (vedi tab. 2), per cui si può affermare che il lavoro per definire la necessaria strategia nazionale nel campo della residenzialità non è ancora partito.

³ European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 2 – Country Profiles*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 194 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).

Tab. 2 - La residenzialità nella riforma

Criterio	Legge Delega 33/23	Decreto attuativo 29/44
<i>Dotazione di personale</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa
<i>Garanzia delle sue competenze</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa
<i>Qualità degli ambienti di vita</i>	Indicazione di principio	No traduzione operativa

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Indennità di accompagnamento

Un terzo elemento chiave della Legge Delega riguarda la riforma dell'indennità di accompagnamento, misura immutata dal 1980, anno della sua introduzione, e ritenuta a livello internazionale un caso esemplare di intervento mal disegnato: una stessa somma a tutti i non autosufficienti, senza alcuna graduazione in base al bisogno degli stessi, né progettualità tesa ad offrire risposte adeguate. Le attuali procedure per la sua concessione prevedono infatti una valutazione non standardizzata – che lascia tra l'altro un'ampia discrezionalità alle locali commissioni ASL incaricate di accertare la presenza o meno dei requisiti assistenziali richiesti per poterne beneficiare (Gori e Gubert 2021) – il cui esito si limita a due sole possibili alternative - “sì” o “no” rispetto al raggiungimento del 100% di invalidità. In tutti gli altri Paesi europei, al contrario, i livelli assistenziali individuati dalle procedure di accertamento variano dai tre ai quindici, e consentono così di modulare il livello di prestazioni erogate in funzione del diverso grado di bisogno accertato (EC-SPC 2021).

Tenendo conto delle indicazioni emergenti dagli approcci adottati dai paesi più avanzati a livello internazionale, la Legge Delega ha previsto la trasformazione dell'indennità di accompagnamento nella “Prestazione Universale per la Non Autosufficienza”. Tali indicazioni partono dall'opportunità che la Prestazione venga accordata basandosi esclusivamente sul bisogno di assistenza del beneficiario, indipendentemente dalle sue disponibilità economiche (quindi mantenendo l'approccio già esistente oggi per l'indennità di accompagnamento), confermando il diritto a riceverla sulla base del solo bisogno assistenziale. Inoltre, mentre oggi l'importo ricevuto è lo stesso per tutti, l'ammontare della Prestazione andrebbe graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, in modo che chi ha maggiori necessità possa ricevere somme più elevate. Infine, i beneficiari della Prestazione universale dovrebbero poter scegliere tra due opzioni per l'utilizzo: a) un contributo economico senza vincoli d'uso, come già oggi accade; b) la fruizione di servizi alla persona, svolti in forma organizzata (ad es. da soggetti del Terzo Settore) o individuale, da assistenti familiari regolarmente assunte. L'alternativa b) dovrebbe comportare una maggiorazione dell'importo, al fine di far sì che venga incentivato il ricorso ai servizi rispetto alla soluzione monetaria.

Il Decreto 29/2024 cancella di fatto la riforma dell'indennità di accompagnamento. Prevede infatti una cosiddetta "sperimentazione" per il biennio 2025-2026 di una misura aggiuntiva, disegnata in modo da non modificare l'indennità già esistente. Tale prestazione addizionale consiste in una misura di importo fisso (850 euro mensili) che va ad integrare l'indennità, lasciando quest'ultima immutata (vedi tab. 3), e limitandone i beneficiari ad un numero estremamente ridotto (25.000) nel 2025 e 2026. Ci si colloca così nell'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio.

Tab. 3 - L'indennità di accompagnamento nella riforma

	Indennità di accompagnamento (OGGI)	Prestazione Universale (L. DELEGA 33/23)	Prestazione Universale sperimentale (DECRETO 29/24)
Criteri di accesso	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza
Importo	Fisso	Graduato secondo i bisogni	Fisso
Utilizzo	Trasferimento monetario	A scelta tra trasferimento monetario e servizi (incentivati)	Trasferimento monetario (+ 850 euro in una sperimentazione per pochissimi)

Fonte: www.pattononautosufficienza.it

Osservazioni conclusive

Da quanto sopra esposto emerge con chiarezza che, dopo l'entusiasmo suscitato tra gli addetti ai lavori dall'adozione delle Legge Delega, che sembrava segnare l'avvio di una nuova fase storica nel settore dell'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente del nostro paese, l'emanazione del suo primo decreto attuativo ha suscitato profonda delusione, per la limitatezza dei progressi contenuti rispetto alle indicazioni della Legge Delega. Se questo è in parte comprensibile, alla luce delle difficoltà di bilancio che l'attuale governo si trova ad affrontare, dall'altro la lentezza con cui sembrano procedere anche quelle misure in esso contenute che non comportano sostanziali costi aggiuntivi – come ad esempio l'istituzione e avvio del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA), l'organizzazione integrata dell'assistenza sanitaria e sociale con punti di ingresso unici e procedure di valutazione semplificate, e una migliore integrazione dell'assistenza formale e informale – rinviate a futuri decreti, non lascia ben sperare. Confermando ancora una volta che il destino di questo vasto gruppo di cittadini – che non si limita alle sole persone anziane che necessitano assistenza, ma coinvolge i milioni di famigliari caregiver e di unità di personale sociale e sanitario impegnato in questo settore – non sembra rientrare tra le priorità dell'attuale governo.

Bibliografia essenziale

- Brenna E. (2021) *Assistenza Residenziale: le risposte del SSN ai bisogni degli anziani. Capitolo 7*. In: F. Spandonaro, D. d'Angela, B. Polistena (a cura di) *Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*. 17° Rapporto Sanità. CREA Sanità, Roma, pagg. 293-318 (<http://sanitask.it/wp-content/uploads/2022/01/Rapporto-integrale.pdf>).
- EC-SPC - European Commission and Social Protection Committee (2021) *2021 Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume 1*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, pag. 35 (<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>).
- European Commission (2024) *2024 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*. Institutional Paper No. 279. Luxembourg: Publications Office of the European Union (https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en).
- Gori C. e Gubert E. (2021) *L'indennità di accompagnamento*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 83-100 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).
- Noli M. (2021) *I servizi domiciliari*. In: NNA (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. 7° Rapporto - 2020/2021. Punto di non ritorno. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, pagg. 33-52 (https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf).
- Ministero della Salute, *Annuario statistico 2022*, Roma: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4606&area=statisticheSSN&menu=annuario
- Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2024), *Alla ricerca del futuro*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore: https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2024/10/VOLUME_PATTO_online_definitivo.pdf
- Pesaresi F. (2024), *La situazione dell'ADI e della residenzialità*, Presentazione al Convegno Regionale SIGG-Marche del 18 ottobre 2024. Ancona.

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI: PROMESSE E LIMITI

Giovanni Lamura

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Lamura G.	La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti: promesse e limiti	Welforum.it	21/11/2024	https://www.welforum.it/la-riforma-dellassistenza-ai-non-autosufficienti/

Un approccio olistico alle politiche in materia di invecchiamento?

Con la legge delega 33 del marzo 2023 e il decreto legislativo 29 del 2024 il nostro Paese ha potenzialmente avviato una nuova fase delle sue politiche in materia di invecchiamento. Apparentemente ciò sembra avvenire seguendo un approccio olistico, cosa che rappresenterebbe una discontinuità rispetto al passato, in quanto già nella legge delega dello scorso anno, ed in misura ancor più evidente nel decreto attuativo di pochi mesi fa, la scelta del legislatore è stata quella di focalizzarsi su entrambi i fronti in cui tradizionalmente si dividono le politiche del settore: la promozione dell'invecchiamento attivo e in salute e l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Le due tematiche costituiscono – quasi plasticamente (dividendosi in parti uguali i 40 articoli che costituiscono il cuore del provvedimento) – il focus delle due sezioni di cui è composto il recente decreto legislativo. Il titolo I, incentrato su *“Principi generali e misure a sostegno della popolazione anziana”*, parte con l'istituzione del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA), e tocca temi come promozione della salute, invecchiamento attivo, telemedicina, contrasto alla solitudine, co-housing e alfabetizzazione digitale. Il titolo II, con le sue *“Disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti”*, propone soluzioni rispetto a temi classici – e annosi – del settore, quali valutazione multidimensionale, prestazioni monetarie, servizi sociali e sanitari e loro integrazione, in ambito sia domiciliare sia residenziale, supporto ai famigliari caregiver e ruolo delle assistenti familiari private di cura.

Una prima domanda che sorge rispetto a questa contemporanea presenza, nell'ambito di un unico provvedimento, delle due tematiche della promozione dell'invecchiamento attivo e dell'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente – storicamente tenute separate nella limitata produzione legislativa in materia del nostro paese – è la seguente: è una buona idea affrontare congiuntamente la riforma dei due settori? Dal punto di vista concettuale, questo approccio olistico all'invecchiamento dovrebbe essere salutato certamente con favore, in quanto questa doppia sfaccettatura potrebbe consentire di evitare la limitativa associazione che spesso viene evocata, quasi ineluttabilmente, tra età anziana e non autosufficienza, finendo col sottolinearne i soli aspetti negativi, e trascurando invece il ruolo chiave che possono giocare in tale ambito le politiche della prevenzione e della promozione della persona in età avanzata, anche come risorsa cruciale per la società.

Dal punto di vista operativo, tuttavia, sorge spontanea una seconda domanda: trattandosi di decreti attuativi, non sarebbe (stato) più opportuno procedere adottando atti separati, in grado di meglio delineare e dettagliare le risposte alle specifiche esigenze che necessariamente caratterizzano ognuno

dei due settori? Evitando il rischio, oggi invece presente, che affrontando entrambi contemporaneamente, si finisca, da un lato, coll'indebolire l'efficacia degli interventi proposti per ognuno di essi; e, dall'altro, con l'occultare la portata e l'urgenza delle misure necessarie – e quindi l'insufficienza di quelle proposte – ad affrontare adeguatamente l'emergenza assistenziale che attanaglia le persone anziane non autosufficienti del nostro paese e le loro famiglie, chiamate a fornire quotidianamente quelle risposte che il nostro sistema di welfare non riesce a garantire.

Verso una maggiore integrazione assistenziale?

Soffermandoci nel seguito sulla sola assistenza agli anziani non autosufficienti, e limitandoci agli elementi essenziali che hanno trovato declinazione nel decreto legislativo 29/2024, è possibile affermare, come seconda osservazione, che la riforma prevede una serie di misure che, una volta realizzate, spingeranno verso una maggiore integrazione delle cure. Tra queste spicca l'istituzione del "Comitato interministeriale per le politiche a favore degli anziani" (CIPA), che, coinvolgendo 7 ministeri, è incaricato, tra le altre cose, di adottare un "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione" (art. 21, c. 2) e di armonizzare gli standard minimi di riferimento per l'assistenza sanitaria (LEA) e sociale (LEPS) (art. 21, c. 5). Al perseguimento dello stesso fine contribuiscono l'integrazione operativa dei processi sottostanti all'erogazione di prestazioni, interventi e servizi da parte dei distretti sanitari e ambiti territoriali sociali (art. 26); l'istituzione dei punti unici di accesso (PUA) per accedere sia all'assistenza sanitaria che a quella sociale (artt. 10, 24, 27 e 28); e l'armonizzazione delle procedure di valutazione, ridotte dagli attuali 5-6 passaggi a 2 soli in futuro (art. 27). Mancano tuttavia finora all'appello, seppur previsti dalla legge delega 33/2023, gli obiettivi – non di poco conto, e su cui pertanto si tornerà più avanti – di promuovere l'integrazione tra i sistemi informativi di tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione di prestazioni assistenziali, e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale.

Promozione dell'invecchiamento a domicilio

Una terza chiave di lettura degli interventi finora previsti dalla riforma è la loro spinta verso un rafforzamento dei sostegni che promuovono un invecchiamento presso il proprio domicilio (obiettivo di politiche del settore noto internazionalmente con il termine "*ageing in place*"). A ciò contribuiscono diverse misure, come ad esempio l'introduzione della "prestazione universale" (art. 27), una somma di 850 euro mensili che va ad aggiungersi alla vigente indennità di accompagnamento, per un periodo di sperimentazione biennale (2025-26) su 25.000 soggetti selezionati in base ad età (over 80), bisogno assistenziale (con disabilità gravissima) e condizioni economiche (ISEE inferiore ai 6000 euro annui), e da impiegarsi obbligatoriamente per acquistare servizi alla persona. Agiscono nella stessa direzione l'estensione delle cure palliative domiciliari (art. 32); il riconoscimento del ruolo dei familiari caregiver e la promozione della collaborazione tra queste figure e la rete dei servizi formali (ad esempio in sede di valutazione multidimensionale ed elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato, o per finalità informative e formative) (art. 39); e le misure fiscali e formative previste per facilitare l'impiego e la qualificazione dei tanti assistenti privati assunti dalle famiglie italiane (artt. 37-38).

Limiti delle misure finora adottate: parziale realizzazione dello SNAA, tempistiche e risorse limitate

Tutto questo, nelle intenzioni del legislatore, sarebbe dovuto avvenire sotto l'egida di un "Sistema Nazionale per la popolazione Anziana l'Assistenza agli Anziani" (SNAA), di nuova istituzione, che nella legge delega 33/2023 (art. 2 cc. 2b e 2c) veniva delineato come modalità organizzativa permanente per la programmazione e il governo unitario tra Stato, regioni e comuni di tutte le misure

sanitarie, sociali e assistenziali del settore, comprese le provvidenze economiche erogate dall'INPS. Nel decreto legislativo 29/2024 (art. 21), invece, viene affidata allo SNAA solo la programmazione dei servizi e interventi sociali (senza considerare quindi quelli sanitari e le prestazioni INPS), ed escludendo il livello locale. Questo cambio di rotta rispetto a quanto stabilito solo un anno prima impedisce pertanto, al momento, l'adozione di logiche d'intervento unitarie, anche per la già menzionata mancanza, a tutt'oggi, di indicazioni su come realizzare un monitoraggio integrato degli interventi e l'integrazione tra i vari sistemi informativi del settore. Il giudizio complessivo, quindi, a livello di sistema, non può che essere insoddisfacente.

Un ulteriore elemento forse poco considerato dal tentativo di riforma in corso concerne le tempistiche per la sua realizzazione. Di tutti i passi innovativi indicati dalla riforma, alcuni sarebbero attuabili senza l'impiego di sostanziali risorse economiche aggiuntive. Si tratta principalmente delle misure volte a potenziare l'integrazione assistenziale tra i diversi servizi e attori preposti alla loro programmazione ed erogazione, come l'istituzione del CIPA, l'organizzazione congiunta di distretti sanitari e ambiti territoriali sociali, con l'adozione di punti unici di accesso, procedure di valutazione semplificate e una migliore integrazione tra assistenza formale e informale. Nonostante si tratti di interventi apparentemente a basso costo – dai quali quindi idealmente “non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica” – la loro attuazione è in molti casi stata rimandata a futuri decreti attuativi (sono stati contati tra i 10 e i 20 ulteriori atti necessari a questo scopo). Ciò sembra suggerire che quanto finora intrapreso rappresenti solo l'inizio di un complesso processo di riforma, che richiederà tempi lunghi per completarsi. Dal che discende che, per favorire la realizzazione delle innovazioni previste, sarebbe utile compiere un più approfondito sforzo di “ingegneria gestionale”, per individuare la successione logicamente ideale delle misure di volta in volta da avviare, i contenuti dettagliati delle attività e sub-attività che la loro implementazione comporta, e le relative tempistiche (scadenze, durate e distanziamento tra le stesse). Il risultato di questo sforzo si potrebbe sostanziarsi nella stesura di un piano pluriennale di messa a terra e monitoraggio della riforma che, proprio per la sua diluizione nel tempo, renderebbe più credibile – e probabilmente anche più partecipata – la sua realizzazione, anche da parte di componenti forse finora poco coinvolti nel processo di formulazione delle proposte di riforma.

Un ultimo, cruciale aspetto potenzialmente in grado di “svuotare” in buona misura il processo di riforma in corso concerne il suo lato finanziario. A differenza delle misure sopra indicate, alcune delle innovazioni introdotte richiedono un finanziamento sostanziale. Tra queste rientrano certamente l'introduzione della prestazione universale, l'estensione delle cure palliative ai contesti domiciliari e il potenziamento delle agevolazioni fiscali e formative degli assistenti familiari privati (senza escludere che alcune delle misure apparentemente “a costo zero” possano in prospettiva richiedere impegni finanziari aggiuntivi, oggi non previsti, ad esempio per la formazione e riqualificazione del personale coinvolto nei cambiamenti previsti).

L'esperienza di altri Paesi (Germania e Spagna in primis, e già da tempo, ma anche Slovenia e Croazia negli ultimissimi anni) insegna che una riforma di questa portata, riguardante un bacino di popolazione importante e destinato a crescere negli anni a venire, non può avvenire senza sostanziali investimenti. Ed è di investimenti che occorre parlare – e non di costi, di spesa – perché impegnare risorse in questo settore significa assicurare condizioni di vita dignitose a tutti nell'ultimo periodo dell'esistenza, quando si è più fragili e quindi suscettibili di diventare vittima di abusi e trascuratezza. Finché non verranno impegnate risorse sostanziali per la realizzazione della riforma, sarà difficile poter parlare di “sistema” nazionale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. E continueremo quindi a rimanere un Paese caratterizzato da un approccio fortemente carente e frammentato, anche

territorialmente, che continuerà a scaricare sulle famiglie, lasciandole spesso sole, il grosso dell'impegno che tale assistenza comporta.

Certamente la fase contingente che il nostro Paese sta attualmente attraversando non è favorevole, con un Patto di Stabilità e Crescita dell'Unione Europea che imporrà all'Italia tagli al bilancio per oltre 13 miliardi di euro all'anno per i prossimi 7 anni. Ciononostante, senza passi, anche piccoli e gradualmente, verso la direzione giusta, sarà difficile recuperare quel senso di solidarietà e coesione di cui il nostro Paese ha un estremo bisogno, anche in questo settore. [Utile indicazioni](#) sui possibili percorsi da intraprendere vengono in tal senso anche dalla società civile, aggregatasi da qualche anno in un'inedita coalizione che, sotto il nome di "Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza", abbraccia quasi 60 organizzazioni e numerosi esperti del settore: una voce che rappresenta milioni di cittadini, e la cui autorevolezza meriterebbe pertanto di essere ascoltata.

IL LENTO CAMMINO DELLA RIFORMA DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Sergio Pasquinelli

Autore	Titolo	Testata	Data	Link
Pasquinelli Sergio	Il lento cammino della riforma dell'assistenza agli anziani	Welforum.it	2/10/2024	https://www.welforum.it/foridalcoro/il-lento-cammino-della-riforma-dellassistenza-agli-anziani/

A sei mesi dalla sua introduzione, della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti si sa ancora poco, i suoi contenuti rimangono oscuri ai più, poco dibattuti (e dei decreti previsti non c'è traccia). Per la complessità della materia, e per la scarsa informazione e attenzione dedicata dai mezzi di comunicazione.

Il libro *Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti* (scaricabile qui) nasce dall'intenzione del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" di promuovere la conoscenza della riforma e il confronto pubblico in merito. Il testo si propone come una guida – chiara e accessibile – che ne illustra gli elementi principali e ne analizza punti di forza e punti di debolezza. Frutto di uno sforzo corale di autori esperti delle diverse materie, il volume rappresenta anche lo stato dell'arte sulla assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Sino a pochi anni fa non esisteva un settore specifico del welfare dedicato all'assistenza degli anziani, al pari delle pensioni, la povertà, la disabilità e così via. Dominava la frammentazione degli interventi tra ambiti sociali, sanitari e prestazioni monetarie. Una realtà che ha pesato a vari livelli: sul piano dei contenuti, l'assenza di una spinta adeguata alla progettazione e alla realizzazione unitaria delle risposte; sul piano politico, la difficoltà nel promuovere sviluppo e riforme di un settore non chiaramente identificabile.

Il percorso di elaborazione compiuto in questi ultimi anni, e promosso dal Patto, si è basato sulla visione della non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, risorse dedicate, confini definiti. Un ambito non isolato, ma capace di integrare aree di policy diverse: il sociale con la sanità, innanzitutto. Le scelte definitive sono poi andate in altre direzioni – in particolare con la mancata applicazione del Sistema Nazionale di Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti (SNAA) – ma, intanto, sono state gettate le fondamenta per riprendere il tema in seguito.

Questo orientamento ha sostenuto le novità previste nel decreto attuativo 29/2024, che ora vanno tradotte in pratica. La principale riguarda la revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano, con la semplificazione di strumenti e di processi e la previsione di una Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) a livello nazionale. Si tratta di una novità di notevole rilievo, da verificare, come sempre, alla prova dei fatti.

Nel triennio 2021-2024 è stata aperta la strada per l'innovazione di elementi cruciali: il riferimento è alle principali novità della legge delega (l. 33/2023). Poi – come spiega il volume – di fatto cancellate o ampiamente depotenziate dal decreto attuativo (bocciato dalla Conferenza delle Regioni).

“La portata dell'arretramento risulta evidente se si considerano le principali novità emerse nel passaggio tra legge delega e decreto attuativo: mancata applicazione dello SNAA (con rinuncia a costruire un sistema unitario della non autosufficienza); cancellazione della riforma dell'Indennità di accompagnamento (lasciando così inalterate – come accade dal 1980 – le notevoli criticità della più diffusa misura del settore); decisione di non progettare una domiciliarità pensata per la non autosufficienza (cioè di non mettere in discussione i modelli d'intervento oggi prevalenti ma inadeguati)” (pag 117).

