



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

L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E LA PRESTAZIONE UNIVERSALE

Una riforma interrotta, un percorso da ricostruire

A cura di Cristiano Gori, Franco Pesaresi, Costanzo Ranci, Giosuè Ruggeri

PATTO PER UN NUOVO WELFARE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E LA PRESTAZIONE UNIVERSALE

Una riforma interrotta, un percorso da ricostruire

A cura di Cristiano Gori, Franco Pesaresi, Costanzo Ranci, Giosuè Ruggeri



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

I QUADERNI DEL PATTO

n. 3/2026

INDICE

Pagina

Presentazione	3
L'Indennità di Accompagnamento e la Prestazione Universale	
1. L'Indennità di accompagnamento nel sistema di assistenza agli anziani	5
2. Le criticità dell'IDA	6
3. Il confronto europeo	7
4. Le resistenze al cambiamento	10
5. La riforma (legge 33/2023): dall'Indennità di Accompagnamento alla Prestazione Universale	11
5.1 L'universalismo nell'accesso	11
5.2 Importo variabile in base al fabbisogno assistenziale	11
5.3 L'alternativa tra trasferimento monetario e servizi alla persona	11
5.4 Tutela dei diritti acquisiti e libertà di scelta	12
6. Il D. Lgs. 29/2024: La cancellazione della riforma dell'IDA	13
6.1. La sperimentazione della Prestazione universale: Il Decreto sul bisogno assistenziale gravissimo n.200/2024	14
6.2. Il fallimento della sperimentazione	16
6.3. La possibilità di estendere il nuovo modello	17
7. Posizioni istituzionali	18
8. La proposta del Patto	19
8.1. La proposta del Patto nel dettaglio	20
9. La Prestazione Universale per la non autosufficienza: una stima per la spesa	25
Bibliografia	29

PRESENTAZIONE

Il **Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza**, che riunisce numerose organizzazioni impegnate nella tutela, rappresentanza e nell'assistenza delle persone anziane, ha deciso di dare vita a una nuova iniziativa editoriale: la collana **“I Quaderni del Patto”**. Si tratta di una raccolta organica di ebook e documenti tematici pensata per valorizzare, sistematizzare e rendere maggiormente fruibile il patrimonio di idee, proposte e analisi che il Patto ha sviluppato nel corso degli anni.

Questa collana nasce dalla consapevolezza che, in un contesto sociale in rapida evoluzione, è necessario fornire strumenti chiari, ordinati e coerenti per orientarsi nel complesso mondo della non autosufficienza. Il Patto ha prodotto nel tempo un'ingente quantità di documenti, riflessioni, position paper e proposte operative. Tuttavia, questi contenuti, spesso dispersi tra comunicati, documenti di lavoro e relazioni pubbliche, rischiano di perdere efficacia se non vengono riorganizzati e resi accessibili a tutti i soggetti coinvolti – professionisti, istituzioni, famiglie, operatori e cittadini interessati – in “dossier” tematici che raccolgano e organizzino tutto il necessario per comprendere e affrontare ciascuna sfida.

“I Quaderni del Patto” vogliono dunque essere strumenti agili e tematici, ciascuno dedicato a un singolo aspetto rilevante del sistema di cura e assistenza: dall'assistenza domiciliare alla residenzialità, dalla proposta della Prestazione Universale (Indennità di accompagnamento) alla regolamentazione delle badanti, passando per il ruolo cruciale dei caregiver familiari, ecc. Per ciascun tema, i quaderni estrarranno, riorganizzeranno e armonizzeranno i contenuti già prodotti dal Patto seguendo un ordine logico comune a tutti i documenti della serie.

Gli obiettivi principali di questa collana sono:

- **Raccogliere e conservare** in maniera strutturata le elaborazioni finora sviluppate dal Patto;
- **Offrire una visione d'insieme coerente**, facilitando la lettura e la comprensione dei temi affrontati;
- **Promuovere la riflessione pubblica e politica**, favorendo l'approfondimento e la discussione su ciascun argomento;
- **Fornire uno strumento utile alle organizzazioni aderenti al Patto**, sia per attività di comunicazione e sensibilizzazione, sia come base documentale per il confronto con le istituzioni e l'opinione pubblica;
- **Promuovere la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che stenta a decollare.**

Lo scopo della collana è duplice. Da un lato, raccogliere in un unico luogo tutte le elaborazioni realizzate finora dal Patto, offrendo un quadro di sintesi e di riferimento stabile. Dall'altro, fornire strumenti agili e fruibili per promuovere ulteriori riflessioni e facilitare la comunicazione tra i diversi attori coinvolti. Ogni quaderno, infatti, è concepito per poter essere usato come dossier tematico: una consultazione rapida consentirà di individuare punti di forza, criticità e proposte di miglioramento sul tema trattato.