C'è chi insiste sull'assenza di risorse adeguate a sostenere il processo di riforma: prima ancora delle risorse, in realtà, manca la dimensione progettuale degli interventi da finanziare. Anzi, il sospetto su chi parla solo di risorse è che si voglia conservare l'esistente, alleggerendo la spesa a carico delle famiglie. Tema cruciale – certo – ma che deve accompagnarsi a un progetto sul che cosa e sul come, oltre che sul chi paga.

Ad ogni modo, è la prima volta che nel nostro Paese diversi aspetti sono stati presi in considerazione a livello istituzionale. L'immobilismo precedente è stato, per così dire, scongelato. La fase odierna raccoglie un'articolata eredità da capitalizzare per proseguire il percorso verso il cambiamento: sono 16 gli atti ulteriori previsti, tra decreti ministeriali e linee guida. Si prospetta un cammino lento e lungo: tutti sono ancora da promulgare (nei prossimi mesi, nei prossimi anni?), e per diversi i tempi indicati sono già scaduti.

La riforma è stata accompagnata da opinioni diverse: da chi la considera una sorta di scatola vuota a chi sostiene che non si poteva fare di più. In verità, quelli che oggi sembrano i mancati risultati di una vicenda ormai terminata, se li vediamo nella prospettiva di uno sguardo lungo diventano opportunità su cui costruire un futuro da disegnare.

ANZIANI, SI VIVE DI PIÙ MA AUMENTANO I BISOGNI (ANCHE DEI CAREGIVER)

Franca Maino

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Maino F.	Anziani, si vive di più ma aumentano i bisogni (anche dei caregiver)	Corriere della Sera – Buone notizie	20/9/2024	https://www.corriere.it/buone-notizie/24 settembre 20/cresce-l-aspettativa-di-vita-ma-aumentano-le-esigenze-di-anziani-e-caregiver-5d9393f1-d79e-4d2a-8f09-c487894faxlk.shtml

Oggi il 25% di chi vive in Italia ha più di 65 anni. Serve un approccio ampio in grado di tenere insieme e integrare tutte le complesse dimensioni e specificità.

L'aumento dell'**aspettativa di vita** è una conquista del nostro tempo, ma porta con sé tante sfide che diventeranno sempre più complesse. Oggi il **25% di chi vive in Italia ha più di 65 anni**. Secondo Istat nel 2050 sarà il 36%. Attualmente l'**aspettativa di vita media è di 84 anni**. Dovrebbe crescere di altri 5 anni entro metà del secolo. In breve, vivremo mediamente molto di più di quanto sia mai accaduto a qualsiasi generazione passata, ma molti di questi anni «extra» saranno in condizioni più o meno gravi di non autosufficienza. Già oggi **3,9 milioni di persone** vivono nell'impossibilità di svolgere autonomamente molte attività quotidiane. Chi non è da solo riesce a compierle grazie a **oltre 7 milioni di caregiver, tra familiari e badanti**, che garantiscono una cura continua a integrazione dell'assistenza pubblica.

Ecco perché il nostro Paese è chiamato ad affrontare l'invecchiamento della popolazione come un tema collettivo: esso impatta e sempre più impatterà sul nostro modo di vivere e ben al di là degli ambiti in cui gli effetti sono più ovvi. Se infatti le conseguenze di questo macro-fenomeno sono intuibili e in parte già visibili a livello di **welfare e di politiche sanitarie** (più fragilità, più prestazioni, più costi) sono da considerare tanti altri aspetti. Ad esempio le politiche di housing, di mobilità, urbane, e la grande complessità insita nell'età anziana.

Quest'ultima può essere scomposta in almeno **tre fasi**. La prima, **65-74 anni**, comprende chi è ancora pienamente autosufficiente, accede poco ai servizi di cura e soprattutto, se si mantiene sano e attivo, può essere caregiver per altri. La seconda (**75-84**) include chi necessita più spesso di interventi esterni che aiutino la mobilità, favoriscano la socialità, evitino il decadimento psico-fisico. La terza (**over 85**) è composta da anziani a maggior rischio di non autosufficienza o già in tale condizione, che richiedono assistenza continuativa.

Come ha ricordato pochi giorni fa su queste pagine Ferruccio de Bortoli, per tutelare quest'ultima fascia all'inizio di quest'anno è stata approvata una riforma dell'assistenza agli anziani. Nonostante le pressioni esercitate da oltre 60 organizzazioni riunite nel **Patto per un nuovo welfare** per la non

autosufficienza, il suo compimento concreto è ancora lontano. Ma anche nel momento in cui la riforma andasse a buon fine, rispondendo ai bisogni degli **anziani non autosufficienti e di chi li assiste**, avremmo realizzato solo una parte delle azioni necessarie per affrontare le sfide descritte. Le esigenze di chi invecchia sono infatti ampie, diversificate, mutevoli nel tempo.

Per questo richiedono un **approccio che tenga insieme tutte queste dimensioni** e permetta di concentrarsi non solo sui bisogni che si manifestano nella parte finale della vita, ma anche sulle azioni necessarie per prevenirli. Per farlo occorre anzitutto rafforzare le sinergie tra Pubblico e privato, migliorando la capacità dei sistemi di welfare di intervenire sui bisogni emergenti, e valorizzando le competenze di territori e comunità. Ma bisogna anche andare oltre i tradizionali perimetri cui ci siamo abituati, adottando il concetto di «**welfare eco-sociale**»: con interventi delineati per prendere in considerazione i nessi tra politiche sociali, ambientali e digitali. Così facendo si potranno **sviluppare investimenti, coprogettazioni e partnership** multi-attore riguardanti ad esempio alloggi, infrastrutture e trasporti per garantire sicurezza, mobilità e socialità. Ma anche servizi sociali, sanitari e culturali finalizzati al benessere delle persone anziane e alla loro partecipazione attiva.

E ancora, comunicazione e informazione per favorire incontro e aggregazione dei bisogni e delle risposte per realizzare interventi che incidano sia sulle determinanti sociali sia su quelle sanitarie. Serve in altre parole un approccio integrale in grado di tenere insieme tutte le complesse dimensioni e specificità qui brevemente raccontate. Un **approccio integrale per implementare nuove policy integrate e strategie di intervento trasversali** volte a costruire vere e proprie «comunità per la longevità». Un approccio integrale in grado di cambiare, soprattutto, la cultura intorno al tema dell'invecchiamento. Che, volenti o nolenti, prima o poi sputeremo tutti. E che quindi dobbiamo decidere come affrontare insieme. Perché le conquiste richiedono sempre un prezzo: ora dobbiamo trovare un metodo sostenibile per pagarlo.

QUALE FUTURO PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI?

Franca Maino

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Maino F.	Quale futuro per l'assistenza agli anziani non autosufficienti?	Secondo Welfare	11/9/2024	https://www.secondowelfare.it/long-term-care/quale-futuro-per-lassistenza-agli-anziani-non-autosufficienti/

È la domanda a cui cerca di rispondere il nuovo volume del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. L'intento è di aiutare a conoscere e approfondire i contenuti della riforma della Long Term Care, mettendo in luce rischi e opportunità dell'impianto approvato in via definitiva dal Governo Meloni.

Da pochi giorni è disponibile il volume “Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti” a cura del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza¹.

Il libro nasce dall'intenzione del Patto di promuovere la conoscenza – ancora modesta – della riforma della Long Term Care (LTC), approvata nel nostro Paese tra il 2023 e il 2024, e favorire lo sviluppo di un confronto pubblico intorno ad essa, in vista della sua implementazione e dei passi che ancora rimangono da compiere. Il testo si propone come una guida chiara e accessibile che illustra gli elementi principali e analizza punti di forza e criticità sia della Legge Delega 33/2023 sia del Decreto Attuativo 29/2024.

Il volume scritto a più mani² si articola in quattro parti. Le prime tre riguardano gli obiettivi della riforma per l'assistenza continuativa agli anziani: la costruzione di un settore unitario e il superamento dell'attuale frammentazione delle misure; la definizione di nuovi modelli di intervento, adatti alle specificità della non autosufficienza di oggi e del futuro; l'ampliamento dell'offerta di risposte, per colmare la persistente carenza di servizi, e il possibile finanziamento tra risorse pubbliche e costruzione di un secondo pilastro LTC. La quarta e ultima parte propone una visione d'insieme sulla riforma e sulle sue prospettive.

Il Focus di Secondo Welfare sulla non autosufficienza

Ci stiamo occupando sistematicamente della riforma del sistema della Long Term Care pubblicando articoli e interviste utili per capire meglio le diverse questioni che riguardano la LTC in Italia e non solo. Sono tutti qui.

L'iter della riforma (ricostruito nel Capitolo 1) si è sviluppato tra il 2021 e il 2024 in un susseguirsi di fasi che hanno preso il via con l'inserimento della riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'aprile 2021, fino alla promulgazione del Decreto Attuativo 29 nel marzo 2024. Nel mezzo l'approvazione da parte del Parlamento – nel marzo 2023 – della Legge Delega 33. Fasi che hanno visto sin da subito le organizzazioni della società civile scegliere di dare vita al Patto per

elaborare una dettagliata proposta di riforma del settore LTC interagendo prima con il Governo Draghi e poi con il Governo Meloni.

Mettendo a confronto obiettivi e risultati nel passaggio tra la Legge Delega e il primo dei Decreti Attuativi il volume propone, quindi, un bilancio della riforma.

Rispetto alla costruzione di un settore integrato grazie all'istituzione dello SNAA (il Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente), gli autori evidenziano come la Legge 33 prevedesse – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, suddivisi tra sanità, sociale e prestazioni monetarie INPS. In pratica, gli attori pubblici coinvolti avrebbero dovuto programmare congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse dedicate, mantenendo invariate le rispettive competenze. Nel Decreto Attuativo, tuttavia, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo lo SNAA – mantenuto nella forma – viene cancellato nella sostanza.

Di contro la valutazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano viene confermata dal Decreto Attuativo e costituisce uno dei punti di forza della riforma. Viene rivisto l'insieme delle valutazioni della condizione di non autosufficienza (oggi ne sono previste 5-6 non collegate tra loro, moltiplicando gli sforzi degli operatori e rendendo complicato il percorso di accesso alle prestazioni delle persone coinvolte), riducendole a due, una di responsabilità statale e una di competenza delle Regioni. Inoltre, i momenti valutativi previsti nel nuovo impianto sono strettamente collegati tra loro, a garanzia della continuità del percorso di presa in carico di anziani e famiglie.

Tornando ai punti di debolezza, se sul fronte dei servizi residenziali la situazione resta interlocutoria (il Decreto Attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostantive e rimanda a un successivo ulteriore Decreto), nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo viene cancellata la prevista riforma dell'assistenza domiciliare. Rimane solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari mentre sono assenti aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza da fornire e l'indicazione dei diversi professionisti da coinvolgere. Oggi tra gli interventi a casa, erogati per lo più attraverso l'ADI, l'Assistenza domiciliare integrata delle ASL, prevalgono quelli che durano al massimo tre mesi, benché la condizione di non autosufficienza si protragga spesso per anni. E si tratta prevalentemente di singole prestazioni infermieristiche (ad esempio medicazioni e cambio catetere), certamente utili ma non pensate per affrontare l'insieme dei bisogni associati alla non autosufficienza, tra i quali il sostegno nelle attività di base della vita quotidiana e la necessità dei familiari di poter contare su momenti di informazione/consulenza e sostegno psicologico.

Venendo all'Indennità di Accompagnamento (IdA) – il contributo economico a somma fissa (pari a 531 euro mensili) senza vincolo di destinazione – la Legge Delega 33 ne prevedeva la riforma trasformandola in una nuova misura, denominata “prestazione universale”. I tratti distintivi e innovativi sarebbero stati il mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno assistenziale (universalismo), la graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, la possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (forniti dalle assistenti familiari o dagli enti del Terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore. Nel passaggio al Decreto, tuttavia, anche la revisione dell'IdA è venuta meno mentre è stata prevista una prestazione universale ma solo in via sperimentale.

Tra i punti di forza, il Decreto 29 amplia e articola notevolmente la parte dedicata ai caregiver familiari, che nella Legge Delega è invece minoritaria e vaga. Il Decreto definisce il ruolo dei caregiver, ne individua le modalità di relazione con gli operatori del sistema dei servizi sociali,

sociosanitari e sanitari nei diversi momenti e interventi che riguardano il congiunto non autosufficiente, stabilisce i compiti delle Regioni e prevede il coinvolgimento delle associazioni di caregiver nella programmazione regionale e nazionale. Complessivamente emerge un insieme di indicazioni generali piuttosto solido. Il Decreto 29 non prevede, tuttavia, ulteriori atti chiamati a tradurle in pratica perché i passaggi successivi in materia rientrano nell'iter della Legge quadro sui caregiver familiari, attualmente in discussione.

Infine va menzionato l'ampliamento dell'offerta, in particolare dei servizi alla persona, possibile solo aumentando i finanziamenti pubblici dedicati. Il Decreto 29/2024, però, stanziava 500 milioni destinati alla sola prestazione universale per il biennio 2025-2026. Non vi sono nuove risorse di natura strutturale mentre la riforma necessiterebbe di 6-8 miliardi annui aggiuntivi a regime. Sarebbe miope – sottolinea il volume – concentrarsi esclusivamente sui finanziamenti poiché era noto da tempo che non sarebbero state disponibili somme aggiuntive. Ma, soprattutto, lo snodo decisivo consiste nella capacità di ridisegnare la LTC per metterla in grado di rispondere efficacemente alla crescente presenza di anziani non autosufficienti, in situazioni di pluri bisogni. Il punto di partenza dovrebbe essere una solida riprogettazione del sistema e a seguire la definizione dei fondi. Ma prima ancora delle risorse a mancare è proprio il progetto degli interventi da finanziare perché per nessuna delle tre misure principali (domiciliarità, residenzialità, IdA) è previsto, al momento, un piano di cambiamento. Non vi è di fatto nessun percorso di sviluppo del settore per il quale richiedere nuovi fondi strutturali.

L'approvazione del Decreto Attuativo 29/2024 ha, quindi, portato a compimento il percorso cominciato con l'inserimento della riforma nel PNNR, nel 2021, e continuato con l'approvazione della Legge Delega 33/2023. L'esito è stato però in parte inatteso. Mentre la Delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile (e in linea con le proposte del Patto), il Decreto ne ha recepito in modo parziale le indicazioni, ridimensionandone l'orientamento al cambiamento. Ad oggi rimane – quale importante tassello – la revisione delle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano prevista dal Decreto Attuativo, che, se ben attuata, potrà migliorare in modo significativo la capacità di comprendere la situazione delle persone non autosufficienti e semplificare notevolmente passaggi e procedure per accedere alle prestazioni e ai servizi.

A differenza di quanto accaduto negli ultimi due decenni a livello internazionale, dove le riforme hanno puntato a modificare strutturalmente i sistemi di LTC per renderli in grado di rispondere alla sempre più diffusa presenza di anziani non autosufficienti e alla diversificata e crescente complessità dei loro bisogni, in Italia – conclude il volume – la revisione strutturale della LTC sembra ancora lontana, sebbene la strada sia stata aperta.

Tuttavia il giudizio complessivo del Patto non è (più) negativo ma interlocutorio nella consapevolezza che – per la prima volta – il sistema di assistenza continuativa agli anziani sia stato anche nel nostro Paese messo in discussione e un processo di riforma sia in atto.

Per assicurare la massima accessibilità, il libro è disponibile gratuitamente sul sito del Patto, ma è anche acquistabile in cartaceo.

PIÙ FRAGILI, INVISIBILI, DIMENTICATI

Ferruccio De Bortoli

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Ferruccio De Bortoli	Più fragili, invisibili, dimenticati	Corriere della Sera	7/9/2024	https://www.corriere.it/opinioni/24_settembre_07/piu-fragili-invisibili-dimenticati-9d14ef44-c6fe-4175-b46b-a4d0c114cx1k.shtml

Non autosufficienti: perché la questione dell'assistenza a queste persone (sono 3,8 milioni) non è mai una priorità della politica.

Nella rappresentanza degli interessi, e soprattutto dei bisogni, non conta essere in tanti. E ancora di meno avere qualche ragione. Decisivo è il potere di farsi sentire di più. Chiamiamolo fattore grida. Se poi ci si occupa di servizi pubblici — come accade in questi giorni per i trasporti — e dunque si presidiano snodi fondamentali della vita pubblica — la capacità di incidere sulle scelte contrattuali o legislative sale in maniera esponenziale fino ad assumere qualche volta la forma del ricatto.

L'era dei sindacati generalisti, che forse avevano un'idea romantica di difesa del cittadino a tutto tondo, è tramontata da tempo. Al contrario, le minoranze più agguerrite, le corporazioni e le lobby di maggiore influenza vivono una stagione di insana ribalta. E quando, ogni anno, si apre la fiera delle richieste e delle pressioni delle categorie, per ottenere qualche attenzione dalla legge di Bilancio, il loro potere negoziale, il loro peso specifico, oscurano spesso questioni di carattere più generale, di cui i partiti stentano ad assumere la procura, nonostante siano votati anche per quello. Può accadere, di conseguenza, che i cittadini più fragili scoprono di essere indifesi e dimenticati.

Se siamo un Paese civile e solidale (e lo siamo grazie a un grande capitale sociale e tanto volontariato) dovremmo chiederci tutti perché la questione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (3,8 milioni di persone) non assuma mai il carattere di un'emergenza, una priorità della politica.

Se sommiamo agli anziani fragili l'insieme delle famiglie coinvolte e gli operatori professionali arriviamo a una platea di circa dieci milioni di persone. Non poche. Altri Paesi hanno adottato da tempo una legge in materia: la Germania dal 1995, la Francia dal 2002, la Spagna dal 2006.

Il Piano nazionale per la ripresa e la resilienza (Pnrr) ha reso inevitabile una riforma anche in Italia. Dopo la legge delega del marzo del 2023, elaborata già ai tempi di Draghi, nella primavera di quest'anno, il governo Meloni ha emanato il decreto attuativo della riforma che però è bloccata. Non c'è ancora un servizio domiciliare pubblico progettato per la non autosufficienza. Quelli esistenti, pur lodevoli, hanno altre priorità. I 2,7 miliardi stanziati dal Pnrr non servono per la domiciliarità bensì per attività di controllo e monitoraggio (una visita al mese). Non è stata cambiata l'indennità di accompagnamento (528 euro mensili) graduandola ai bisogni delle famiglie. Oggi è incredibilmente uguale per tutti. Anche per chi ha redditi elevati. Non si regolarizza l'esercito delle badanti e dei badanti (il doppio dei dipendenti del Servizio nazionale) per premiarli impiegandoli in modo regolare.

C'è solo un bonus temporaneo di cui beneficia solo il 2 per cento degli anziani. Una badante o un badante spesso è un lusso.

Il Patto per il nuovo welfare sulla non autosufficienza, che riunisce 60 associazioni della società civile, ha ottenuto che il Pnrr si occupasse di anziani ma ha anche scoperto amaramente che il «lobbismo buono» fatica a trovare ascolto. La realtà amara è che non vi sono risorse sufficienti. Ma si stenta a dire la verità. Perché sarebbe oscena. E imbarazzante non solo per i governi che si sono succeduti ma anche per la società nel suo complesso.

Tendiamo tutti a rimuovere le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione. A credere, con una certa dose di irresponsabile fatalismo, che forse a noi, ai nostri cari non toccherà. Un destino esclusivamente familiare, privato. Un Paese che ha aumentato la spesa pubblica del 40 per cento negli ultimi cinque anni — come scritto ieri dal Sole 24 Ore — è stato generoso con tutti meno che con i suoi cittadini con la salute più precaria. Gli studi dimostrano inoltre che avere in casa una persona non più autosufficiente, magari colpita da deficit cognitivi, costretta a letto, non più in grado di lavarsi, costituisce il più micidiale acceleratore della povertà.

La riforma ha un costo a regime tra i 5 e i 7 miliardi, impossibili da trovare subito. Ma ci si può arrivare per passi successivi. L'estesa rete del welfare privato, il mondo delle fondazioni sono alleati preziosi se vi è una sufficiente volontà politica oltre a una maggiore pressione dell'opinione pubblica. La nostra società invecchia inesorabilmente e sarebbe addirittura crudele che scaricasse il problema, ancora una volta, sui giovani, peraltro pochi, specie non abbienti. Non è improponibile l'idea di un'assicurazione obbligatoria opportunamente incentivata. Ma al di là dei temi assistenziali ed economici, vi è una grande questione di civiltà. Chi non è autosufficiente, non assistito adeguatamente e solo, non è più un cittadino. Fragile due volte. Invisibile.

ANALISI COMPARATIVA TRA LE LEGGI DI RIFORMA N. 33/2023 E N. 227/2021

Marco Noli

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Noli Marco	Analisi comparativa tra le leggi di riforma n. 33/2023 e n. 227/2021	I Luoghi della cura	10/7/2024	https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2024/07/analisi-comparativa-tra-le-leggi-di-riforma-n-33-2023-e-n-227-2021/

Le recenti leggi delega sulla disabilità e in favore delle persone anziane rappresentano un punto di svolta importante nelle politiche nazionali in favore dei cittadini con disabilità e dei cittadini anziani non autosufficienti. In gioco c'è l'esigibilità di diritti sociali che sono riconosciuti a livello costituzionale, e non solo. L'analisi offre una lettura comparativa dei due testi normativi, evidenziando i punti di forza delle riforme annunciate e mettendo in luce il rischio di una mancata e coerente attuazione delle stesse.

Le leggi delega di riforma prese in esame discendono entrambe dal PNRR e in particolare dalla Missione 5 – C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore”, che prevede ai punti:

1.1 La legge quadro disabilità;

1.2 Il sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

PNRR, disabilità e anziani

Dalla lettura del PNRR si comprende che la Legge quadro sulla disabilità si struttura sulla deistituzionalizzazione e sulla promozione dell'autonomia delle persone disabili, dando piena attuazione alla Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità e alla Carta di diritti fondamentali dell'Unione europea (e soprattutto alla recente “Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021 – 2030”, presentata a marzo 2021 dalla Commissione Europea).

La Legge delega in materia di anziani prevede invece la definizione di un sistema organico d'interventi in favore degli anziani di ogni età e risposte dedicate agli anziani non autosufficienti, fissando alcuni principi generali: 1) la centralità dei punti unici di accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali ; 2) le modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate su una valutazione multidimensionale unificata per l'individuazione contestuale dei bisogni e della condizione di non autosufficienza e per la definizione del progetto individualizzato.

Le tabelle allegate (Tabella 1, Tabella 2) presentano i punti salienti delle due leggi. In conformità al PNRR, che poteva prevedere solo finanziamenti per investimenti, entrambe non contemplano risorse aggiuntive ma, anzi, recano la clausola della neutralità finanziaria (nessun nuovo intervento può

essere previsto nei decreti attuativi se non finanziato). Le amministrazioni competenti devono quindi attuare gli adempimenti che discenderanno dai decreti con le risorse umane e finanziarie in dotazione a legislazione vigente. Questo era il vincolo del PNRR, ma nulla impedisce di fare scelte politiche diverse che mettano a tema la Long-Term Care.

L' unica eccezione si rintraccia nella normativa sulla disabilità che menziona, a partire del 2023, uno stanziamento di 800.000€ annui per il potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità (finanziato con la riduzione di altri finanziamenti a conferma della clausola della neutralità finanziaria).

Comparazione delle norme

Rinviando alle allegate tabelle n. 1 (relativa alla legge delega 227/21) e n. 2 (relativa alla legge delega 33/2023) per la sintesi degli aspetti salienti di ambedue, di seguito si cercherà di evidenziare i punti comuni e le differenze.

Anzitutto, la rapida lettura dei titoli e la concisa analisi della forma redazionale fa emergere come la legge quadro sulla disabilità sia “asciutta”, lineare e coerente, anche perché operante su un sistema normativo e d'intervento sperimentato negli anni; la legge delega sulla non autosufficienza, al contrario, è più ridondante, spesso meramente ricognitiva, e affronta un ampio spettro d'interventi ma senza la necessaria organicità. Sostanzialmente, si nota un' incompleta mediazione di ottiche e culture operative diverse, che non hanno saputo o voluto ricomporsi in una visione comune. Occorre considerare che la riflessione sugli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, pur essendo molto avanzata tra gli operatori del settore (come testimoniano le proposte formulate dal “Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza”), sul versante del Governo e del Parlamento è ai suoi primi passi e quindi sconta tutta la difficoltà di definire i contenuti, i soggetti, le responsabilità e i necessari coordinamenti. Inoltre, il PNRR dava indicazione di elaborare una legge di riforma del sistema degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, mentre il Parlamento ha approvato la Legge 33/2023 intitolata “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” , ampliandone i contenuti con l'inserimento anche delle politiche per l'invecchiamento attivo: questo sicuramente ha complicato ulteriormente la stesura della legge delega, aumentando la confusione.

Principi e criteri

Gli ambiti della delega nella legge per la disabilità sono enucleati con precisione, mentre in quella per la non autosufficienza vengono indicati solo i macro-confini di riferimento, definiti “principi generali di sistema” (LEPS, LEA, ATS, PUA ecc.), rinviando poi a “principi e criteri ulteriori” ugualmente caratterizzati da un ampio margine di indeterminatezza e inseriti nella parte relativa alle indicazioni sui singoli decreti-legge attuativi. Tra i principi e i criteri direttivi generali della relativa

delega troviamo l'istituzione del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, che ha il compito di coordinare le relative politiche nazionali attraverso due piani: il Piano nazionale dell'invecchiamento attivo e il Piano nazionale per la non autosufficienza nella popolazione anziana, che trovano poi la loro ricaduta a livello Regionale e locale.

Il Governo ha individuato due modalità diverse per il coordinamento delle politiche della disabilità e degli anziani. Per le prime ha scelto il Ministro per la disabilità, mentre per le seconde il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana. Il Ministro per la disabilità è senza portafoglio e agisce quale delegato del Presidente del Consiglio. Questa decisione vuole rappresentare presso l'opinione pubblica l'attenzione che questo governo ha per le politiche sulla disabilità. Il Comitato interministeriale, invece, è un modello organizzativo, espressione dell'autoorganizzazione del Governo, che nasce con il compito di assicurare il coordinamento dei vertici delle amministrazioni interessate all'esercizio delle funzioni in materia di politiche per gli anziani. Sicuramente ha lo scopo di non concentrare le decisioni di carattere trasversale in un'unica amministrazione e, allo stesso tempo, di tentare di ridurre la frammentazione. Entrambe le forme, comunque, hanno il merito di aiutare a mettere a tema le politiche della disabilità e degli anziani, e a garantirne un'istruttoria in seno al Governo.

Invecchiamento attivo

Il Capo II della legge delega sugli anziani affronta l'invecchiamento attivo attraverso una ricognizione di azioni e di interventi già sperimentati, sia pure in forma episodica nei territori. C'è poi una specifica azione di prevenzione a favore dell'anziano fragile, definito come "persona anziana cronica suscettibile di aggravarsi e perdere l'autonomia", al quale vengono offerti l'accesso e l'orientamento per l'utilizzo della rete dei servizi grazie al Punto Unico di Accesso (PUA) e alla Valutazione Multidimensionale (VMD), entrambi già previsti in altre leggi. Anche in questo caso si tratta di una ricognizione di attività già in essere in alcuni territori e normata da altri atti.

Definizione di disabilità e di anziano non autosufficiente

Le maggiori similitudini si rintracciano nell'articolo 2 della legge quadro sulla disabilità e nel Capo II di quella sugli anziani, in particolare all'art. 4 dove sono indicati gli ulteriori criteri per la delega al Governo in materia di assistenza sociale e sociosanitaria per le persone non autosufficienti. Entrambe recano una parte definitoria, l'una della "disabilità" e l'altra della "persona anziana non autosufficiente". Tuttavia, mentre la prima enuclea gli strumenti idonei per definire e graduare la disabilità (ICF, ICD per la classificazione delle diagnosi di malattia e "ogni altra scala di valutazione consolidata dalla letteratura scientifica e nella pratica clinica"), la seconda cita sia l'ICF che "ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari". Nella legge delega la definizione di non autosufficienza e l'individuazione dei bisogni collegati potrebbe emergere con maggior

chiarezza grazie all'introduzione della valutazione multidimensionale unificata, che dovrà attenersi a criteri standardizzati e omogenei, basati su linee guida validate a livello nazionale. Alcune criticità potrebbero sorgere dalla previsione – contenuta nella legge sulla disabilità – di percorsi valutativi separati rispetto all'età, che potrebbe far pensare a diritti altrettanto differenziati; va infatti considerato che, nell'ICF, l'età è già una delle variabili che concorre a definire gli obiettivi di partecipazione e le attività o le risorse personali e di contesto.

Valutazione multidimensionale

La parte più simile tra le due leggi delega è quella relativa alla valutazione multidimensionale, citata in entrambe. In dettaglio, per la disabilità si prevede:

- una valutazione di base, che ricomprenderà tutti gli attuali accertamenti delle minorazioni civili, sarà ricondotta a un unico procedimento e affidata alla competenza medico-legale di un unico soggetto pubblico (probabilmente rimanendo in capo all'INPS);
- una valutazione multidimensionale più complessa, richiesta per l'elaborazione dei progetti personali.

La legge delega per le persone anziane introduce:

- una valutazione multidimensionale unificata a livello nazionale che semplifica e integra le procedure di accertamento esistenti, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei, coerenti con linee guida nazionali. Essa è finalizzata all'identificazione dei bisogni dell'anziano e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni statali (minorazioni civili ecc.);
- una valutazione multidimensionale a livello locale, svolta dalle unità di valutazione multidimensionale (UVM) presso i PUA, finalizzata alla diretta risposta ai bisogni tramite la definizione del Progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI). La valutazione delle UVM tiene conto dei fabbisogni assistenziali determinati e con la valutazione multidimensionale unificata ed è quindi facilitata.

La diversità fra le due leggi è che quella per la disabilità conferma sostanzialmente il sistema attuale, dato che la valutazione di base – a prevalente impostazione medico-legale – è già in capo all'INPS. Quella multidimensionale rimanda alle prassi già in uso presso i servizi sanitari, sociosanitari e sociali delle Regioni, senza fornire indicazioni che prefigurino un cambiamento. Per gli anziani, sulla carta sono previste innovazioni maggiori ma la loro concreta definizione è rimandata ad atti successivi. Entrambe le normative dichiarano che la VMD è propedeutica all'elaborazione di un progetto individualizzato, denominato “progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato” per la disabilità e “progetto individualizzato di assistenza integrato” per gli anziani non autosufficienti. Il progetto deve essere elaborato con l'interessato e i caregiver familiari e, su loro richiesta, anche con

il coinvolgimento dagli Enti del Terzo settore. Viene previsto il Budget di cura e assistenza quale strumento di unificazione delle risorse dedicate al progetto, ma non viene fornita alcuna precisazione puntuale rispetto ad altri atti che già lo disciplinano.

Governance

Per quanto riguarda il governo unitario delle politiche dedicate gli anziani non autosufficienti, il CIPA, a livello nazionale, e le articolazioni regionali e locali si avvalgono del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA). Il disegno di governance della legge delega a favore delle persone anziane mira a ricomporre le politiche e gli interventi in un unico sistema, al fine di sanare l'attuale frammentarietà degli interventi che afferiscono a tre filiere istituzionali (Stato, Regioni ed Enti Locali).

Nella legge sulla disabilità, essendo già state emanate leggi che disegnano il sistema, si procede a rafforzare sia la governance politica, affidandola ad un unico Ministro per la disabilità, che il coordinamento, attraverso il Garante Nazionale delle disabilità, competente per la tutela e la promozione dei diritti delle persone disabili; si procede inoltre a potenziare l'Ufficio per le politiche in favore delle persone disabili. Entrambe le leggi delega contemplano il monitoraggio degli interventi e l'interoperabilità delle banche dati esistenti, aspetto centrale per il funzionamento delle modalità di valutazione previste.

Progetti di autonomia

La legge quadro sulla disabilità pone l'accento su percorsi specifici, distinguendo tra quelli per persone anziane già dichiarate disabili in precedenza (non si comprende di chi stanno parlando le due leggi: sono quelli dichiarati disabili in età giovanile che a 65 anni diventano un'altra cosa?) da quelli per minori e adulti; la legge delega sugli anziani riserva invece alle persone disabili che entrano nell'età anziana il diritto di optare per le prestazioni più favorevoli tra quelle relative alla disabilità o all'anzianità. In pratica viene confermata l'italica anomalia – definita sul piano amministrativo dall'INPS – di prevedere benefici e tutele minori per chi ha più di 65 anni, costringendo così le due normative a un impreciso e mal strutturato tentativo di ricomposizione.

Un'altra previsione interessante, ravvisabile in entrambe le leggi delega, riguarda:

- per gli anziani la riforma dell'indennità di accompagnamento tramite la prestazione universale, che si continua a ricevere esclusivamente sulla base del bisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche, ma il cui ammontare è graduato secondo il livello di fabbisogno di assistenza. La novità ulteriore è che il beneficiario può scegliere se utilizzarla sotto forma di trasferimento monetario o di servizio alla persona;

- per i disabili la possibilità di riconvertire le risorse destinate all'assistenza residenziale verso servizi domiciliari di supporto alla vita indipendente. La chiave che caratterizza tutta la legge è la vita indipendente, più volta ribadita dalle norme internazionali e nazionali, ma ancora poco praticata. Resta da capire quali tipo di soluzioni vengano ipotizzate per le disabilità gravi o gravissime, soprattutto sul piano cognitivo, quando la rete familiare é debole o assente.

Entrambe queste previsioni vorrebbero favorire una maggior flessibilità delle risposte, privilegiando quelle finalizzate a sostenere la permanenza al domicilio. Se si considera la realtà delle carenze e della frammentarietà dei servizi, sia per gli anziani che per i disabili, i operatori e famiglie raramente si trovano di fronte a una vera scelta. Per i disabili non anziani questo problema si avverte con meno drammaticità, visto il loro numero, le reti di servizi a loro dedicate- spesso più vicine alla domanda- e le attuali sperimentazioni di soluzioni flessibili. Mentre, considerato che solo il 40% dei 3.8 milioni di anziani con ridotta autonomia riceve qualche tipo di supporto (economico o sotto forma di servizi), il rischio è che in assenza di politiche attive di assistenza il tutto si traduca in più abbandono.

Interventi

La legge quadro sulla disabilità illustra poi alcuni interventi nei quali l'ottica della vita indipendente è declinata nell'abitare in autonomia. Si prevedono alcune azioni finalizzate all'inclusione e all'accessibilità, che però sono limitate all'ambito dei servizi pubblici. La legge sugli anziani nella parte relativa degli interventi richiama le previsioni dei LEPS e, per l'integrazione sociale e sanitaria, l'integrazione funzionale tra distretto sanitario e Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Si menzionano poi i principali interventi, a partire dai servizi domiciliari per i quali si cita l'integrazione tra ADI e SAD, senza tuttavia fornire ulteriori indicazioni e senza considerare che ormai il SAD è piuttosto residuale. Si richiamano le strutture semi residenziali e residenziali, che devono essere dotate di personale numericamente adeguato e in possesso delle competenze necessarie, puntando alla qualità degli ambienti di vita; si prevedono l'aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento, ignorando l'attuale pleora di normative regionali diversificate. Ulteriori indicazioni riguardano gli assistenti familiari e le cure palliative. Rispetto agli interventi, complessivamente la legge delega opera per lo più delle ricognizioni ragionate e dei rimandi a altre norme.

Prime conclusioni

Da questo primo confronto tra le due normative emerge che la legge delega relativa alla disabilità, che può contare su principi e servizi già solidi, si concentra sulla valutazione multidimensionale e sui progetti di vita, consolidando la realtà esistente: occorrerà attendere per verificare a quali reali innovazioni darà luogo. La legge delega sulle politiche in favore delle persone anziane contiene alcuni aspetti innovativi: lo SNAA, la riforma dell'indennità di accompagnamento e la prestazione

universale, la riforma delle valutazioni a livello statale e il collegamento con quelle locali, una domiciliarità con una nuova impostazione. Il limite della norma è che, spesso, i temi e i possibili interventi elencati dovranno essere meglio declinati nei decreti attuativi; ciò li destina inesorabilmente ad avere, nel bene e nel male, un ampio margine di discrezionalità.

Schematicamente si potrebbero riassumere gli aspetti più evidenti delle due leggi nella Tabella 3.

Tabella 3 – Analisi comparativa sui contenuti L.D. 227/2021 e L.D.33/2023

	L. 227/2021	L. 33/2023
Contenuti	Legge "matura" coerente con un settore definito	Legge "giovane" coerente con un settore in costruzione
Governance	Ministero per la disabilità	Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)
Coordinamento	Ufficio per le politiche in favore delle persone disabili e Garante nazionale della disabilità	Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)
Valutazione	Valutazione di base VMD	Valutazione multidimensionale unificata VMD
Interventi	Vita indipendente /Autonomia De-istituzionalizzazione vs domiciliarità,	Integrazione sociosanitaria/ qualità dei servizi Prestazione universale vs servizi

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 1 - Legge 227/21 Delega al governo in materia di disabilità

Ambito delle delega	Principi e criteri
a) Definizione delle condizioni di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa del settore	<p>La revisione normativa dovrà anzitutto adottare una definizione di "disabilità" coerente con la Convenzione ONU e dotarsi di strumenti idonei per il suo riconoscimento per la sua graduazione utilizzando gli ICF *e gli ICD**, ma anche ogni altra scala di valutazione consolidata dalla letteratura scientifica e nella pratica clinica.</p> <p>La legge delega introduce due altre definizioni: il "profilo di funzionamento", coerente con gli strumenti indicati nella definizione di disabilità, e la definizione di "accomodamento ragionevole", cioè uno strumento che garantisca l'inclusione anche a persone con disabilità complesse o impreviste.</p> <p>Viene introdotta la separazione fra la valutazione di base e la valutazione multidimensionale più complessa e richiesta per l'elaborazione del progetti personali, nonché la separazione dei percorsi valutativi per le persone anziane da quelli previsti per minori e adulti.</p>

<p>b) Accertamento della disabilità e revisione dei processi valutativi di base</p>	<p>Nella valutazione di base sono ricompresi tutti gli accertamenti legati alle minorazioni civili, la cui normativa vigente dovrà essere progressivamente aggiornata secondo la nuova definizione di disabilità.</p> <p>La valutazione di base sarà propedeutica anche agli accertamenti per l'inserimento lavorativo e alla condizione di alunno con disabilità; dovrà inoltre contenere tutte le informazioni utili per la concessione protesiche, per l'individuazione della non autosufficienza, per l'accesso a tutte le agevolazioni, fiscali, tributarie, e quelle relative alla mobilità.</p> <p>La valutazione di base sarà ricondotta a un unico procedimento e sarà affidata l'esclusiva competenza medico - legale a un unico soggetto pubblico, garantendo l'omogeneità sul territorio nazionale.</p> <p>La legge delega fissa i criteri di controllo prevedendo un efficace e trasparente sistema di controllo sull'adeguatezza delle prestazioni rese, garantendo l' interoperabilità anche tra le banche dati esistenti.</p>
<p>c) VMD della disabilità e realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato</p>	<p>La legge delega definisce come dovrà essere regolamentata la Valutazione multidimensionale (VMD) della disabilità finalizzata all'elaborazione e realizzazione del progetto personale, che la legge definisce "progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato", fissando principi, criteri guida e contenuti per la sua elaborazione. È prevista l'istituzione e l'organizzazione di unità di valutazione multidimensionale composte in modo da assicurare la partecipazione di tutte le amministrazioni competenti sociosanitari e socioassistenziali.</p> <p>La norma pone al centro il ruolo e il coinvolgimento diretto della persona (o di chi lo rappresenta) nell'elaborazione del progetto, tenendo conto anche dei suoi desideri e delle sue aspettative ed è volto anche a migliorare la qualità della vita dell'interessato, a garantire tutti i diritti e le libertà fondamentali, compresa la possibilità di scegliere il proprio luogo di residenza o un'adeguata soluzione abitativa e promuovendo la domiciliarità delle cure.</p> <p>Il progetto dovrebbe indicare gli strumenti, le risorse umane, (professionali, tecnologiche e strumentali, pubbliche e private, (formali e informali) i servizi, le misure e gli accomodamenti ragionevoli. Tutto ciò dev'essere garantito anche quando la persona disabile sia soggetta a una misura di protezione giuridica o abbia necessità di sostegni ad altissima intensità. È garantito che il progetto possa essere autogestito (con obbligo di rendicontazione).</p> <p>Sono previsti sostegni e supporti per l'abitare in autonomia, per la vita indipendente e per l'accompagnamento alla deistituzionalizzazione, con la possibilità di riconvertire le risorse destinate all'assistenza in istituti verso servizi di supporto alla domiciliarità alla vita indipendente.</p>

<p>d) informatizzazione dei processi valutativi e archiviazione</p>	<p>A supporto dei processi valutativi è prevista l'istituzione di piattaforme informatiche e la loro interoperabilità con quelle esistenti</p>
<p>e) riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità</p>	<p>La legge delega prevede esplicitamente l'inclusione e l'accessibilità nell'ambito dei servizi pubblici, richiamando anzitutto il rispetto della normativa già vigente in materia. Inoltre, la legge delega prevede che gli obiettivi d' inclusione e di accessibilità entrino nelle disposizioni che incidono su efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nonché nella programmazione strategica e il piano delle performance delle pubbliche amministrazioni</p> <p>Al riguardo s' introduce una figura dirigenziale preposta a presidiare l'accessibilità fisica e digitale alle amministrazioni da parte delle persone con disabilità.</p> <p>Le legge delega contempla l'estensione di queste regole anche ai concessionari dei pubblici servizi, ad iniziare dalla Carta dei servizi che dovrà indicare i livelli di accessibilità del servizio erogato.</p> <p>I datori di lavoro pubblici sono poi chiamati a nominare un responsabile del processo d'inserimento delle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro.</p>
<p>f) istituzione Garante nazionale della disabilità</p>	<p>La legge delega determina l'istituzione del Garante nazionale delle disabilità quale organo, indipendente e collegiale, competente per la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità. Ha compiti di raccolta delle segnalazioni, vigilanza sul rispetto dei diritti, verifiche, formulazione di raccomandazioni e pareri, e della promozione della cultura del rispetto dei diritti delle persone con disabilità. Relaziona annualmente sulla sua attività alle Camere, al Presidente del Consiglio, all'Autorità politica delegata in materia di disabilità.</p>
<p>g) potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità</p>	<p>Vengono ridefinite le competenze e si prevede il potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone disabili. Per questo potenziamento si prevede l'unico finanziamento certo della legge, pari a 800.000€ a decorre dal 2013</p>

g) disposizioni finali e transitorie	<p>Nelle norme transitorie è introdotta la clausola di salvaguardia, che stabilisce il coordinamento delle norme dei decreti delegati previsti in questa legge con le disposizioni vigenti, facendo salve le prestazioni, le agevolazioni e i trasferimenti monetari già erogati ai sensi della normativa vigente.</p> <p>L'effettiva realizzazione della legge delega sarà condizionata alle risorse che saranno rese disponibili. Nell'immediato si prevede di raccogliere elementi per individuare i fabbisogni standard, formulare obiettivi di servizio nella prospettiva di poi definire i livelli essenziali di prestazione.</p>
--------------------------------------	---