La collana “I Quaderni del Patto” si propone quindi come un punto di riferimento stabile e autorevole per tutti coloro che lavorano o si interessano ai temi della non autosufficienza e del welfare per le persone anziane. Ogni quaderno sarà un'occasione per valorizzare il lavoro collettivo svolto finora e per proiettare nel futuro la missione comune del Patto: costruire un sistema più equo, efficace e umano di cura e assistenza degli anziani non autosufficienti.

Questo Quaderno affronta la riforma dell'Indennità di accompagnamento e l'introduzione della Prestazione Universale. Riorganizzando i materiali elaborati dal Patto negli ultimi anni, ricostruisce gli elementi previsti dalla riforma e le modifiche successivamente introdotte dal Decreto 29/2024, offrendo una lettura coordinata della situazione attuale e delle prospettive future.

Cristiano Gori

Franco Pesaresi

Eleonora Vanni

L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E LA PRESTAZIONE UNIVERSALE

1. L'Indennità di accompagnamento nel sistema di assistenza agli anziani

L'Indennità di accompagnamento (IDA) è un contributo monetario erogato dall'INPS a persone riconosciute da una commissione sanitaria – definita a livello di Azienda Sanitaria Locale (ASL) – come portatrici di invalidità totale (al 100%) e permanente e con esigenza di assistenza continua, essendo impossibilitate a deambulare e/o a svolgere autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana. Si tratta di una prestazione universalistica non sottoposta a test dei mezzi; chiunque si trovi in questa condizione la riceve indipendentemente dall'età o dalle sue disponibilità economiche. Il suo scopo è quello di sostenere i beneficiari nell'affrontare le spese legate alle loro necessità di assistenza. Il trasferimento è in somma fissa: tutti i percettori riscuotono il medesimo importo¹ (542 euro al mese nel 2025). L'Indennità, notoriamente, non è soggetta a condizioni o a vincoli d'uso; i destinatari, di conseguenza, possono impiegarla come meglio credono senza particolari limitazioni, verifiche o controlli. Non hanno diritto all'assegno solo coloro i quali si trovano in strutture residenziali a totale carico dello Stato. Il disegno dell'IDA non è mai stato modificato nella sostanza dal 1980, anno in cui fu introdotta per giovani e adulti con disabilità. Nel 1988 ebbe luogo l'estensione agli anziani, che rappresentano la maggior parte dei beneficiari: nel 2018 il 70% degli utenti totali, infatti, aveva almeno 65 anni (Audino et al., 2024). Guardando la popolazione anziana complessiva, d'altra parte, si nota che nel 2023 l'11,3% delle persone 65+, pari a 1,412 milioni di individui, percepiva l'IDA. Infine, prendendo in considerazione la composizione per fasce d'età dell'utenza anziana, emerge che circa tre percettori su quattro hanno almeno 80 anni. A fruirne, dunque, è un numero elevato di persone 65+: si tratta perlopiù grandi anziani in condizioni estremamente compromesse, che richiedono interventi mirati e i cui caregiver hanno bisogno di essere opportunamente affiancati. La suddivisione della spesa pubblica per l'assistenza anziani – complessivamente 24,9 miliardi di euro – evidenzia nitidamente la centralità dell'IDA, a cui è dedicato ben il 43% delle risorse. Non stupisce, dunque, che nel confronto con gli altri Paesi europei l'Italia si caratterizzi per la peculiare composizione della spesa pubblica destinata alla non autosufficienza, con una percentuale particolarmente elevata dedicata ai trasferimenti monetari rispetto ai servizi alla persona. Inoltre, aspetto di particolare rilievo per una riforma nazionale, l'IDA è l'unico intervento di diretta responsabilità dello Stato mentre gli altri competono a Comuni e Regioni. Pertanto, dal punto di vista dell'architettura istituzionale, rappresenta la leva che il livello statale può impiegare con maggior facilità per promuovere il cambiamento.

Per comporre il quadro di sintesi sull'Indennità manca un ultimo tassello, quello della variabilità geografica. La quota di anziani che riceve la misura cambia notevolmente tra una Regione e l'altra. La percepiscono, ad esempio, il 9,9% degli anziani lombardi rispetto al 17,6% di quelli calabresi; l'8,8% dei piemontesi rispetto al 15,5% dei campani. La tendenza generale indica una progressiva crescita della percentuale di utenza man mano che ci si sposta dal settentrione al meridione del Paese.

¹ Tranne che per i ciechi civili assoluti, ai quali viene erogato un contributo di 1.022,44 euro mensili (cifre riferite al 2025).

2. Le criticità dell'IDA

Il confronto scientifico, nazionale e internazionale, mostra da tempo un'ampia concordanza di vedute nel ritenere l'IDA una misura assai mal di segnata. Tre sono le maggiori aree di criticità.

La valutazione delle condizioni dell'anziano

L'IDA dev'essere fornita alle persone con invalidità totale (100%) che manifestino anche l'“incapacità a deambulare” o la “necessità di assistenza continua”. Tuttavia, lo Stato non mette a disposizione delle Commissioni ASL – responsabili della disamina delle domande – criteri puntuali e strumenti standardizzati per valutare la presenza di queste due specifiche condizioni. La loro assenza da una parte impedisce di esaminare in maniera multidimensionale e oggettiva le condizioni degli anziani e, dall'altra, lascia un amplissimo spazio di soggettività e discrezionalità alle Commissioni. Vale la pena di ricordare che la pratica e la letteratura geriatrica mettono a disposizione una varietà di strumenti valutativi impiegabili a tal fine; ciò nonostante finora con l'IDA ci si è comportati come se decenni di sviluppo delle tecniche di analisi delle condizioni delle persone fragili fossero trascorsi invano.

La definizione dell'importo

Nei Paesi dell'Europa occidentale dotati di misure comparabili all'IDA², i valori medi mensili si collocano tra 311 e 618 euro. L'ammontare della prestazione italiana, 542 euro mensili, è tra i più alti, superato esclusivamente da quello francese (per l'appunto di 618 euro). Solo in Italia, però, la media coincide con l'importo erogato a ogni utente: negli altri Paesi, infatti, viene graduato in diversi livelli – 7 in Austria, 5 in Germania, 4 in Francia e così via – in base al fabbisogno assistenziale, correlato alla gravità della perdita di autosufficienza (sempre) e alle condizioni economiche del beneficiario (a volte)³. Si fornisce così la medesima prestazione tanto a chi ha una limitazione contenuta dell'autonomia quanto a chi versa in condizioni estremamente gravi e necessita di assistenza continuativa su 24 ore. Eppure, la prima forma di equità consiste nel riconoscere le differenze poiché – per riprendere la nota espressione di Don Milani – fare “parti uguali tra disuguali” è profondamente ingiusto.

Il sostegno professionale

L'IDA si configura come una misura nazionale a sé stante, non collegata/coordinata in alcun modo con i servizi territoriali. Per il beneficiario e/o i suoi caregiver non è previsto alcun affiancamento da parte dei servizi sociali o sociosanitari in abbinamento all'Indennità; il percepimento non comporta di per sé la possibilità di usufruire di attività d'informazione, orientamento, consulenze sul percorso assistenziale né di una presa in carico con un progetto personalizzato. Se non riescono a gestire personalmente l'accudimento, i beneficiari e/o le loro famiglie (quando sono presenti) devono faticosamente ingegnarsi a progettare da sole forme e modalità dell'assistenza. Non di rado l'assegno finisce per essere utilizzato per assumere personale poco qualificato e/o per alimentare un mercato non regolato della cura (badanti in posizione di irregolarità). Inoltre, non vengono tutelate la qualità e l'appropriatezza del *care* fornito grazie all'assegno, conseguenza inevitabile alla scelta dell'attore pubblico di uscire completamente di scena dopo averlo erogato. D'altra parte, tra gli

² Ci si riferisce all'Europa a 15, nella quale le nazioni dotate di una simile misura sono Austria, Francia, Germania, Inghilterra, Italia e Spagna.