(*) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

(**) Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità

Tabella 2 - Legge 33/2023 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Capo I - Principi generali e sistema di coordinamento e programmazione interministeriale	
Ambito delle delega	Principi e criteri generali
Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS);	Deleghe al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione e il coordinamento, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria. Sono indicati criteri e principi generali a cui deve attenersi il Governo nell'esercizio delle deleghe, che sono poi completati con ulteriori criteri negli articoli dove si declinano le singole deleghe.
ambiti territoriali (ATS);	<p>IL CIPA promuove il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane e in particolare adotta con cadenza triennale e aggiornamento annuale: il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza per la non autosufficienza nella popolazione anziana (che sostituisce il Piano nazionale per la non autosufficienza). IL CIPA monitora l'attuazione dei piani e approva una relazione annuale sulla loro attuazione e la trasmette alle Camere, al Presidente del Consiglio e Ministro Competente. Sulla base dei suddetti Piani nazionali sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali.</p> <p>Il CIPA promuove, altresì, ferme restando le competenze di singoli Ministeri, l'armonizzazione dei LEPS e dei relativi obiettivi di servizio con i LEA rivolti alle persone anziane non autosufficienti;</p>

punti unici di accesso (PUA)	
progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI)	
livelli essenziali di assistenza (LEA);	Principi e criteri ulteriori
caregiver familiari	<p>Si prevedono apposite campagne informative di promozione della salute e della cultura della prevenzione (anche con interventi di sanità preventiva a domicilio), nonché la promozione di programmi e percorsi per contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale delle persone anziane.</p> <p>La legge indica poi azioni di promozione dell'impegno degli anziani nell'ambito di attività di utilità sociale e volontariato, azioni per favorire la mobilità nei contesti urbani ed extraurbani e nuove forme di domiciliarità nonché coabitazioni solidali domiciliari per anziani (senior cohousing e/o cohousing intergenerazionale).</p> <p>Infine, si prevede la promozione di azioni di alfabetizzazione informatica, dell'attività sportiva e la promozione di relazioni con animali di affezione, nonché programmi e percorsi di turismo del benessere e turismo lento.</p>
b) interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni	<p>Si prevedono esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionale e programmi di cittadinanza attiva, nonché esperienze extrascolastiche di volontariato pe gli studenti delle scuole secondarie superiori e delle università, sia in strutture residenziali e semiresidenziali che a domicilio, con il riconoscimento di crediti formativi.</p>
c) interventi in materia di prevenzione della fragilità	<p>Si offre alla persona anziana affetta da una o più patologie croniche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento, e a rischio di perdita dell'autonomia, la possibilità di accedere alla VMD attraverso il PUA su segnalazione dei MMG, della rete ospedaliera, delle farmacie, dei Comuni e degli ATS. A seguito della VMD e di bisogni rilevati la persona anziana potrà essere orientata nella rete dei servizi.</p>
Delega al governo in materia di assistenza sociale e sociosanitaria per le persone non autosufficienti	
Ambito delle delega	Principi e criteri ulteriori
Adozione definizione di popolazione anziana non autosufficiente	Definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto: dell'età, delle condizioni di fragilità, della disabilità pregressa, della ICF e degli ulteriori strumenti di valutazione in uso.

<p>Definizione del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)</p>	<p>Lo SNAA è la modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure a titolarità pubblica - di Stato, Regioni e Comuni - dedicate all'assistenza agli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti. Lo SNAA è lo strumento di governance centrale del CIPA. Piani di programmazione nazionali da esso elaborati hanno ricadute a livello regionale (con gli Assessorati, Comuni, AST) e a livello locale (ATS e Distretti).</p> <p>Il CIPA è competente per Il monitoraggio dei Piani di programmazione, nonché, a seguito dell'individuazione dei LEPS, il monitoraggio della loro erogazione comprensivo del sistema sanzionatorio in caso di mancato raggiungimento dei livelli di servizio o LEP, sempre in ottica d'integrazione con i LEA.</p> <p>Si prevede un omogeneo sviluppo degli ATS, garantendo che siano la sede operativa dei servizi sociali degli EL per la programmazione, la gestione, l'erogazione, il monitoraggio degli interventi per le persone anziane non autosufficienti, in coordinamento con gli interventi sanitari e socio-sanitari, attraverso la promozione dell'integrazione funzionale tra distretto e ATS.</p> <p>Si introduce la valutazione multidimensionale unificata, semplificando e integrando le procedure di accertamento e valutazioni esistenti, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei definiti da linee guida a livello nazionale. Essa è finalizzata:</p> <p>all' identificazione dei bisogni di natura bio-psico-sociale, socio-sanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare;</p> <p>all'accertamento delle condizioni di accesso alle prestazioni di competenza statale (minorazioni civili)</p>
	<p>La legge delega prevede poi i PUA nelle Case della Comunità (con UVM e elaborazione del PAI) nonché il Budget di cura e assistenza, previsioni già presenti in altre normative (DM77 e PNA 22-24)</p> <p>In materia di domiciliarità, ai fini di garantire un'offerta integrata di assistenza mirata all'unitarietà della risposta e alla razionalizzazione dell'offerta, si contempla l'integrazione dell'ADI con il SAD, con interventi di durata e intensità adeguata ai bisogni, sviluppando anche gli strumenti della telemedicina.</p> <p>La legge delega riconosce il diritto degli anziani non autosufficienti alle cure palliative e le migliori condizioni di vita alle persone con disabilità che entrano nell'età anziana, garantendo loro i servizi e le prestazioni già ricevute oppure quelle previste per gli anziani, con diritto di scegliere quelle più favorevoli.</p> <p>Ci sono poi indicazioni per un'opportuna dotazione di personale, la</p>

	<p>garanzia delle competenze necessarie e la qualità degli ambienti di vita nelle strutture residenziali e semiresidenziali, prevedendo l'aggiornamento</p> <p>e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento.</p>
<p>Delega al Governo in materia di politiche per 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</p>	
<p>Promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti</p>	<p>La legge delega introduce in via sperimentale progressiva la "prestazione universale graduata" secondo il bisogno assistenziale della persona anziana non autosufficiente; a scelta del soggetto beneficiario essa è erogabile sotto forma di trasferimento monetario o di servizi alla persona, di valore non inferiore alle indennità e prestazione del FNA. Nel caso venga usufruita, assorbe l'indennità di accompagnamento e ulteriori prestazioni.</p> <p>Si prevede la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura degli assistenti familiari.</p>
<p>Definire le modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane</p>	<p>La legge delega prevede la definizione di percorsi formativi per lo svolgimento delle attività professionali nell'ambito della cura e dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, identificando i fabbisogni regionali. Viene menzionata la definizione di standard formativi per gli assistenti familiari mediante linee guida nazionali</p>
<p>Interventi per sostenere il progressivo ed equilibrato perseguimento di condizioni di vita individuali dei caregiver familiari</p>	<p>Si prevedono la ricognizione e la ridefinizione della normativa del settore, procedure per la certificazione delle competenze professionali acquisite dai caregiver nel processo di cura, e forme di partecipazione delle rappresentanze dei caregiver nell'ambito della programmazione sanitaria, sociosanitari e sociale a livello nazionale, regionale e locale.</p>

Fonte: elaborazione dell'autore.

Note

1. Leggi n. 33/2023 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” e n. 227/21 “Delega al governo in materia di disabilità”.

Bibliografia

LEGGE 23 marzo 2023, n. 33 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

LEGGE 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità.

UN PASSO AVANTI PER LA CURA DELLE PERSONE ANZIANE

Maria Teresa Bellucci

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Bellucci Maria Teresa	Un passo avanti per la cura delle persone anziane	Il Sole 24 Ore	15/4/2024	https://www.mariateresabellucci.it/il-sole24ore-un-passo-avanti-per-la-cura-delle-persone-anziane/

Il Governo ha di recente definitivamente approvato il **decreto attuativo della riforma in favore delle persone anziane** (Dlgs 29/2024), una legge quadro che l'Italia attendeva da decenni. Uno degli obiettivi di fondo realizzati è considerare nel suo insieme la stagione di vita degli anziani: una fase sempre più lunga, che merita adeguato **riconoscimento e valorizzazione** con un effettivo protagonismo sociale, economico e anche lavorativo, in condizioni adeguate.

Il decreto identifica, infatti, strumenti e ambiti innovativi di intervento e di programmazione, in favore dell'**invecchiamento attivo**, dell'**housing sociale**, della **prevenzione delle malattie** e di tutto quanto arricchisce e migliora la qualità della vita. Un'inedita strategia nazionale di contrasto alla cultura dello scarto, alla discriminazione in base all'età e all'isolamento sociale che incombe su moltissimi anziani, soprattutto se in precarie condizioni di salute ed economiche. I più fragili tra i fragili, ai quali abbiamo destinato una prima **sperimentazione** che consentirà, per il momento solo ai più indigenti, di ricevere dal 2025 un importante contributo economico aggiuntivo (850 euro mensili) all'indennità di accompagnamento per documentate spese per l'acquisto di servizi. Questa sperimentazione gestita da Inps è una risposta concreta, sebbene iniziale e migliorabile, alla carenza di servizi e all'enorme ricorso al lavoro sommerso per le cure domiciliari.

Non si trascurano, insomma, gli ambiti più importanti nella vita degli over 65, e non solo di quelle non autosufficienti, in un'ottica di coerenza istituzionale e grande realismo. Abbiamo costruito una **governance innovativa**, con al vertice il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (Cipa), che consente programmazione strategica, monitoraggio e condivisione di flussi informativi con i diversi livelli istituzionali e territoriali coinvolti. L'altro obiettivo di fondo è **inaugurare l'integrazione sociosanitaria e sociale**, in particolare per il rafforzamento della domiciliarità di cure e assistenza. Un cambiamento non facile, perché, nella stragrande maggioranza delle Regioni, tutta la programmazione sociosanitaria si è sviluppata, finora, secondo un percorso parallelo e non comunicante con quella dei servizi sociali in capo agli enti locali.

Ma c'è di più. Perché è proprio nella concretezza della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti che questo decreto obbliga sanità e sociale a lavorare insieme in **Punti di accesso unici** (Pua), attraverso percorsi valutativi condivisi basati su strumenti e questionari definiti congiuntamente, con la finalità di elaborare programmi di cura e assistenza individualizzati, ma anche partecipati dai destinatari e dai loro familiari **caregiver**, anche facendo ricorso a soluzioni integrate e condivise sia presso il domicilio sia attraverso le varie tipologie di servizi territoriali semiresidenziali

e residenziali. A questo scopo è favorita la massima partecipazione di organizzazioni di **terzo settore** di prossimità dotate di adeguate competenze.

A qualcuno potranno sembrare ovvietà. Ebbene, in attesa di queste “ovvietà di grande buon senso” sono trascorsi oltre trent’anni e, con onestà intellettuale, si deve pure riconoscere che ora è necessario uno sforzo attuativo. Si tratta, dunque, di disposizioni dal carattere tutt’altro che scontato, la cui scrittura e messa a punto ha richiesto l’impegno di due Governi e due Parlamenti e un numero impressionante di ore di ascolto e di confronto senza risparmio da parte delle strutture di tutte le amministrazioni coinvolte. Nessuna proposta praticabile e sensata è stata scartata o non valutata. Unica lanterna però è stato il passo avanti di una riforma necessario, ma nel rispetto della realtà. **È il risultato di un duro lavoro, che ne richiederà altro.**

La realtà è che la nostra carta costituzionale affida compiti cruciali nella stessa materia a soggetti distinti: alle Regioni la sanità e ai Comuni i servizi sociali. Per la prima volta lo Stato, grazie a questa legge, farà lavorare insieme questi mondi da sempre separati. Lo sviluppo dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti sul territorio è, infatti, un grande tema nazionale, che ha trovato nella introduzione dei Leps (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) del 2021 un primo fondamentale grado di garanzia di effettività.

Da qui partiamo, con la consapevolezza che servono risorse che il Governo Meloni è impegnato a reperire.

Da questi elementi di concretezza è evidente come non potesse trattarsi di una riforma che realizza “tutto e subito”, e sbaglia chi parla di “un’occasione mancata”. Occorre concentrarsi con grande energia e attenzione sull’attuazione della Riforma completandone gli elementi di dettaglio, sostenendo quel grande sforzo organizzativo richiesto.

Certo, tutti avremmo voluto creare dal nulla un luogo magico per i nostri anziani, in grado di fornire tutte le risposte ai loro bisogni e necessità, ma era necessario partire dal dato di realtà, mettendo in connessione amministrazioni e operatori finora non abituati alla cooperazione, in vista del migliore funzionamento possibile del Sistema Nazionale per le non autosufficienze.

RIFORMA NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANI: MA CHE COSE STRANE!

Maurizio Motta

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Motta Maurizio	Riforma non autosufficienza anziani: ma che cose strane!	Welforum.it	10/4/2024	https://www.welforum.it/riforma-non-autosufficienza-anziani-ma-che-cose-strane/

[Nella Gazzetta Ufficiale n° 65 del 18/03/2024](#) è stato pubblicato il [Decreto Legislativo 15/3/2024 n. 29](#) attuativo della [Legge delega n° 33 del 23/3/2023. 33](#) di riforma del welfare per gli anziani. Il titolo di questo articolo segnala “cose strane” in questa messa in opera della riforma, e strani davvero (per lo meno) paiono molti dispositivi. Ma questo giudizio impone di essere ben motivato; articoliamolo dunque in due aree, riferite alla non autosufficienza.

Il percorso di accesso degli utenti

Tema sempre molto rilevante (e spesso sottovalutato) in tutti i sistemi di welfare, sul quale qui si segnalano tre criticità, purtroppo sinora non molto evidenziate nel dibattito tecnico e politico:

A che cosa devono servire i PUA?

Mi permetto di rimandare sul tema a un mio articolo [pubblicato a giugno del 2023 su Welforum.it](#) dove si evidenzia l’opportunità di attivare PUA per informare i cittadini non solo sui percorsi sociosanitari (di Aziende sanitarie e Enti gestori dei servizi sociali), ma anche sulle molte altre opportunità offerte dal welfare pubblico, di altra natura e attivate da diverse Amministrazioni, che utente e famiglia hanno interesse a conoscere al più presto. Solo muovendo verso la seconda ipotesi si evita che la famiglia (e l’utente) arrivino a sapere molto tempo dopo l’accesso al PUA che possono chiedere un montascale, permessi retribuiti dal lavoro, contributi per ridurre le barriere architettoniche in casa, detrazioni fiscali sui contributi che pagano alla badante, ed altro. E ci sono interessanti esperienze locali di strumenti per “informare a 360°” i non autosufficienti su cosa potrebbero richiedere. Ma la legge 33/2023, ed il decreto legislativo 29/2024 purtroppo prevedono PUA solo con le funzioni più limitate.

Esclusioni di non autosufficienti dall’accesso

L’art. 27 (comma 2 e 3) del decreto espone questi criteri:

“2) *L’accesso ai servizi di cui al comma 1 (ossia quelli previsti dal decreto, sociali e sociosanitari, nonché ai PUA) e ai correlati processi valutativi di pertinenza dei PUA è assicurato alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:*

1. *persona affetta da almeno una patologia cronica;*
2. *persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell’età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l’invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell’autonomia nelle attività*

fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

3. i criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA sono indicati nel decreto di cui al comma 7, ivi ricomprendendovi, tra gli altri, la qualità di persona grande anziana e la presenza di più di una patologia cronica.”

Perciò, visto che la persona deve avere “congiuntamente” i due requisiti a) e b) del comma 2), ai PUA ed ai percorsi di assistenza possano accedere solo persone che siano anche “affette da almeno una patologia cronica”. Ne derivano due gravi criticità:

1) non possono accedere ai percorsi tutti i non autosufficienti che non hanno una patologia cronica ancora in atto, ma che sono non autosufficienti per traumatismi pregressi, o per i postumi ed effetti di una patologia ormai superata. Il criterio (oltre a essere per lo meno bizzarro) induce assurdi paradossi: una persona gravemente non autosufficiente sul piano motorio (per un traumatismo da molto tempo accaduto) può accedere ai PUA ed ai percorsi successivi solo se ha anche un diabete o una gastrite cronica, benché siano due patologie croniche in atto che nulla c'entrano con la non autosufficienza, né la modificano. E ai sensi del comma 3) sopra esposto la persona più anziana e con il diabete avrà priorità di accesso rispetto ad una persona con lo stesso grado di non autosufficienza (o anche maggiore) ma meno anziana e senza il diabete. È una selezione irrazionale ed assurda, e peraltro per nulla legittimata dalla legge delega 33/2023, quindi incoerente con questa delega. Ed anche incoerente col testo del decreto legislativo, che al suo articolo 2 comma 1 definisce “«*persona anziana non autosufficiente*»: la 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”. E la parola “anche” qui non esclude altri che hanno comunque gravi limitazioni.

2) Alle persone non autosufficienti ma non affette da una patologia cronica pare inibito il solo accesso ai PUA, e dunque la possibilità di ottenere informazioni complete sulle opportunità alle quali potrebbe accedere, per fruire delle diverse offerte del welfare. Questa esclusione produce effetti diversi anche in base al modello di PUA che viene allestito (come sopra ricordato al paragrafo A). Ma qualunque sia il perimetro delle informazioni che i PUA forniranno, il criterio dell'art. 27 (comma 2 e 3) del decreto esclude una rilevante parte di non autosufficienti che non soffrono anche di una patologia cronica in atto, e che sono (con le famiglie) solo molto interessati a conoscere quali interventi potrebbero richiedere, a chi e come, anche senza necessariamente entrare nei percorsi assistenziali attivabili dal PUA. Anche questa esclusione appare del tutto irrazionale e per nulla coerente con la legge delega 33/2023. Nonché incoerente col testo dello stesso decreto legislativo, che al suo articolo 10 comma 1 recita “*Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sono assicurati alle persone anziane, l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e sociosanitari*”. E all'art 27 comma 6: “*I PUA svolgono, a livello locale, funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office)*”.

Tortuosi e inutili percorsi di accesso

Il comma 4 dell'articolo 27 del decreto recita: “*La valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 (esposti al precedente paragrafo B) è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del SSN, che indirizza l'interessato al PUA. Nel caso in cui il medico di cui al primo periodo valuti la non sussistenza dei*

presupposti dei requisiti di cui al comma 2, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato".

Quindi occorre che un medico accerti l'esistenza dei requisiti per l'accesso ai PUA e indirizzi al PUA l'interessato. Ossia l'accesso ai PUA non è più libero ed autonomo (come sinora avviene), e invece richiede una preliminare selezione di un medico ed il suo indirizzamento.

È un criterio che introduce diversi problemi:

1) Se l'accesso ai PUA impone al cittadino una preliminare visita medica è prevedibile che persone non autosufficienti sole o con nuclei fragili trovino più difficoltà. E l'intervento del medico sarà a pagamento per il cittadino? È molto probabile, perché l'attuale "certificato introduttivo" che il medico di medicina generale deve attivare quando il cittadino glielo chiede (primo passo per accedere alle valutazioni delle commissioni per l'invalidità) costa al cittadino intorno ai 70 euro. Va anche ricordato che i medici di medicina generale non sono dipendenti diretti del SSN, bensì lavoratori autonomi che operano in base ad una apposita convenzione (che è anche il loro contratto di lavoro) che ne definisce obblighi, funzioni e costi. Quindi non è sufficiente che una norma (come il decreto delegato che qui si discute) preveda nuovi ruoli per i medici di medicina generale se poi anche la convenzione che li lega al SSN (che è un atto nazionale, integrato poi da convenzioni contrattate con le singole Regioni) non chiarisce con precisione i compiti del medico e se sono gratuiti o meno per il cittadino¹.

2) A che cosa serve che l'accesso ai PUA avvenga tramite un medico? Serve se per accedere occorre avere le condizioni sanitarie prima discusse al paragrafo B); ma è molto meglio eliminarle. Serve per "coinvolgere il medico di medicina generale" nel percorso di tutela della non autosufficienza? No di certo se il medico deve solo "far accedere" ai PUA, ed anzi così diventa soltanto un ulteriore impegno burocratico affidato ai medici di medicina generale. Questo "coinvolgimento" ha senso solo nel successivo momento della valutazione del non autosufficiente, ma va concretizzato in modo che sia realistico nel lavoro dei medici, e incardinato nei compiti che prevede la convenzione che li lega al SSN (richiamata al punto precedente).

3) Il comma 4 dell'art. 27 del decreto (sopra esposto) prevede che il medico di medicina generale o di una struttura del SSN, valuti i requisiti di accesso al PUA "*..su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali*". E' un'ottima cosa che questi servizi informino il cittadino non autosufficiente (e la famiglia) dell'esistenza dei PUA; ma siamo sicuri che è realistica una loro "segnalazione" al medico senza che sia espressamente consenziente il cittadino, in base alla normativa sulla privacy? E il medico di medicina generale che la riceve, deve aspettare che il cittadino si presenti o dovrebbe contattarlo di sua iniziativa?

Anche il percorso di accesso al PUA solo previa valutazione medica rischia di diventare una grave compressione delle funzioni dei PUA, che dovrebbero essere non soltanto "porta di ingresso" nel sistema di presa in carico dei non autosufficienti, ma luogo di ampia informazione sulle opportunità che possono interessare il non autosufficiente e la famiglia, anche quando non ne derivi un percorso di valutazione per la presa in carico. E luogo il cui accesso sia facilitato e semplificato al massimo. Funzioni che peraltro sono attribuite ai PUA dal Piano Non Autosufficienza, e dalla legge 33/2023 (art. 3). Anche qui dunque c'è una incoerenza del decreto legislativo con la sua legge delega, nonché col contenuto del decreto rispetto alle funzioni dei PUA come front office informativo.

Non è un problema (solo) di mancanza di risorse dedicate

Ma vi sono molte criticità di impianto complessivo del riordino:

A) Non si prevede di rendere i Livelli essenziali (LEA e LEPS) veri diritti esigibili, eliminando la loro natura di “diritti finanziariamente condizionati”, che consente oggi alle Amministrazioni (ASL e Enti gestori dei servizi sociali) di non erogare se non hanno risorse, cosa che legittima quindi lunghe liste d’attesa. Che si eroghi solo se ci sono risorse sembra una condizione “naturale” ed ovvia; ed invece è un limite che non opera in tutte le prestazioni del welfare: ad esempio la scuola dell’obbligo o l’assegno sociale INPS sono diritti esigibili senza che si possano negare al cittadino solo per assenza di risorse. E ci sono sentenze della Corte Costituzionale che evidenziano come se una prestazione è un LEP non deve essere subordinata alle risorse.

B) Non si potenzia l’assistenza domiciliare tutelare (cioè non di operatori sanitari, ma quella per i supporti negli atti della vita quotidiana), le cui carenze sono quelle che spingono a ricoveri indesiderati in RSA, o al crollo delle famiglie. Questa assistenza tutelare:

- Dovrebbe includere anche risorse del SSN, il quale oggi invece per lo stesso paziente spende solo per pagare il 50% della retta di ricovero in RSA. E quindi il SSN premia solo il ricovero (altro che “Casa come primo luogo di cura” come dice il PNRR!).
- Deve poter offrire alle famiglie la scelta tra molte diverse modalità di intervento (assegni di cura, buoni servizio, contributi al familiare che assiste, affidi a terzi, etc.), e non solo poche ore di OSS alla settimana.

C) Il budget di cura è previsto solo come una ricognizione di cosa già esiste. Ma così non si riforma nulla, e diventa casuale cos’è il budget da cui deriva il progetto di assistenza. Invece il budget di cura deve essere un dispositivo istituzionale preciso, che produca almeno il concorso certo di risorse pubbliche mirate a garantire specifici interventi sociosanitari di tutela: abbinando ad ogni grado di non autosufficienza un “massimale di spesa”, ossia appunto un budget di cura sociosanitario, crescente al crescere della non autosufficienza; budget che deve essere composto per il 50% da risorse del SSN (indipendentemente dalla condizione economica del cittadino), e per il 50% da risorse del cittadino; oppure se egli non dispone di risorse sufficienti, da risorse (in tutto o in parte) dei servizi sociali dei Comuni. E si deve poter trasformare il budget di cura nell’intervento domiciliare che è più appropriato in quel momento entro un piano di assistenza (PAI). E in questo modo si estenderebbe all’assistenza domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle RSA, dove questo budget di cura già esiste ed è appunto la retta².

I due punti precedenti (potenziare assistenza domiciliare tutelare, e budget di cura) sono legati perché dovrebbero fondarsi su un modello di “integrazione sociosanitaria” che non sia equivoco (come invece è oggi nei LEA, e nelle “riforme” attuali): ossia non lasciare alle sole famiglie e servizi sociali il costo della tutela domiciliare, ma almeno dividerlo col SSN. Anche perché il SSN con spesa minore di quanto usa per le rette in RSA potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe anche un significativo risparmio interno allo stesso SSN?

D) Nulla si prevede (né nella legge delega né nel decreto delegato) sul delicato tema delle contribuzioni degli utenti al costo delle prestazioni pubbliche (domiciliari, semiresidenziali, residenziali), e quindi si accetta su questo rilevantissimo tema (che molto “morde” sui diritti reali) l’attuale situazione di enormi differenze non solo tra regioni, ma anche entro le regioni. E sul punto inoltre:

- il budget di cura per l'assistenza domiciliare (le risorse dalle quali ricavare il piano di assistenza) dovrebbe essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l'assistenza residenziale, perché non deve esistere alcuna forma di “convenienza economica”, né per le famiglie né per le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare solo dall'appropriatezza clinica e dalla preferenza dei
- Al contrario di cosa accade ora in norme nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni (che va previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza) ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino.

E) Il principale difetto dell'attuale indennità di accompagnamento consiste nel fatto che, essendo soltanto una erogazione monetaria, costringe il nucleo del non autosufficiente a trasformarla da solo in sostegni per l'utente, cosa spesso impossibile quando l'anziano è solo, o ha solo congiunti anch'essi anziani e non capaci di gestire il denaro, ad esempio per assumere assistenti familiari. E' quindi cruciale la previsione della legge delega (articolo 5 comma 2, lettera a) di far fruire ai beneficiari la “prestazione universale” potendo scegliere se ricevere denaro o servizi.

Ma il decreto delegato nulla spiega su “come” il fruitore possa usare la prestazione universale per ricevere servizi invece di denaro. Si limita a prevedere l'obbligo del nucleo di usare l'assegno di assistenza (850 euro che si aggiungono all'indennità di accompagnamento per i molto poveri) per assumere lavoratori o per acquistare servizi, ma con tutti gli adempimenti da gestire che restano soltanto in capo al nucleo, quindi reiterando la stessa criticità oggi esistente per l'indennità di accompagnamento. E si limita a prevedere successivi decreti che definiranno le modalità attuative della prestazione universale.

Per ridurre le criticità che cosa si può sperare che accada?

Che cresca il dibattito e l'analisi dei problemi di avvio della riforma, non solo a cura di soggetti sociali e associazioni di utenti, ma anche delle amministrazioni che devono gestirla.

Che il Governo introduca correttivi, o nei decreti ministeriali (molti) che dovranno essere emanati come prevede il Decreto Legislativo 15/3/2024 n. 29, oppure utilizzando quanto prevede il comma 6 dell'articolo 2 della legge delega 33/2023: *“Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e con la procedura prevista dalla presente legge, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi”*.

Merita anche ricordare (come correttivo radicale) che la Corte Costituzionale può giudicare della coerenza tra i decreti delegati e la legge delega che questi devono attuare.

Note:

1. Nel febbraio 2024 è stato rinnovato l'“Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale” tramite concertazione tra la SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, che rappresenta la parte pubblica) ed i sindacati medici nazionali, che molto rinvia a modelli operativi per la medicina territoriale definiti dalle Regioni.

TRANSIZIONE DEMOGRAFICA E LA SFIDA APERTA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Leonardo Becchetti

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Becchetti Leonardo	Transizione demografica e la sfida aperta della non autosufficienza	Avvenire	10/4/2024	https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/transizione-demografica-e-la-sfida-di-prendersi-cura

Assorbiti dalle due grandi transizioni (ecologica e digitale) che decideranno il nostro futuro tra emergenza climatica e intelligenza artificiale non ci accorgiamo di una terza transizione/rivoluzione pienamente in corso, quella demografica, che ci sta travolgendo e delle sue conseguenze sul problema degli anziani e della non autosufficienza. Come è noto, in Italia ormai da tempo non esiste più quella che un tempo chiamavamo la “piramide” demografica (base di giovani ampia e classi di età che via via si assottigliano). Quello che abbiamo di fronte assomiglia più ad un “muffin”, una specie di pentagono con una fascia intermedia di massima ampiezza rappresentata dalla classe dei baby boomer (oggi tra 55 e 65 anni) che si avvicinano progressivamente all’età della pensione. Nel contempo i progressi della scienza medica hanno aumentato l’aspettativa di vita (oltre gli 80 per gli uomini, oltre gli 84 per le donne) cullandoci nell’illusione che tutta quella vita sia in buona salute. In realtà le statistiche ci dicono che dopo i 65 dobbiamo aspettarci (con differenze significative tra i più e i meno istruiti) in media una decina di anni in buona salute e un’altra decina di anni nei quali patologie un tempo mortali oggi sempre più cronicizzate, riducono significativamente capacità e funzionalità. Il passaggio da una fase all’altra implica un cambiamento drastico di stili di vita e di consumi. Gli over 65 in buona salute sono vivaci e dinamici consumatori di beni culturali, di turismo e attività ricreative e impegnati nella cura dei nipoti mentre, passata la soglia della buona salute, tutto o quasi il fabbisogno di spesa viene assorbito dall’assistenza medica (caregivers, farmaci e materiali ed attrezzature di ausilio). Dal lato economico questo significa che in una famiglia in cui i coniugi si trovassero ad avere entrambi i genitori in questa fase sarebbero necessari circa due/tremila euro al mese per anziano sia nella soluzione del caregiver domestico che in quella del trasferimento in struttura, un peso economico evidentemente insostenibile anche per le famiglie più abbienti. Sappiamo che elementi essenziali nella qualità della vita di chi attraversa questa fase difficile sono la domiciliarità, la qualità della vita di relazioni e l’incontro tra le generazioni, oltre che il mantenimento di spazi di generatività. Difficile se non impossibile tenere assieme tutti questi elementi in una civiltà che ha abbandonato il modello delle famiglie allargate e dove sempre più persone anziane vivono in solitudine.

Per questi motivi l’iter legislativo sulla non autosufficienza – nato su impulso del Patto costituito da 60 associazioni che a vario titolo rappresentano o si occupano di anziani – è progredito nel tempo, arrivando a maturazione con la legge delega del marzo 2023 votata all’unanimità dal Parlamento. Vita più difficile ha avuto invece il decreto legge di attuazione del gennaio 2024, che ha registrato il parere negativo della Conferenza delle Regioni e sconta aspettative deluse. Se non vogliamo fermarci a piangere sul latte versato, quello stesso decreto rappresenta una cornice fondamentale in cui

disegnare nei prossimi mesi le strategie in grado di ottenere il migliore e più generativo impatto sociale tenuto conto dei vincoli delle risorse economiche. E deve diventare sempre più terreno di impegno di maggioranze e schieramenti politici opposti che devono competere positivamente e continuare a fare progressi in materia. Riassumendo la strategia per le diverse fasi, in grandi linee si tratta di investire con detrazioni fiscali e anche con strumenti di finanza innovativa con partnership pubblico/privato, come i social impact bond, in tutte quelle attività che rendono la vita degli over 65 in buona salute generativa (formazione permanente, volontariato) allontanando il più possibile l'arrivo della seconda fase. Un tema di grande interesse da questo punto di vista è la crescita delle opportunità di mentoring che evitano il traumatico passaggio "da una vita attiva di lavoro alla panchina" e offrono ai neo pensionati opportunità di affiancamento e trasmissione di conoscenze ed esperienze ai lavoratori più giovani. Un'altra decisione chiave riguarda quante risorse mettere a disposizione degli anziani non in buona salute e dove porre l'asticella sopra la quale si incrementa l'indennità di accompagnamento. Tenendo conto che la legge delega prevede espressamente che l'indennità di accompagnamento resti a carattere universale e possa essere incrementata e graduata per incentivare l'utilizzo di servizi, ma non possa avere un importo inferiore a quello previsto attualmente né escludere soggetti beneficiari perché non autosufficienti in base al loro Isee. Necessario inoltre completare la digitalizzazione delle procedure (per eliminare inefficienze e sprechi collegati alle mancate comunicazioni degli avvenuti decessi) e avviare processi di co-progettazione dando spazio e protagonismo alle famiglie investite in prima persona dal problema e consapevoli dei bisogni emergenti. Infine, c'è la questione chiave, nell'ultimissima fase della vita dell'accesso universale alle cure palliative che con l'avvento dell'autonomia differenziata rischia di diventare un'utopia. Nel decreto legge troviamo molte buone idee e questioni importanti da ulteriormente a fuoco e valorizzare pienamente come il volontariato dei giovani per gli anziani, l'housing intergenerazionale, i requisiti minimi di qualità per i caregiver e la valorizzazione del tempo donato da parte dei caregiver familiari.

Se pensiamo che la chiave della soddisfazione e ricchezza di senso della vita è e resta quella della relazione e delle relazioni di cura dobbiamo e possiamo utilizzare risorse per promuovere ed incentivare il farsi prossimi e creare uno spazio di significato nella vita degli anziani non più in buona salute senza lasciare sole e prive di protezioni le famiglie. La filosofa canadese Jennifer Nedelsky, con un'espressione molto felice, ci ricorda che quando ci incontriamo dovremmo domandarci non solo "che lavoro fai?" ma anche "di chi ti prendi cura". Politiche sociali, culture e modelli economici capaci di valorizzare l'attività della cura saranno fondamentali per la sostenibilità del nostro futuro. Non solo per quella economica e demografica, ma anche per quella della ricchezza di senso del vivere di chi si renderà prossimo.

IL POPOLO DEGLI ANZIANI. QUALI POLITICHE DI WELFARE?

Vincenzo Paglia

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Paglia Vincenzo	Il popolo degli anziani. Quali politiche di welfare	La Repubblica	6/4/2024	https://francescomacri.wordpress.com/2024/04/07/il-popolo-degli-anziani-quali-politiche-welfare/

Caro Direttore, l'altro giorno sono intervenuto nel suo giornale a proposito dell'inacidimento della politica con un colloquio con Giuliano Amato lamentando l'assenza di visioni. Le scrivo a proposito della legge 33 sugli anziani — per la quale mi sono personalmente impegnato da anni — e che è parte (così a me pare) di quella Politica con la maiuscola perché azzarda una nuova visione relativamente all'impegno verso gli anziani: un nuovo popolo emerso senza che ce ne rendessimo conto.

Molti commenti — anche nel suo giornale — affermano che questa legge sia una delusione. Per me non è così. Al contrario, è l'inizio di una vera grande riforma. Se, ovviamente, viene attuata. So bene che le risorse sono scarse. Ma oggi il problema, ancor prima di quello economico, è l'assenza di visione per questa prima generazione di "anziani di massa". Non mi dilungo, ma sottolineo che anche con poche risorse, si può avviare un vero cambiamento.

Sintetizzo in 4 brevi punti la visione contenuta nella Legge 33:

1. Integrazione degli aspetti sociali, sanitari e assistenziali, oggi separati, ognuno in domini acefali e senza comunicazioni degli altri.
2. Presa in carico continuativa della assistenza domiciliare, oggi ridotta a pura prestazione per 18 ore l'anno per assistito bisognoso.
3. Approccio complessivo a tutta la popolazione anziana, avendo affiancato al concetto di non autosufficienza quello della fragilità, molto più utile nella prevenzione. Al contrario oggi arriviamo troppo tardi e male quando si potrebbe contenere il danno!
4. Istituzione di una riforma che avanza per sperimentazioni, coinvolgendo i territori e le diverse componenti, verificando che il modello che si propone sia costo efficace, di qualità, gradito agli utenti e fattibile! Ognuno di questi punti presuppone un profondo cambiamento.

Se ne potrebbero illustrare altri 10. Ne tocco uno: la drammatica carenza di personale, medici, infermieri e soprattutto Oss, assistenti familiari e caregiver di comunità, cui affidare la essenziale componente di assistenza sociale e sociosanitaria.

Parliamo di centinaia di migliaia di professionisti che mancano, che dovremo far crescere almeno per alcuni anni. Sono in decisa riduzione anche i cosiddetti badanti, oggi abbondantemente al di sotto del milione. Non entro nella analisi delle cause ma esorto tutti a non ignorare questo aspetto. Parlando poi della platea che riceverà il contributo per la “prestazione universale” di 850 euro mensili, su cui si è fermata la stampa, mi permetto di osservare che anche qui c’è una novità importante: aver varato una misura economicamente incisiva invece che la solita pioggia di pochi euro a tutti. Certo, la riforma richiederà almeno 10 miliardi e almeno 10 anni.

In un processo di crescita che dovrà non solo essere di allargamento a tutti gli aventi diritto, ma anche di efficientamento del sistema assistenziale e sanitario nel suo complesso e di trasformazione del ruolo dell’ospedale in centro capace di mobilità e di erogazione di prestazioni di telemedicina e medicina digitale. Varare un’efficace presenza sul territorio e presso le abitazioni degli anziani ridurrà la gigantesca spesa ospedaliera. Quando si parla di milioni di non autosufficienti e fragili, una riflessione sui conti mi sembra sia d’obbligo.

Chiudo ricordando i 46 anni della legge Basaglia. Una rivoluzione nel campo della psichiatria: l’Italia abolì, tra i primi Paesi al mondo, i manicomi. È una legge che difendo anche se non fu applicata come si doveva. Ecco, il rischio di oggi per la 33: non compiere la necessaria transizione da un sistema basato sugli ospedali — e sugli istituti — ad una assistenza “community based”, diffusa cioè sul territorio e nelle abitazioni degli anziani.

È un cambio culturale per collegare comparti che ad oggi non si parlano. Incoraggiante che ben 53 aziende sanitarie della Fiaso abbiano deciso, con risorse proprie, di avviare sperimentazioni legate alla legge 33 sui propri territori: dimissione ospedaliera protetta e continuità assistenziale, telemedicina, co-housing, integrazione di servizi sociali, sanitari e assistenziali. Se la riforma parte è inarrestabile. E il motivo è semplice: gli anziani stanno meglio e si spende meno. C’è però bisogno di tutti per una Politica lungimirante.

RIFORMA DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI: APPROVATA E RINVIATA

Cristiano Gori

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Gori Cristiano	Riforma dell'assistenza agli anziani: approvata e rinviata	Lavoce.info	27/3/2024	https://lavoce.info/archives/104267/riforma-dellassistenza-agli-anziani-approvata-e-rinviata/

Dopo venticinque anni di attesa, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti ha visto la luce. Alla fine, il progetto di cambiamento delineato risulta debole. L'approvazione sul piano formale equivale al rinvio sul piano sostanziale.

La versione finale del decreto legislativo

Il Consiglio dei ministri ha approvato in via definitiva il decreto attuativo (29/2024) della legge delega (33/2023) di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. L'iter, cominciato con l'inserimento della riforma nel Piano nazionale di ripresa e resilienza nella primavera 2021, è così terminato. L'obiettivo dichiarato consisteva nel complessivo riordino del settore affinché potesse meglio rispondere al numero crescente e alle condizioni sempre più critiche dei non autosufficienti, allineando così l'Italia alle riforme europee già realizzate.

La legge delega, in effetti, perseguiva questo scopo, attraverso un progetto di cambiamento completo e condivisibile. Il recente decreto attuativo, invece, ha seguito in modo parziale le indicazioni della delega e ha nettamente ridimensionato lo sforzo di cambiamento. D'altra parte, le numerose critiche ricevute da commissioni parlamentari, regioni, Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza e altri ancora alla versione iniziale del decreto non hanno indotto il governo a cambiamenti di rilievo in quella finale. Ecco, allora, il paradosso della riforma: approvata in via definitiva, sul piano formale, e rinviata a tempi migliori, su quello sostanziale.

Tabella 1 - Riforme nazionali dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

NAZIONE	Anno di introduzione
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Spagna	2006
Italia	2023
Italia - Rinvio riforma	2024

Costruzione di un sistema integrato

Per capire meglio la situazione, riprendiamo i tre obiettivi che la legge delega attribuiva alla riforma: la costruzione di un sistema unitario, la definizione di nuovi modelli d'intervento e l'ampliamento dell'offerta. Grazie al primo si vuole superare la frammentazione delle misure pubbliche, tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire, che disorientano anziani e famiglie e limitano la possibilità di fornire interventi appropriati.

Per questo, la legge 33/2023 introduce lo Snaa (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente).

Lo Snaa prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, appartenenti a sanità, sociale e prestazioni monetarie Inps. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, mantenendo invariate le rispettive competenze.

Nel decreto attuativo, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure, bensì i soli servizi e interventi sociali. Lo Snaa viene così mantenuto nella forma, ma cancellato nella sostanza. E la collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali esce dagli obiettivi della riforma.

Valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani

Con la legge 33/2023 viene rivista la pleora delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (cinque-sei) e non collegate tra loro, duplicando così gli sforzi degli operatori e rendendo assai complicato il percorso delle persone coinvolte.

Con la riforma, le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle regioni. Inoltre, i due momenti valutativi previsti nel nuovo impianto sono strettamente collegati, a garanzia della continuità del percorso di anziani e famiglie. Il decreto rimanda il disegno della sua concreta realizzazione ad atti successivi, ma la razionalizzazione di procedure e passaggi è ben impostata in tutti gli aspetti chiave.

Nuovi modelli d'intervento

La delega prevede nuovi modelli di intervento. Quelli oggi esistenti, infatti, non di rado sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate al futuro, senza un'opportuna considerazione delle specificità dello stato di non autosufficienza. Vediamo allora cosa cambia per le misure più diffuse.

Sui servizi domiciliari, nel passaggio dalla legge delega al decreto attuativo, è stata cancellata la prevista riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, che oggi manca nel nostro paese. Degli elementi necessari rimane solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari, mentre sono assenti aspetti decisivi, quali la durata adeguata dell'assistenza fornita e il mix dei professionisti da coinvolgere. A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: “di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?”.

Per quanto riguarda i servizi residenziali, la legge delega contiene alcune indicazioni per un'opportuna dotazione di personale nelle strutture, la garanzia delle sue competenze e la qualità degli ambienti di vita, cioè gli aspetti principali da affrontare in una prospettiva riformatrice. La situazione, tuttavia, è interlocutoria. Il decreto attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostanziali e rimanda a un successivo ulteriore decreto.

Indennità di accompagnamento

La legge 33/2023 aveva previsto di trasformare l'indennità di accompagnamento in una nuova misura denominata prestazione universale, attraverso un intervento ispirato alle direttrici condivise dal dibattito tecnico: i) mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore. Nel passaggio al decreto, tuttavia, anche la revisione dell'indennità è scomparsa e al suo posto è stata introdotta una misura temporanea completamente diversa, anche se ugualmente denominata [prestazione universale](#).

Ampliamento dell'offerta di risposte

L'ultimo obiettivo della riforma consiste nell'estensione dell'offerta in particolare di servizi alla persona, che è scarsa in Italia. Per farlo, è necessario aumentare i finanziamenti pubblici dedicati. Il decreto non prevede nuovi fondi di natura strutturale, ma si sapeva da tempo che in questa fase non sarebbero state disponibili risorse aggiuntive.

In ogni modo, lo snodo decisivo consiste nella capacità di ridisegnare il welfare. Si tratta, in altre parole, di partire dalla progettazione delle risposte: solo se questa è solida, ha senso discutere di finanziamenti. E qui risiede il problema. Per nessuna delle tre misure principali (domiciliare, residenziale, indennità) è previsto, oggi, un progetto di cambiamento. Non ha senso, dunque, lamentarsi per l'assenza di fondi strutturali, dato che non esiste alcun percorso di sviluppo del settore al quale eventualmente destinarli.

Tabella 2 - La riforma dopo il decreto attuativo – Sintesi

Obiettivo della legge delega (33/2023) UN SISTEMA INTEGRATO	Esito del decreto attuativo
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza
Riforma valutazioni anziani	Ben impostata, partenza attesa nel 2025
Obiettivo della legge delega (33/2023) NUOVI MODELLI D'INTERVENTO	Esito del decreto attuativo
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il Decreto rimanda ad un successivo decreto
Riforma Indennità di accompagnamento	Cancellata
Obiettivo della legge delega (33/2023) AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA	Esito del decreto attuativo
Reperimento nuove risorse	Assenza di percorsi di sviluppo per i quali chiedere maggiori fondi

Conseguenze per anziani e famiglie

Alla fine, rimane una domanda: in concreto cosa cambierà per anziani e famiglie? Il solo cambiamento strutturale introdotto consiste nella revisione delle valutazioni della non autosufficienza, operativa nel 2025, che dovrebbe rendere più facile la vita alle persone interessate, attraverso la semplificazione di passaggi e procedure. Si tratta di una novità di grande portata, ma è una sola. Per tutto il resto, l'appuntamento è rinviato a quando – dopo questo sostanziale rinvio – si vorrà effettivamente dotare il nostro paese di una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

ANZIANI: RAGGIUNTO L'OBIETTIVO DEL PNRR MA LA RIFORMA NON C'E'

Franco Pesaresi

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Pesaresi Franco	Anziani. Raggiunto l'obiettivo del Pnrr, ma la riforma non c'è	Quotidiano Sanità	25/3/2024	https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=121124

L'obiettivo del PNRR

Uno degli obiettivi del PNRR (Missione 5) è costituito dalla approvazione della Riforma legislativa degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. La riforma prevista dal PNRR è volta ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti che preveda anche l'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti. La legge doveva essere approvata entro il 31 marzo 2024 anche perché questo è uno dei tanti target sulla base dei quali l'Unione Europea dispone o meno l'erogazione delle quote di finanziamento del PNRR. Ebbene, il Governo ha colto questo obiettivo perché dopo aver approvato la Legge delega n. 33/2023, ha approvato nei tempi previsti il Decreto attuativo n. 29 del 15 marzo 2024 contenente le "Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani".

Tutto bene, dunque? No, perché durante il percorso legislativo, dopo una buona Legge-delega, il Decreto legislativo 29/2024 attuativo ha perduto quasi tutti i contenuti significativi che avrebbero potuto cambiare l'assistenza per gli anziani non autosufficienti.

I contenuti del Decreto legislativo attuativo n. 29/2024

La Legge delega (che come noto è una norma fatta di principi e che per la sua realizzazione sono necessari i decreti attuativi) aveva posto i seguenti obiettivi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti:

1. La costruzione di un sistema integrato fra la sanità e il sociale;
2. Nuovi modelli di intervento nell'assistenza domiciliare e residenziale compresa la riforma dell'indennità di accompagnamento;
3. L'ampliamento dell'offerta di risposte.

Il decreto attuativo n. 29/2024 innanzitutto decide di venir meno alla sua natura ed in realtà non attua ma rinvia ad una serie numerosissima di decreti successivi. Per le politiche per la non autosufficienza vengono previsti ulteriori 8 decreti e linee guida (da approvare con decreto) in settori strategici già previsti nella legge delega (Cfr. Tab. 1).

Tab. 1 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per le politiche per gli anziani non autosufficienti

Articolo del D. Lgs.	Atto da approvare	Da approvare entro il
34 comma 3	Decreto per la nomina della commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo (per la partecipazione alla sperimentazione della prestazione universale).	18 maggio 2024
34 comma 4	Decreto per la definizione delle modalità attuative ed operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca, nonché le connesse attività preparatorie e organizzative, anche a carattere informativo, da espletarsi entro il 31/12/2024.	17 giugno 2024
38 comma 1	Linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi per il raggiungimento di standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale finalizzata a migliorare, anche attraverso la graduazioni in base ai bisogni, e rendere omogenea l'offerta formativa per le professioni di cura, nonché all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare.	17 giugno 2024
Art. 23 comma 1	Decreto per la definizione del sistema di monitoraggio e i relativi criteri, gli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP.	17 luglio 2024
Art. 24 comma 5	Linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione graduale e progressiva dei LEPS.	17 luglio 2024
31 comma 7	Decreto per l'individuazione e l'aggiornamento di criteri condivisi e omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario.	17 luglio 2024
27 comma 7	Decreto per definire 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 a livello 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 (decreto attuativo L.227/2021). Con lo stesso decreto sono approvate le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari.	19 marzo 2025

28 comma 5	Decreto per definire le modalità di condivisione delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché la raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del procedimento stesso.	Data non indicata
---------------	--	-------------------

Fonte: ns. elaborazione dal D. Lgs. 29/2024

La stessa sorte viene prevista anche per la prima parte del D. Lgs. 29/2024 che è relativa alle politiche per l'invecchiamento attivo dove gli ulteriori decreti e linee guida attuativi sono addirittura undici (Cfr. Tab.2).

Nel complesso ci troviamo di fronte ad un decreto attuativo che rinvia ad ulteriori 19 decreti attuativi da approvare, in gran parte, entro un anno.

Tab. 2 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per le politiche di invecchiamento attivo

Articolo	Atto da approvare	Da approvare entro il
13 comma 3	Decreto per individuare i criteri per la corresponsione di agevolazioni per le spese medico-veterinarie per l'adozione di cani o gatti da parte di anziani soli.	30 marzo 2024
4 comma 3	Decreto sulle "linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio"	17 giugno 2024
7 comma 1	Decreto per l'individuazione dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane nei contesti urbani ed extraurbani.	17 giugno 2024
8 comma 2	Decreto per definire le modalità di attuazione delle misure per favorire il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile.	17 giugno 2024
9 comma 2	Decreto per l'individuazione delle prestazioni di telemedicina domiciliare da erogare agli anziani con priorità ai grandi anziani.	17 giugno 2024
15 comma 1	Linee guida volte a definire le caratteristiche e i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (<i>senior cohousing</i>) e di coabitazione intergenerazionale (<i>cohousing intergenerazionale</i>), in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate.	15 settembre 2024
13 comma 5	Decreto per l'individuazione dei requisiti reddituali delle persone anziane beneficiarie delle agevolazioni per le spese veterinarie, le modalità di donazione e distribuzione gratuita di medicinali veterinari destinati alla cura degli animali d'affezione a enti del terzo settore e alle strutture di ricovero e raccolta degli animali abbandonati, nonché le modalità di utilizzazione dei predetti medicinali da parte dei medesimi enti e strutture e i farmaci esclusi dalla donazione.	19 settembre 2024

16 comma 2	Decreto per l'individuazione delle prescrizioni edilizie che le regioni e i comuni sono tenuti a rispettare nella selezione delle iniziative progettuali di coabitazione.	13 gennaio 2025
17 comma 2	Decreto per determinare le modalità della messa a regime dei progetti sperimentali di coabitazione.	90 gg. Dopo il termine della sperimentazione
12 comma 3	Decreto per definire i criteri e le modalità di presentazione delle iniziative e dei progetti per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana	Data non indicata
19 comma 1	Linee guida di indirizzo per la definizione di obiettivi di alfabetizzazione digitale delle persone anziane e i programmi di supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie.	Data non indicata

Fonte: ns. elaborazione dal D. Lgs. 29/2024

La valutazione multidimensionale

Nel Decreto Legislativo 29 c'è invece da apprezzare la scelta di arrivare ad una valutazione multidimensionale unificata. L'intento è quello di semplificare ed unificare i percorsi che oggi prevedono 5-6 diversi sistemi di valutazione degli anziani non autosufficienti. Con la riforma le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale per tutti i benefici nazionali e una di competenza delle regioni per usufruire dei servizi locali. Nulla di immediatamente attuabile, ma la scelta viene fatta. Le decisioni sostanziali sono rinviate ad un decreto che dovrà decidere tutto sulla valutazione multidimensionale (composizione della Unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.). Ci sono anche altre criticità (priorità di accesso agli ultra80enni, rapporto fra valutazione per l'accesso alle prestazioni "nazionali" e la valutazione per l'accesso ai servizi locali) ma la scelta unificatrice è fatta.

Che cosa (non) si prevede per l'assistenza domiciliare

Nell'assistenza domiciliare gli obiettivi della Legge Delega erano due: integrazione sociosanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed una intensità (numero di ore settimanali) non limitata e legate ai bisogni degli anziani. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi. C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei Comuni). Per il resto, di "durata ed intensità adeguate" non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). In questo ultimo caso, non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'assistenza residenziale e semiresidenziale erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione). Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

La riforma dell'indennità di accompagnamento

La legge 33/2023 prevede una prestazione universale (che sostituirà l'indennità di accompagnamento) graduata secondo i bisogni del cittadino da fruire come trasferimento monetario o come servizi alla persona secondo la libera scelta dell'utente. Il D. Lgs. 29/2024 invece prevede una sperimentazione che coinvolge una quota minimale di persone (meno di 30.000 su 1,5 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento) che potrà usufruire di una prestazione aggiuntiva di 850 euro mensili in servizi. E, cosa forse ancor più grave, non ci sono determinazioni su che cosa succederà dopo la conclusione della sperimentazione. Non c'è la riforma, non c'è l'universalismo nell'accesso, non c'è l'equità nell'importo (graduazione degli importi), non c'è libertà di scelta tra denaro e servizi e non c'è la promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi). Le uniche risorse stanziare per l'attuazione intera della legge sono destinate a questa sperimentazione. Nulla di strutturale e nulla per il 2024. Per il 2025 e 2026 si prelevano 250 milioni per anno dal fondo per le non autosufficienze, dal fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

Le badanti

Per le badanti La Legge delega prevede una ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali finalizzata al loro "riordino" e cioè ad un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) per sollevare un po' le famiglie dall'onere del pagamento dell'assistenza personale. Il Decreto Legislativo 29 prevede solo la parte "comoda": la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla. Ed anche l'altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c'è l'attuazione. Passi troppo timidi, lontani dalle necessità di regolazione del lavoro domestico

Un sistema integrato

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l'intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali e poi anche una integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l'INPS per essere efficace. Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato. Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l'assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 e preposto proprio a questo compito non svolge adeguatamente questo compito di integrazione.

La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all'interno del Ministero del Welfare ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Occorre superare queste criticità per promuovere l'integrazione del sistema (SNAA) coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai.

L'obiettivo del PNRR è raggiunto ma la riforma non c'è.

In sostanza, il Decreto Legislativo attuativo n. 29/2024, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviando quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 19 decreti e linee guida.

Non c'è, soprattutto a livello centrale e regionale, l'auspicata integrazione fra sanità e sociale nel realizzare gli interventi assistenziali, non ci sono i nuovi modelli di intervento, fatta eccezione per il nuovo sistema di valutazione della non autosufficienza, e non si investe sul potenziamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti.

Siamo dunque in presenza di una Riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino non rispettosa dei contenuti della Legge delega n. 33/2023 (assistenza domiciliare, prestazione universale,

badanti e ruolo dello SNAA). Nei prossimi mesi bisognerà cogliere ogni occasione, compresa quelle dei tanti decreti attuativi previsti, per recuperare i contenuti in linea con le previsioni più innovative della legge 33. Non trova giustificazione l'argomento del reperimento delle risorse necessarie al suo finanziamento, che certo ha influenzato negativamente i contenuti del Decreto, ma che può essere affrontato in modo graduale pensando ad una riforma da implementare progressivamente in modo pluriennale come hanno fatto gli altri paesi europei proprio a questo proposito.

Per cui, in definitiva, l'obiettivo del PNRR che prevedeva l'approvazione di una legge sull'assistenza agli anziani è stato raggiunto e l'Italia per questo riceverà i fondi ma la riforma, quella vera, ancora non c'è.

Norme di riferimento

- L. 23 marzo 2023, n. 33: *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*.
- Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29: *“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”*. (27/3/2024)

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, MANCA LA RIFORMA COMPLESSIVA

L'attesa di una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che dura da 25 anni, non è terminata

Cristiano Gori

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Gori Cristiano	Anziani non autosufficienti, manca la riforma complessiva	Sole 24 ore	22/3/2024	https://www.ilsole24ore.com/art/anziani-non-autosufficienti-manca-riforma-complessiva-AFc32w6C

L'attesa di una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che dura da 25 anni, non è terminata. Lo mostra la versione definitiva del decreto attuativo di quella che avrebbe dovuto essere – appunto – tale riforma (Legge Delega 33/2023, prevista dal Pnrr). Per valutarla è opportuno mettersi nei panni di anziani e famiglie: che cosa cambierà per loro?

Certamente non riceveranno più sostegni di oggi, non potendo contare al momento su risorse aggiuntive di natura strutturale. In ogni modo, lo snodo decisivo è il progetto per il welfare futuro: in assenza di un disegno solido, discutere di finanziamenti non ha senso. Consideriamo allora i tre interventi che assorbono la gran parte delle risorse pubbliche dedicate, cioè i servizi residenziali, i servizi domiciliari e i contributi economici (indennità di accompagnamento): per nessuno è in programma una revisione sostanziale.

Innanzitutto, è stata cancellata la prevista riforma dell'assistenza fornita a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, oggi assente nel nostro Paese. Invece, si stabilisce unicamente il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, senza però prendere in considerazione aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere. A mancare è, soprattutto, un piano che risponda alla domanda: “di quali interventi a casa hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?”. Abbiamo, dunque, una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che non contempla servizi domiciliari rivolti a loro. Ciò è tanto più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, l'opinione pubblica, i media e i politici abbiano insistito sulla necessità di potenziare la domiciliarità.

Venendo ai servizi residenziali (case di riposo) siamo ancora in una situazione interlocutoria. Il decreto attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostanziali e rimanda a un successivo ulteriore decreto.

La legge 33/2023, infine, comprendeva la riforma dell'indennità di accompagnamento, la misura più diffusa, un contributo monetario in somma fissa (531 euro mensili) senza vincoli d'uso, divenuto un simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche. Era stato previsto un intervento ispirato alle direttrici condivise dal dibattito tecnico, in particolare: i) mantenimento dell'accesso solo in base al

bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, iii) possibilità di utilizzare l'indennità per avvalersi di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore. Di nuovo, non è stato apportato alcun cambiamento.

Infatti, la prestazione universale (o "bonus anziani") varata per il biennio 2025-2026, su cui si è concentrata l'attenzione pubblica, è costruita sull'assunto che l'indennità non debba essere riformata. Di conseguenza la misura resta tale e quale ma per alcuni beneficiari si prevedono ulteriori risorse (850 euro mensili). La prestazione si colloca nell'antica tradizione italiana di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio. In ogni modo, questa provvidenza sarà fruita da una platea assai ridotta, 30mila persone con almeno 80 anni (su un totale di un milione) tra gli attuali percettori dell'indennità.

Si notano, al contrario, aspetti positivi riguardanti il percorso di anziani e famiglie nella rete del welfare, tema cruciale per la vita delle persone. Viene rivista la pletora delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (5-6), non collegate tra loro, che moltiplicano gli sforzi degli operatori e rendono assai complicato l'iter per gli interessati. Invece, le valutazioni si ridurranno a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle Regioni. Inoltre, i due momenti valutativi previsti nel nuovo impianto saranno in stretta correlazione, a garanzia della continuità. Questo insieme di novità dovrebbe diventare operativo nel 2025.

Tirando le fila, il decreto contiene sicuramente passi in avanti. Non prevede, però quella riforma complessiva della non autosufficienza prevista dal Pnrr e già adottata da tanti Paesi europei, ad esempio Germania (1995), Francia (2002) e Spagna (2006). Eppure, l'Italia ha un estremo bisogno di una simile riforma: arrivarci è l'obiettivo del prossimo futuro.

DECRETO ANZIANI: (DIS)ILLUSIONI E POSSIBILI RIPARTENZE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Celestina Valeria De Tommaso e Franca Maino

Autore	Titolo	Testata	Data	link
De Tommaso Celestina V., Maino Franca	Decreto Anziani: (dis)illusioni e possibili ripartenze per la non autosufficienza	Secondo Welfare	19/3/2024	https://www.secondowelfare.it/long-term-care/decreto-anziani-disillusioni-e-possibili-ripartenze-per-la-non-autosufficienza/

Il Governo ha approvato il Decreto di attuazione della Legge 33/2023. Ne ripercorriamo le tappe dal 2023 ad oggi, per spiegare perché si tratta di un'occasione mancata. Ad un anno dall'approvazione, lo scorso 23 marzo 2023, della Legge Delega 33 sulla non autosufficienza in Italia ([qui](#) e [qui](#) per approfondire), l'11 marzo scorso il Governo Meloni ha approvato il decreto legislativo di attuazione degli articoli 3, 4, e 5.

Con la Legge 33/2023, il Parlamento aveva delegato il Governo, con il coinvolgimento dei Ministri interessati, ad adottare uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo, la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti. L'*iter* legislativo prevedeva l'elaborazione, da parte del Governo, dei decreti legislativi di attuazione dei principi richiamati nella Legge Delega entro il 31 gennaio 2024.

In ottemperanza dei tempi previsti il 25 gennaio scorso il governo ha approvato uno schema di decreto legislativo attuativo che è stato nelle settimane successive oggetto di audizioni e pareri. Dopo aver acquisito anche il parere consultivo delle Commissioni Affari sociali della Camera e del Senato, il Consiglio dei Ministri ha infine approvato lo schema definitivo di decreto legislativo.

In questo articolo ripercorriamo luci, ombre e prospettive del percorso che – oramai dal 2021 – interessa la politica per la non autosufficienza in Italia.

Marzo 2023: la Legge 33/2023, un esito di riforma *non scontato*

Il 21 marzo 2023, la [Legge Delega 33](#) ha previsto, per la prima volta in Italia, la costruzione di un sistema di welfare che si occupa della non autosufficienza degli anziani. La riforma ha riconosciuto il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo adeguato e integrato. Una riforma attesa da molti anni e che ci allinea ai principali Paesi europei, inclusi quelli del Sud Europa (Spagna e Portogallo).

La riforma ha previsto la creazione di un Sistema Nazionale di Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti (SNAA), una modalità organizzativa permanente per la non autosufficienza, basata sul governo unitario e sull'adozione di una definizione condivisa di popolazione anziana non autosufficiente. Questo sistema presuppone la realizzazione di un coordinamento tra Ministeri, quello del Lavoro e delle Politiche Sociali e quello della Sanità, e l'attribuzione di piena legittimità al settore (attualmente residuale e perlopiù circoscritto alla responsabilità degli assistiti e dei loro familiari).

La riforma ha posto l'accento sul valore di una gestione congiunta tra sociale e sanitario degli interventi come base di un nuovo approccio alla non autosufficienza che, nel concreto, avrebbe dovuto trovare attuazione sia in termini di processo che di servizi di cura. Da un lato, la riforma ha previsto un nuovo sistema di valutazione delle condizioni dell'anziano (la *c.d.* valutazione unificata) attraverso un percorso unitario e coerente che vede nei Punti unici di accesso (PUA) la porta di ingresso al sistema. Dall'altro, sul piano dei servizi, l'integrazione socio-sanitaria si realizzerebbe attraverso l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, con una durata e una intensità (numero di ore settimanali) in funzione dei bisogni degli anziani.

Una importante innovazione ha riguardato inoltre la trasformazione dell'Indennità di Accompagnamento nella Prestazione Universale per la Non Autosufficienza. La nuova misura, conservando l'assetto universalistico (ovvero, accessibilità per tutti in base alla sola condizione del bisogno di assistenza), avrebbe previsto una graduazione dell'importo secondo le necessità assistenziali: maggiore il bisogno, maggiore l'importo. E avrebbe garantito la possibilità di opzione tra trasferimenti monetari e servizi alla persona (organizzati o assistenti familiari regolari).

Si tratta di una legge delega dai contenuti non scontati, che avrebbe potuto gettare le basi per una riforma in linea con i principali sistemi europei di LTC e che aveva suscitato speranze tra gli enti e le organizzazioni del settore (una larga parte delle quali, tra cui Secondo Welfare, aderenti al [Patto per un Nuovo Welfare per la non Autosufficienza](#), d'ora in poi Patto) che da oltre 25 anni auspicavano e chiedevano risposte al problema della *long term care*. Già durante la XIII legislatura (1996-2001),

precisamente nel 1998, erano state presentate due proposte di riforma relative al riordino degli interventi a favore dei malati cronici non autosufficienti e degli anziani. Nessuna delle due proposte era però stata presa in esame. Da allora erano state presentate circa altre 30 proposte (da parte di politici, esperti, enti di rappresentanza) riguardanti la non autosufficienza, senza che risultati concreti fossero raggiunti fino al 2023 (ma con un processo che si mette in moto due anni prima, in occasione della predisposizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, PNRR).

La pandemia da Covid-19 ha quindi marcato un vero e proprio spartiacque nella storia della non autosufficienza aprendo una finestra di opportunità per introdurre nel nostro Paese un sistema di assistenza continuativa per gli anziani. Il percorso per il raggiungimento della riforma non è stato però lineare e sembra aver prodotto un risultato inferiore alle aspettative, distante da un modello sistemico e in grado di rispondere alla sfida della non autosufficienza.

Di fatto, il processo si è svolto a cavallo tra tre Governi (Conte II, Draghi e per ultimo Meloni), la nomina di tre Commissioni ministeriali *ad hoc* e l'azione di advocacy di una coalizione di scopo composta oggi da 60 enti in rappresentanza degli anziani e delle loro famiglie (il Patto). Si auspicava che l'adozione della Legge 33/2023 avrebbe garantito una risposta adeguata al settore e ci si aspettava che sarebbero seguite chiare indicazioni attuative e risorse economiche (il Patto ha proposto una stima dei costi per l'attuazione della riforma, [qui](#)). L'incontro tra le istanze della domanda (coalizioni di scopo, gruppi di interessi, cittadini/e e famiglie) e dell'offerta politica (il Governo e i Ministeri) ha preso direzioni diverse. L'esito *imprevisto* ha riguardato proprio il quasi totale scollamento dei contenuti del Decreto attuativo rispetto a quelli della Legge Delega.

Gennaio 2024: lo schema di decreto attuativo e le (dis)illusioni in un Paese che invecchia

Tradimenti, rinvii, la retromarcia del Governo. Questi alcuni tra i termini utilizzati da alcuni esperti e operatori del settore per descrivere, a seguito dell'emanazione, lo scorso 25 gennaio 2024, dei decreti attuativi, le scelte del Governo. *Perché?* Ripercorriamo più nel dettaglio le ombre (numerose) e le luci (poche) dello schema di decreto attuativo.

Ombre e criticità

L'indeterminatezza dei contenuti e dei prossimi passi. Il Decreto legislativo ha di fatto previsto ulteriori 17 decreti attuativi e la stesura futura di cinque linee guida, che presumibilmente saranno approvate con decreto: un totale di 22 atti ulteriori da scrivere, approvare e attuare. Circa la metà di

questi riguardano l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Inoltre, quasi tutte le decisioni importanti vengono rinviate ad atti futuri, senza alcuna certezza sulle tempistiche e sui contenuti.

Lo svuotamento dello SNAA. Lo SNAA perde, in parte, la sua funzione di integrazione tra sociale e sanitario: il Sistema diviene di titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, mentre il Ministero della Salute non viene più menzionato nel testo del decreto, risultando così svuotato il suo ruolo nella programmazione e gestione degli interventi che riguardano gli anziani in condizioni di non autosufficienza.

L'assistenza domiciliare. Nel decreto attuativo, sebbene si ponga l'attenzione sull'integrazione sociosanitaria, sono venuti meno i contenuti innovativi previsti nella Legge Delega. Vi è un riferimento alle nuove linee guida sull'integrazione tra ADI e SAD (l'assistenza domiciliare dei Comuni), ma per il resto non si discute di "durata ed intensità adeguate" nonostante questo fosse un principio incluso nella Legge Delega. Non si tratta di un semplice rinvio, bensì dell'eliminazione di una delle più importanti innovazioni previste nella Legge 33/2023, ovvero un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti attualmente assente.

Le RSA. Gli obiettivi della Legge Delega per l'assistenza residenziale e semiresidenziale erano duplici: la modifica degli standard di personale, adeguandoli (e incrementandoli) alle esigenze degli anziani, e la revisione dei requisiti strutturali per creare ambienti di vita accoglienti, familiari e sicuri, con maggiore riservatezza negli spazi privati e ampi luoghi per la vita sociale. In questo caso, l'attuazione della Legge Delega è stata espunta dal Decreto legislativo e rimandata ad un successivo decreto.

La Prestazione Universale. La Prestazione Universale diviene una sperimentazione che coinvolge una quota esigua di beneficiari (meno di 30.000 su 1,5 milioni di percettori dell'Indennità di Accompagnamento), che possono usufruire di un beneficio aggiuntivo di circa 850 euro mensili in forma di servizi per le persone anziane con Isee inferiore a 6mila euro e bisogno assistenziale gravissimo (Tabella 1). La Prestazione si affianca – e non sostituisce – all'Indennità di Accompagnamento (di 531,76 euro mensili) e solo per due anni, a partire da gennaio 2025. Una misura sperimentale che prevede risorse temporanee (solo per un biennio) difficilmente sostenibili nel lungo periodo che mette in discussione l'universalismo e che abbraccia la categorialità in ambito *long term care*.

Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (PU) nella ...	
Legge Delega 33/2023	D.Lgs. dell'11 marzo 2024
<ul style="list-style-type: none"> • Misura <i>non</i> sperimentale che sostituisce, per chi sceglie di avvalersene, l'IdA. • Erogabile a tutte le persone anziane non autosufficienti eleggibili per l'IdA. La scelta della PU è libera, non dipende dal reddito del richiedente. • Graduazione degli importi in base al bisogno assistenziale (importo minimo uguale all'IdA). • Finalizzata all'acquisto di servizi sul mercato pubblico e privato della cura secondo il PAI. • Nessuna risorsa prevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Misura sperimentale che non sostituisce, ma integra, l'IdA. • Erogata alle persone con almeno 80 anni, con un livello di bisogno assistenziale gravissimo e un Isee non superiore ai 6.000 euro. • Nessuna graduazione degli importi. La quota integrativa dell'IdA (assegno di assistenza) è pari a 850 euro mensili. • Finalizzata a remunerare il costo del lavoro di cura svolto da lavoratori/trici domestici regolari. • Risorse previste: 300 mln nel 2025 e 200 mln nel 2026.

Tabella 1. La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza: un confronto tra la Legge Delega e il Decreto attuativo.

Luci ed elementi positivi

La valutazione multidimensionale. La sola decisione pienamente in linea con la Legge 33/2023 riguarda la valutazione multidimensionale unificata che, come sottolineato prima, è solo uno dei tasselli necessari – seppur cruciali – per raggiungere l’integrazione sociosanitaria. Tuttavia anche in questo caso il Decreto attuativo di fatto ribadisce il principio ma non indica come attuarlo: le decisioni sostanziali sono rinviate ad un decreto che dovrà definire come realizzare la valutazione multidimensionale (composizione della unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.). Rispetto alla valutazione vanno anche richiamate alcune criticità presenti nel Decreto attuativo riguardanti il fatto che si prevedono priorità di accesso per gli ultra 80enni e non si chiarisce il rapporto fra valutazione per l’accesso alle prestazioni “nazionali” e la valutazione per l’accesso ai servizi locali.

L’esito del percorso consultivo di Regioni, Comuni e Commissioni di Camera e Senato

Lo schema di decreto attuativo è stato oggetto di parere da parte della Conferenza Stato-Regioni-Comuni, di ANCI e delle Commissioni XII Affari Sociali della Camera e X Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato.

Le Regioni nella Conferenza Stato-Regioni-Comuni hanno espresso parere negativo. L'ANCI ha invece espresso parere positivo ma condizionato al reperimento di maggiori risorse. Si ricorda, tuttavia, che il parere di Regioni ed ANCI non è vincolante.

La Commissioni XII Affari sociali della Camera e la Commissione X Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato hanno dato parere favorevole, ma con alcune osservazioni, al decreto legislativo attuativo della riforma in favore delle persone anziane. I punti-chiave delle osservazioni mosse dal Parlamento allo schema inviato dal Governo riguardano il modo in cui nel decreto sono stati disegnati il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente e la prestazione universale. E questi sono i punti su cui si era anche pronunciato il Patto e, singolarmente, le singole organizzazioni che ne fanno parte. Le proposte di modifica delle Commissioni sono state numerose.

I cinque punti-chiave che riassumono i pareri di Camera e Senato (richiamati anche [in questo articolo](#)) e che appaiono anche in linea con i rilievi sollevati dal Patto sono riportati di seguito.

- Favorire l'integrazione tra sociale e sanitario rivedendo lo SNAA. La formulazione dello SNAA proposta nel Decreto attuativo non garantisce l'integrazione fra sociale e sanitario necessaria per la riforma della non autosufficienza e va quindi rivista.
- Garantire l'universalismo rivedendo la Prestazione Universale. La proposta del Governo per entrambe le Commissioni non garantisce l'universalismo e non permette la scelta fra erogazione di denaro e servizi. Sarebbe auspicabile inoltre prevedere che l'importo venisse graduato sulla base dell'intensità del bisogno assistenziale, così come previsto dalla Legge 33/2023.
- Garantire la continuità dei percorsi in presenza di disabilità pregressa. Per le persone con disabilità pregressa divenute anziane va esplicitato che esse, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, possono chiedere i servizi per gli anziani non autosufficienti senza dover passare da un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e di valutazione multidimensionale che già hanno espletato.
- Eliminare i riferimenti all'età per l'accesso alle misure. Va eliminato l'articolo 40 che prevede che le nuove disposizioni relative alla non autosufficienza si applichino solo alle persone che hanno compiuto 70 anni.
- Restituire attenzione ai *caregiver* (tema espunto dalla Legge Delega e, in seguito, anche dai decreti attuativi). Entrambe le Commissioni invitano ad approvare in tempi brevi una legge

organica sui *caregiver*. Il Senato precisa che tale legge deve prevedere risorse finanziarie necessarie per la definizione di una tutela completa di tali soggetti, relativa anche ai profili di previdenza sociale.

Marzo 2024: infine, il decreto attuativo

In conclusione, l'11 marzo 2024 il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema definitivo di decreto attuativo. Il Governo non ha recepito nessuna delle modifiche richieste dalle Commissioni di Camera e Senato e non ha tenuto conto del parere negativo espresso dalla Conferenza Stato-Regioni-Comuni. E ancora non ha ascoltato la società civile rappresentato dal Patto e anche dalle principali organizzazioni del settore, audite tra febbraio e marzo. Il decreto ha confermato così quanto già presente nella versione di [fine gennaio](#).

Il settore della non autosufficienza è un sistema complesso, costituito da una variegata gamma di attori che operano sia nel settore pubblico che in quello privato, comprese famiglie e beneficiari, nonché *caregiver* informali. Basta questo per riconoscere che le riforme non sono semplici e che richiedono riconoscimento delle sfide e visione ideativa, oltre che tempi lunghi per concludere il ciclo di policy che dall'implementazione porta all'attuazione delle misure.

Ce lo insegnano i Paesi europei in cui la pianificazione di una riforma organica in questo settore ha richiesto tempi lunghi: ad esempio, il Portogallo ha attuato un periodo di sperimentazione di 10 anni, mentre anche la Spagna ha previsto tempi lunghi per dare attuazione alle misure.

Spunti di riflessioni per il futuro della non autosufficienza

È in questo quadro che, per concludere, proponiamo di seguito tre spunti di riflessione riguardo il caso italiano.

In primo luogo, per l'Italia la Legge 33/2023 rappresenta il *primo* sforzo di riforma nel campo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. È opportuno riconoscere che la legislazione introduce alcuni miglioramenti rispetto allo *status quo*, come la valutazione unificata e multidimensionale e l'accento sull'integrazione socio-sanitaria. Tuttavia, il Decreto attuativo sembra fare un passo indietro rispetto alla Legge Delega perché indebolisce quell'approccio unitario e organico che avrebbe potuto sorreggere la costruzione di un sistema di assistenza continuativa agli anziani (lo SNAA) articolato

su più livelli e chiamato a fornire risposte rispetto all'intero spettro delle necessità degli anziani non autosufficienti.

Tuttavia – ed è il secondo spunto – la riforma fin qui prima approvata promuove una ricalibratura normativa del settore. Questo implica l'introduzione di una serie di principi che formalizzano e, in alcuni casi, innovano le procedure sinora attuate per consuetudine. Questo è un vantaggio che si auspica possa, nel medio-lungo periodo, restituire legittimità e riconoscimento al settore e creare nuovi (e urgenti) spazi per proseguire lungo il sentiero delle riforme di cui il Paese continua ad aver bisogno.

Guardando al design istituzionale e alle singole misure, e qui il terzo spunto, si osserva la mancanza di un piano attuativo in grado di garantire una reale accessibilità al settore e migliorare l'adeguatezza dei servizi. Non sono previsti miglioramenti sotto il profilo della *de-familizzazione* del modello di LTC perché mancano misure volte a ridurre il carico di cura sulle famiglie. È di fatto assente una riforma dei servizi domiciliari e residenziali. L'attuale configurazione della Prestazione Universale (per giunta al momento solo sperimentale) genera iniquità orizzontale tra i beneficiari non essendo stato previsto un meccanismo di graduazione del beneficio basato sul bisogno assistenziale dei richiedenti. In un piano cartesiano che interseca il grado del bisogno economico e quello assistenziale, i beneficiari della Prestazione Universale si collocano in alto a destra: è necessario essere sia estremamente poveri sia bisognosi per accedere alla misura.

Un'occasione mancata per ...



Figura 1. Il Decreto attuativo della Legge Delega 33/2023: il rischio di un'occasione mancata.

Unitamente alla mancanza di un piano complessivo, il Governo ha stanziato poche – e insufficienti – risorse (500 milioni di euro per la sperimentazione biennale) e ha specificato che nel caso in cui il budget assegnato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali venga superato, potrebbero essere introdotte ulteriori restrizioni alle condizioni di accesso. Pertanto, mancano disposizioni per la fase successiva alla sperimentazione della Prestazione Universale e molti dubbi sulla sostenibilità della misura nel medio-lungo periodo.

In occasione dell'approvazione della Legge Delega lo scorso anno anno avevamo accolto la notizia ([qui](#)) immaginando uno scenario che avrebbe potuto contribuire a superare le criticità di fondo del settore, a costruire solide basi per dotare il Paese di uno Sistema nazionale di assistenza agli anziani non autosufficienti, migliorare l'allocazione di risorse scarse ma necessarie e più in generale alla crescita e allo sviluppo del Paese. Come spiega la figura 1 qui sopra, oggi il Decreto attuativo appare invece un'occasione mancata che certamente rallenta e rende più incerto il processo in corso.

ANZIANI, LA FINTA RIFORMA DEL GOVERNO MELONI

Sara De Carli

Autore	Titolo	Testata	Data	link
De Carli Sara	Anziani, la finta riforma del governo Meloni	Vita	19/3/2024	https://www.vita.it/anziani-la-finta-riforma-del-governo-meloni/

Delude il testo definitivo del decreto legislativo per l'attuazione della legge delega sulla riforma della non autosufficienza, per il metodo e per i contenuti. Ci sono azioni positive, ma la riforma tanto attesa no. Nulla cambia a livello strutturale rispetto ai modelli di intervento. A parte la valutazione iniziale e il bonus temporaneo per 30mila anziani su un milione, tutto resta com'è

L'11 marzo il Consiglio di Ministri ha approvato in via definitiva il decreto legislativo che dà attuazione della Legge Delega 33/2023, “Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”: è così giunto al traguardo il percorso normativo avviato con l'introduzione della riforma dell'assistenza agli anziani nel Pnrr, nell'aprile 2021. Il decreto – il 15 marzo 2024, numero 29 – è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 marzo. La fine della corsa, tuttavia, lascia l'amaro in bocca. Due sono infatti, oggi, i motivi di delusione.

Il primo è di contenuto: nel decreto ci sono innegabilmente diverse cose utili, ma non è la tanto attesa riforma del settore, prevista dal Pnrr e attesa da un quarto di secolo. Riforma peraltro che la Legge Delega 33/2023, con il suo impianto innovativo, tratteggiava. **Il secondo è di metodo:** pochi altri provvedimenti possono vantare contemporaneamente la mancata intesa da parte delle Regioni, il mancato recepimento delle modifiche “di sostanza” chieste dalle Commissioni parlamentari e la chiusura del confronto con le organizzazioni della società civile impegnate sul campo. In questo caso specifico, le sessanta organizzazioni riunite nel Patto per un nuovo welfare per la Non Autosufficienza, ossia la gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: proprio grazie a loro la riforma della non autosufficienza venne inserita come uno dei pilastri del Pnrr, dopo essere stata invece “dimenticata” nella prima versione del nostro piano strategico.

Nonostante le dichiarazioni della viceministra Bellucci sull'importanza del confronto con Regioni e Parlamento, il decreto approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri lo scorso 11 marzo è sostanzialmente identico a quello che il Governo aveva approvato a fine gennaio: **le richieste di modifiche avanzate dalle Regioni e dal Parlamento, così come le proposte e le osservazioni della società civile non hanno trovato ascolto presso il Governo, risultando poco più di un dovuto giro di valzer.** Soprattutto per quanto riguarda l'introduzione dello Snaa, la riforma della domiciliarità e quella dell'accompagnamento, che erano pilastri strutturali della riforma disegnata nella legge delega e spariti dal decreto legislativo. L'unica modifica di rilievo, fra le tante osservazioni fatte al decreto in queste settimane, è il comma 2 dell'articolo 2, che mette una toppa a quell'articolo 40 introdotto all'ultimo secondo per cui – avevano rilevato le Regioni – gli anziani fra i 65 e i 69 anni rischiano di esser tagliati fuori dai servizi. L'articolo 40 resta ma ora il testo bollinato all'articolo 2 precisa che «resta ferma la disciplina relativa alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali

nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi sociosanitari in favore di persone non autosufficienti già prevista a legislazione vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto».

Ma il **bassissimo livello di consultazione e dialogo sociale** – lo abbiamo già detto in tante altre occasioni e con questo e con altri Governi, per esempio con il governo Draghi proprio sul Pnrr – significa perdere occasioni di innovazione, impatto ed efficacia, perché **il Terzo settore non porta solo capacità operativa di rispondere alle emergenze, ma porta alte competenze tecniche e know how che si traducono in visione, innovazione, proposte di policy**. Su questo tema specifico per esempio, l'ampio grado di consenso che le proposte presentate dal Patto per la Non Autosufficienza avevano trovato all'interno di una compagine tanto numerosa e diversificata, era la conferma di quanto fosse chiara, tra gli addetti ai lavori, quale fosse la direzione da imboccare per il cambiamento.

Perché la riforma non dipende solo dalle risorse

«Ci sono alcune cose buone, senza dubbio, a cominciare dalla revisione della valutazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano. Il sistema attuale viene effettivamente superato, insieme alla molteplicità delle valutazioni attuali, in favore di due sole valutazioni», commenta **Cristiano Gori**, coordinatore del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. «Non è però la riforma per gli anziani non autosufficienti che gli altri Paesi europei hanno fatto molti anni prima dell'Italia (ad esempio la Germania nel 1995 e la Spagna nel 2006), perché quella prevedeva una revisione complessiva del sistema, che qui non c'è». Già nel marzo 2022 d'altronde questo per Gori era tanto chiaro da essere quasi un aut-aut: «la riforma o è di sistema o non è», ci diceva in questo articolo. La questione dei fondi va ribaltata: non solo non ci sono soldi, ma non ci sono percorsi riformatori per cui chiedere più soldi. Non c'è né un disegno d'insieme né un disegno sugli specifici interventi (C. Gori)

Ma perché il disegno della riforma è così cruciale? Perché è quello che determina il cambiamento vero per gli anziani. «Per dare giudizio non c'è da fare altro che mettersi dal punto di vista della persona anziana non autosufficiente: che cosa cambierà domani?», si chiede Gori. La sua risposta? «Vedrò migliorato il percorso per l'accesso ai servizi, ma non avrà più risposte. E il problema non è tanto che non ci sono soldi, ma che non c'è un disegno per il miglioramento delle risposte. I soldi si possono sempre cercare, ma qui la questione è innanzitutto un'altra: la capacità di ridisegnare il welfare. Si tratta – in altre parole – della progettualità: solo se questa è solida, ha senso discutere di finanziamenti. Ad esempio, nella prossima legge di bilancio, per cosa si potranno chiedere più fondi? Per delle sperimentazioni? La questione dei fondi va ribaltata: non solo non ci sono soldi, ma non ci sono percorsi riformatori per cui chiedere più soldi. Non c'è né un disegno d'insieme né un disegno sugli specifici interventi». Cose che invece nella Legge 33 erano previsti: si chiamano Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente-Snaa, riforma della domiciliarità, riforma della residenzialità, riforma dell'accompagnamento. Parole che restano nel decreto legislativo, ma con un significato esclusivamente formale e non più sostanziale.

Che cosa ci vuole per fare una riforma?

La riforma dei servizi e delle politiche per gli anziani non autosufficienti, lo ricordiamo, è uno degli impegni che l'Italia si è presa nel Pnrr. La riforma è necessaria e attesa da vent'anni: impensabile continuare a dare agli anziani non autosufficienti risposte disegnate in un'epoca storica in cui i numeri e le caratteristiche della non autosufficienza erano completamente diversi da quelli di oggi e (soprattutto) di domani. **Ma che cosa serve perché “mettere mano” alle prestazioni per gli anziani non autosufficienti sia davvero una “riforma”? Che cosa fa la differenza?** «Una riforma è tale se fa dell'assistenza agli anziani un settore unitario e con una sua autonomia rispetto agli altri e se mette

in campo degli interventi integrati al suo interno. Questo perché la non autosufficienza ha caratteristiche specifiche», risponde Gori. Un po' quello che è successo con l'assegno unico familiare: la riforma c'è stata quando si sono prese le varie misure precedenti e le si sono messe insieme. «Una riforma è tale se fa dell'assistenza agli anziani un settore unitario e con una sua autonomia rispetto agli altri e se mette in campo degli interventi integrati al suo interno. Questo perché la non autosufficienza ha caratteristiche specifiche» (Gori).

Uno, vedere la non autosufficienza come tema unitario e specifico

In questi due anni di dibattito, racconta Gori, del Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente inizialmente si notava il fatto che avrebbe permesso di costruire finalmente l'integrazione tra sociale e sanitario, superando la frammentazione degli interventi, «ma poi nel tempo l'attenzione si è rivolta molto anche ad un altro aspetto, cioè al fatto che lo Snaa avrebbe permesso alla non autosufficienza di avere una visibilità politica e quindi una legittimazione istituzionale: l'assistenza agli anziani non autosufficienti con lo Snaa sarebbe diventata un oggetto di politiche pubbliche, con un suo perimetro ed un sua rappresentazione, cosa che oggi non è. All'inizio si sottolineava soprattutto l'integrazione, poi la legittimazione, che non esclude la prima».

Lo Snaa secondo la legge 33/2023 aveva la responsabilità – a livello centrale, regionale e locale – della programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, appartenenti a sanità, sociale e prestazioni monetarie Inps. «In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, mantenendo invariate le rispettive competenze. Nel decreto, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo, però, lo Snaa viene mantenuto nella forma ma cancellato nella sostanza», spiega Gori.

Due, immaginare nuovi modelli di intervento

Il secondo elemento costitutivo della riforma della non autosufficienza dovrebbe essere la definizione di nuovi modelli di intervento, che siano adatti all'evoluzione dei bisogni e alle caratteristiche della persona anziana. Ma non se ne trova traccia nel decreto. «Prendiamo i tre interventi che oggi assorbono maggiori risorse: la residenzialità, la domiciliarità e l'indennità di accompagnamento», prosegue Gori. «Su nessuno dei tre il disegno di legge ha un progetto riformatore. Tutto resta com'è oggi».

C'è la nuova prestazione universale da 850 euro al mese per gli over80 con meno di 6mila euro di Isee, è vero, ma questa si aggiunge all'indennità di accompagnamento senza andare a toccarla: «una precisa scelta del Governo», si legge nella relazione tecnica. «Nel passaggio dalla legge delega al decreto legislativo viene cancellata la prevista riforma dell'assistenza domiciliare. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, che oggi in Italia non esiste. Rimane il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, ma sono assenti aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere. A mancare quindi è una nuova risposta specifica per il bisogno al domicilio degli anziani non autosufficienti», afferma Gori.

Prendiamo i tre interventi che oggi assorbono maggiori risorse: la residenzialità, la domiciliarità e l'indennità di accompagnamento. Su nessuno dei tre il disegno di legge ha un progetto riformatore. Tutto resta com'è oggi

Sulla residenzialità, la situazione è interlocutoria dal momento che il decreto non contiene indicazioni precise e rimanda ad un successivo ulteriore decreto. La riforma dell'indennità di accompagnamento,

invece, è scomparsa benché l'accompagnamento oggi assorba il 44% della spesa per la non autosufficienza e sia giudicata da più parti come inefficace. «La nuova prestazione universale è un intervento temporaneo per il biennio 2025-202, che lascia immutata l'indennità e vi aggiunge ulteriori risorse (850 euro mensili per utente). Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è e stratificando il nuovo sopra il vecchio, senza riformare. In ogni modo, la prestazione sarà fruita da una platea molto ridotta, 30mila persone over80 che riceveranno l'indennità su un totale di un milione di over 80», conclude Gori.

Più che la sperimentazione di un intervento riformatore è un “bonus anziani”, visto il requisito di accesso legato alla condizione economica, visto che non è previsto un monitoraggio degli esiti della sperimentazione e visto che l'ipotesi di allargarla all'intera platea degli anziani non autosufficienti avrebbe dei costi francamente insostenibili.

NON AUTOSUFFICIENZA: LA RIFORMA (PER ORA) NON SI FARÀ

Costanzo Ranci

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Ranci Costanzo	Non autosufficienza: la riforma (per ora) non si farà	Altreconomia	Marzo 2024	https://osservatoriocoessioniocial.e.eu/osservatorio/non-autosufficienza-la-riforma-per-ora-non-si-fara/

Tre aspetti centrali della legge delega non trovano attuazione adeguata nel nuovo decreto. Una situazione che si somma all'assenza di risorse finanziarie

La “Legge Delega per la non autosufficienza” (numero 33/2023) disponeva alcuni passaggi fondamentali: un sistema integrato (sanità e assistenza) di prestazioni long-term care (Ltc) dotato di una governance unificata e riconoscibile; un sistema di accesso e valutazione del bisogno unificato e standardizzato a livello nazionale; un nuovo servizio di assistenza domiciliare che superasse il dualismo tra servizi sanitari e assistenziali; la riforma dell'indennità di accompagnamento tramite l'introduzione di una “Prestazione universale” che doveva prevedere una graduazione della misura in base al bisogno e una “opzione servizi” in alternativa al semplice trasferimento monetario. Il decreto attuativo sviluppa l'avvio di un sistema nazionale di valutazione della non autosufficienza in grado di superare l'estrema frammentazione dei percorsi attuali di accesso alle prestazioni long-term care. La giungla infinita di procedure amministrative sarà superata da un nuovo sistema che prevede due soli passaggi: una valutazione nazionale sulla base di strumenti standardizzati e una regionale finalizzata alla stesura di un Piano assistenziale individuale. Gli altri tre aspetti centrali della riforma, invece, non trovano un'attuazione adeguata, a partire dalla costruzione di un sistema integrato. La legge di riforma, infatti, prevedeva l'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa) e una programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica. Il decreto ne riduce l'ambito agli interventi socioassistenziali, confermando il dualismo tra assistenza e sanità ereditato dal passato. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, invece di integrare i servizi esistenti di carattere sanitario e sociale, il decreto si limita a prevederne il coordinamento, evitando di definire aspetti cruciali quali la durata dell'assistenza e le professionalità da coinvolgere. Non c'è stata la riforma dell'indennità di accompagnamento, che resta del medesimo importo, limitandosi ad avviare una sperimentazione biennale della nuova “Prestazione universale”: una misura aggiuntiva, pari a 800 euro mensili, a cui potranno accedere i beneficiari dell'indennità di accompagnamento over 80, in condizioni certificate come “gravissime” e con Isee inferiore a seimila euro annuali.

Il dispositivo fa un importante passo in avanti e due passi indietro. Da un lato, la “Prestazione universale” deve essere obbligatoriamente convertita in servizi di cura, anche forniti da una badante assunta regolarmente: non più cash, ma solo servizi. Dall'altro, nonostante la prestazione sia “universale”, l'accesso è consentito sulla base di una “prova dei mezzi”: un grave arretramento rispetto all'indennità di accompagnamento, che viene erogata indipendentemente dal reddito, riconoscendo il diritto alla cura come un bene primario di cittadinanza. Il secondo passo indietro è che la nuova misura è aggiuntiva dell'indennità e non prevede, come invece è scritto nella legge 33/2023, che questa venga riassorbita nella nuova misura. Prevedendo due opzioni -una cash, solo trasferimento monetario svincolato, come è attualmente, e l'altra cash for care, opzione servizi, con

importo aumentato e utilizzabile solo per accedere a servizi di cura- la norma avrebbe creato le premesse per una forte crescita dell'offerta di servizi al posto del sistema attuale, fondato esclusivamente su trasferimenti monetari che lasciano la cura al "fai-da-te" delle famiglie.

Configurandosi invece come un'aggiunta per pochissimi, la "Prestazione universale" non potrà mai essere ampliata all'intera platea dei non autosufficienti, finendo per diventare un intervento di nicchia destinato ad aumentare la complessità del sistema. La legge 33/2023 sugli anziani aveva sollecitato molte aspettative sulla possibilità che trovasse sbocco la tanto attesa riforma del sistema italiano di long-term care. Il decreto attuativo, coniugato con l'assenza di risorse finanziarie allocate sulla non autosufficienza, segnala che la riforma annunciata per ora non si farà.

RIFORMA NON AUTOSUFFICIENZA: TRADIMENTI E RINVII

Franco Pesaresi

Con il Decreto Legislativo attuativo, approvato il 25 gennaio scorso, il Consiglio dei Ministri anziché procedere con l'avvio dell'attuazione della riforma della non autosufficienza prevista dalla Legge Delega 33/2023, si limita a disporre un rinvio quasi generalizzato degli obiettivi fondanti la riforma stessa. L'articolo mette a fuoco gli elementi centrali del recente Decreto, evidenziandone la distanza dai contenuti della Legge delega approvata meno di un anno fa dal Governo, una riforma che anziani non autosufficienti e caregiver attendono da anni.

A marzo 2023, circa un anno fa, c'è stata l'approvazione della **Legge 33/2023**. Una Legge delega per la riforma dell'assistenza per la non autosufficienza. La Legge è importante perché per la prima volta viene prevista la costruzione di un sistema di welfare che si occupa in modo completo della non autosufficienza. Con la riforma, l'Italia riconosce il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo idoneo ed integrato. Ci allineiamo così ai principali paesi europei che già da anni hanno approvato sistemi assistenziali di questo tipo.

La Legge delega, come noto, è una norma fatta di principi e per la sua realizzazione sono previsti uno o più decreti attuativi. Ma invece di questo, con lo **Schema di Decreto Legislativo attuativo presentato alle Camere**, il Governo ha richiesto un rinvio quasi generalizzato dell'attuazione della delega che, a rigor di legge, dovrebbe invece essere approvata entro marzo 2024.

Anziché attuare la Legge Delega 33, il Decreto Legislativo attuativo ne rinvia la messa in opera. Così accade che il Decreto legislativo attuativo in discussione in Parlamento contenga la **previsione di ulteriori 17 decreti attuativi e l'approvazione futura di 5 Linee guida** (che presumibilmente saranno approvate con decreto). Totale **22 atti ulteriori**. La metà circa di questi (9) riguardano l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Quasi tutte le decisioni importanti vengono rinviate ad atti futuri.

Nello schema di Decreto Legislativo c'è una sola decisione importante ed apprezzabile: la scelta di arrivare ad una **valutazione multidimensionale unificata**. L'intento è quello di semplificare ed unificare percorsi che oggi prevedono 5-6 diversi sistemi di valutazione. Con la riforma le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle regioni. Nulla di immediatamente attuabile, ma la scelta viene fatta. Le decisioni sostanziali sono rinviate ad un decreto che dovrà decidere tutto sulla valutazione multidimensionale (composizione della Unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.). Ci sono anche delle criticità

nel testo presentato (priorità di accesso agli ultra80enni, rapporto fra valutazione per l'accesso alle prestazioni "nazionali" e la valutazione per l'accesso ai servizi locali) ma la scelta è fatta.

Non cambia nulla invece nei modelli di intervento. **Tutto è rinviato ad atti successivi** o ad una sperimentazione minimale.

Assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale e residenziale: riforma rinviata

Nell'**assistenza domiciliare** gli obiettivi della Legge Delega erano due: integrazione sociosanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed una intensità (numero di ore settimanali) legate ai bisogni degli anziani. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi. C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD (assistenza domiciliare dei Comuni). Per il resto, di "durata ed intensità adeguate" non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). In questo ultimo caso, non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'**assistenza residenziale e semiresidenziale** erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione). Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

Dalla Prestazione "universale" prevista dalla Legge delega, ad un assegno di assistenza "per pochi"
La L.D. 33/2023 prevede una **prestazione universale** (che sostituirà l'indennità di accompagnamento) graduata secondo i bisogni del cittadino da fruire come trasferimento monetario o come servizi alla persona secondo la libera scelta dell'utente. Ed invece che cosa abbiamo? Una sperimentazione che coinvolge una quota minimale di persone (**meno di 30.000 su 1,5 milioni di fruitori** di indennità di accompagnamento) che potrà usufruire di una prestazione aggiuntiva di 850 euro mensili in servizi. E, cosa forse ancor più grave, non ci sono determinazioni su che cosa succederà dopo la conclusione della sperimentazione. Non c'è la riforma, non c'è l'universalismo nell'accesso, non c'è l'equità nell'importo (chi sta peggio riceve di più), non c'è libertà di scelta tra denaro e servizi e non c'è la promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi). Le uniche risorse stanziare per l'attuazione della legge sono destinate a questa sperimentazione. Nulla di strutturale e nulla per il 2024. Per il 2025 e 2026 si prelevano 250 milioni per anno dal fondo per le non autosufficienze, dal fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

Le badanti: passi troppo timidi, lontani dalle necessità di regolazione del lavoro domestico

Per le **badanti**, La Legge delega prevede una ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali finalizzata al loro “riordino” e cioè ad un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) per sollevare un po’ le famiglie dall’onere del pagamento dell’assistenza personale.

Lo schema di Decreto Legislativo prevede solo la parte “comoda”: la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla. Ed anche l’altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c’è l’attuazione.

Ripartire dai principi fondanti della Legge delega: costruire un sistema integrato

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l’intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha **bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali** e poi anche una **integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l’INPS** per essere efficace. Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell’Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato. Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l’assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 e preposto proprio a questo compito non svolge adeguatamente questo compito di integrazione. La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all’interno del Ministero del Welfare ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. **Occorre superare queste criticità per promuovere l’integrazione del sistema (SNAA)** coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai.

In sostanza, **il Decreto Legislativo attuativo in discussione in Parlamento, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviando quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 22 decreti.** Siamo dunque in presenza di una Riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino tradita (assistenza domiciliare, prestazione universale, badanti e ruolo dello SNAA). Per questo **c’è grande delusione** nel mondo della non autosufficienza. Occorre una profonda revisione del decreto **■** perché sia in linea con le previsioni più innovative della legge. L’argomento delle risorse necessarie al suo finanziamento, che certo ha influenzato negativamente i contenuti del Decreto, può essere affrontato in modo graduale pensando ad una riforma da implementare progressivamente in modo pluriennale.

Note

1. Per approfondimenti sulle revisioni proposte dal Patto si rimanda al documento: “*Decreto legislativo in attuazione della l. delega 33/2023 “politiche in favore delle persone anziane”. Proposte di revisioni*”: Patto per un Nuovo Welfare sulla Non autosufficienza

ASSISTENZA AGLI ANZIANI: FATTO IL DECRETO, MANCA ANCORA LA RIFORMA

Cristiano Gori

Autore	Titolo	Testata	Data	link
Gori Cristiano	Assistenza agli anziani: fatto il decreto, manca ancora la riforma	Lavoce.info	1/2/2024	https://lavoce.info/archives/103604/assistenza-agli-anziani-fatto-il-decreto-manca-ancorala-riforma/

La legge delega sull'assistenza agli anziani non autosufficienti aveva come obiettivo il riordino complessivo del settore. Le misure previste nel decreto attuativo non danno vita però a un progetto per il welfare del futuro. La questione delle risorse.

Un settore integrato

Inizia una nuova stagione nell'assistenza agli anziani non autosufficienti? La risposta è nel decreto attuativo della legge di riforma approvata lo scorso anno dal parlamento ([legge delega 33/2023](#)), recentemente presentato dal governo. Obiettivo della riforma – prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza – è il complessivo riordino del settore affinché possa meglio rispondere al numero crescente e a condizioni sempre più critiche dei non autosufficienti. Vediamo in quale misura è stato raggiunto.

Per valutare il decreto, guardo ai suoi punti principali e seguo i due grandi obiettivi della riforma. Uno consiste nel fare dell'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti un settore integrato, mentre oggi è suddivisa in tre filiere ben poco coordinate: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps. Ne derivano lo spezzettamento delle misure disponibili e una babele di regole e procedure da seguire, che disorientano anziani e famiglie. Inoltre, la frammentazione limita la possibilità di fornire interventi appropriati.

La legge 33, pertanto, introduce lo Snaa (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente). Lo Snaa prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, appartenenti alle tre filiere menzionate. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore.

Nel decreto, invece, la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure bensì i soli servizi e interventi sociali. In tal modo, lo Snaa viene mantenuto nella forma, ma cancellato nella sostanza.

Di conseguenza, non si rispettano più i [criteri standard](#) impiegati a livello internazionale per identificare le riforme dell'assistenza agli anziani: i) la costruzione di un settore integrato, cioè

guidato da logiche e modelli d'interventi unitari; ii) la costruzione di un settore con un certo grado di autonomia rispetto agli altri del welfare.

Se lo Snaa riguarda il livello di sistema, con la modificazione dei percorsi di anziani e famiglie si passa a quello dei singoli individui. Viene rivista la pletora delle valutazioni della condizione di non autosufficienza degli anziani, che determinano gli interventi da ricevere. Oggi ce ne sono troppe (cinque-sei) e non collegate tra loro, duplicando così gli sforzi degli operatori e rendendo assai complicato il percorso delle persone coinvolte. Con la riforma, le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale e una di competenza delle regioni. Inoltre, i due momenti valutativi previsti nel nuovo impianto sono in stretta correlazione, a garanzia della continuità. Il disegno della sua concreta realizzazione viene rimandato ad atti successivi, ma il lavoro per razionalizzare procedure e passaggi è ben avviato.

Nuovi modelli d'intervento

L'altro obiettivo della riforma risiede nella definizione di nuovi modelli d'intervento. Quelli esistenti, infatti, non di rado sono stati progettati molti anni fa secondo logiche ormai superate dalla realtà e inadeguate al futuro.

Facciamo il punto in proposito con riferimento alle misure più diffuse.

Nel passaggio dalla legge delega al decreto attuativo viene cancellata la prevista riforma dell'assistenza a casa. Si sarebbe dovuto introdurre un modello di servizio domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza, oggi assente nel nostro paese. Rimane, invece, solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari, mentre sono assenti aspetti decisivi, quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere. A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?".

La cancellazione di questa riforma è tanto più sorprendente se si considera con quale forza, dalla pandemia in avanti, opinione pubblica, media e politici abbiano insistito sulla necessità di realizzarla.

Oggi gli interventi a casa, offerti prevalentemente dall'assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl, durano in prevalenza al massimo tre mesi mentre la non autosufficienza si protrae spesso per anni. Forniscono, inoltre, singole prestazioni infermieristiche, certamente utili (medicazioni, cambio catetere), ma senza affrontare le esigenze dovute alla non autosufficienza, come quelle di servizi di informazione, consulenza e di sostegno psicologico per i familiari. Detto altrimenti, sono servizi utili ma non pensati per la non autosufficienza.

Venendo ai servizi residenziali (case di riposo) siamo ancora in una situazione interlocutoria. Il decreto attuativo, infatti, non contiene indicazioni sostanziali e rimanda a un successivo ulteriore decreto.

La legge 33, infine, comprendeva la riforma dell'indennità di accompagnamento, la misura più diffusa. È un contributo monetario in somma fissa (531 euro mensili) senza vincoli d'uso, divenuto un simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche. Era stato previsto un intervento ispirato alle direttrici condivise dal dibattito tecnico, in particolare: i) mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo), ii) graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno, iii) possibilità di utilizzare l'indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (badanti o organizzazioni del terzo settore), in questo caso ricevendo un importo maggiore.

Nel passaggio al decreto, tuttavia, anche la revisione dell'indennità è scomparsa. La prestazione universale, di cui si è molto parlato quando è uscito il decreto, nella legge delega era un'altra cosa: si trattava – appunto – della riforma strutturale dell'indennità sopra delineata. Nel decreto, invece, è divenuta un intervento temporaneo che lascia immutata l'indennità e vi aggiunge ulteriori risorse. Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana di non riformare, ma di aggiungere qualcosa all'esistente, lasciandolo così com'è.

Tabella 1 – La riforma dell'assistenza agli anziani dopo il decreto attuativo

Obiettivo Costruzione di un sistema integrato	
Sistema nazionale assistenza anziani	Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza
Riforma percorsi di anziani e famiglie	Ben impostata, il disegno concreto rimandato ad atti successivi
Obiettivo Nuovi modelli d'intervento	
Riforma servizi domiciliari	Cancellata
Riforma servizi residenziali	Il decreto rimanda ad un successivo decreto
Riforma indennità di accompagnamento	Cancellata

Il futuro aspetta ancora un progetto

Il decreto stanziava 500 milioni di euro per il biennio 2025-2026, dedicati alla prestazione universale. Non vi sono – come atteso – risorse aggiuntive di natura strutturale. Sarebbe miope, tuttavia, concentrarsi oggi sui fondi, per farne un vanto o un oggetto di critica. Quello che conta, prima di tutto, è il progetto per il welfare futuro: solo se questo è solido, ha senso discutere di finanziamenti.

Pur contenendo parti significative, purtroppo, nel decreto manca un progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Si compie, inoltre, un significativo arretramento rispetto alla legge delega 33/2023. Il decreto attuativo c'è, ma quella riforma attesa nel nostro paese da un quarto di secolo è (in gran parte) ancora da fare.