³ Infatti in alcuni Paesi, come in Francia, l'importo viene anche graduato in base al reddito, fermo restando il diritto di tutti a ricevere l'indennità indipendentemente dalle condizioni economiche.

utenti dell'IDA esiste una quota significativa di grandi anziani con profili di fragilità assai complessi, per i quali quest'assenza produce conseguenze particolarmente negative (Arlotti et al., 2020; Gori, Gubert, 2021)⁴. La concordanza di vedute si rintraccia anche in merito al possibile cambiamento. È infatti opinione condivisa tra gli esperti, nazionali e stranieri, che le principali direttrici da seguire siano:

- i. mantenimento dell'accesso solo in base al bisogno di assistenza (universalismo),
- ii. graduazione dell'ammontare secondo tale bisogno (ed eventualmente anche secondo le condizioni economiche),
- iii. possibilità di utilizzare l'Indennità per fruire di servizi alla persona regolari e di qualità (assistenti familiari o organizzazioni del terzo settore) ricevendo un importo maggiore per coprire i costi supplementari connessi al ricorso a prestazioni qualificate e regolarmente contrattualizzate.

Queste indicazioni sono al centro della proposta di Prestazione Universale per la non autosufficienza avanzata dal Patto e accolta nella Legge Delega 33/2023.

3. Il confronto europeo

Per comprendere il perché una misura come quella della Prestazione Universale per la Non Autosufficienza (PU) qui presentata costituisca già da tempo auspicio di gran parte degli addetti ai lavori nel settore dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti del nostro Paese, è sufficiente un rapido sguardo alla tabella sottostante, che riporta alcune principali caratteristiche delle prestazioni monetarie per la non autosufficienza previste nei principali paesi europei.

Un primo aspetto che colpisce, tra quelli riportati nella tabella, è l'assenza, nel nostro Paese, di uno strumento di valutazione standardizzato per esaminare e categorizzare il fabbisogno assistenziale della persona non autosufficiente che richieda di poter usufruire dell'Indennità di Accompagnamento (IDA). In Paesi come Austria, Francia e Germania, il sistema prevede l'impiego di una scheda di valutazione standardizzata multidimensionale, elaborata e affidabile, e quindi in grado di fornire un valido sostegno all'attività di valutazione dei requisiti dei richiedenti. Anche in Inghilterra e Spagna esiste una scheda di valutazione, sebbene la sua affidabilità appaia meno rigorosa nell'espletare la funzione a cui è chiamata. Il nostro Paese brilla, tuttavia, per la totale assenza di tale scheda, sostituita dalla documentazione medica che ogni richiedente è chiamato a sottoporre alla Commissione di Valutazione della ASL di competenza per poter essere valutato. Tale assenza non è del resto casuale, ed è strettamente associata all'altra caratteristica peculiare del nostro Paese, che tale assenza quasi giustifica: quella di non disporre di alcuna graduazione dei livelli di fabbisogno e quindi degli importi riconosciuti agli aventi diritto. Mentre negli altri Paesi esistono almeno due livelli (in Inghilterra), e in tutti gli altri casi almeno quattro (e ben 5 in Germania e 7 in Austria), in Italia abbiamo un unico livello: quello coincidente con il raggiungimento di quel 100% di invalidità e assoluta impossibilità a gestire autonomamente la propria vita quotidiana, che fa scattare il diritto a ricevere l'IDA. Tale situazione chiaramente

⁴ Sulle criticità dell'indennità di accompagnamento, si vedano, tra gli altri: Arlotti, M., Parma, A. Ranci, C., 2020, *Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in "Politiche sociali", 1, pp. 125-148; Inps, 2016, *XV Rapporto Annuale*, Roma, Inps; Gori, C., Morciano, M. Pacagnella, O. Rebba, V. (2019), *Assistenza alle persone non autosufficienti: il nodo ineludibile dell'indennità di accompagnamento*, in Arachi, G., Baldini, M. (a cura di), *La finanza pubblica italiana – Rapporto 2019*, Bologna, Il Mulino, p.255-270.

finisce con il penalizzare le situazioni più gravi, che finora hanno ricevuto lo stesso sostegno riservato a quelle caratterizzate da un minore fabbisogno assistenziale.

Un terzo elemento che è opportuno sottolineare in questo contesto è quello della possibilità di usare l'importo riconosciuto in forma di servizi, in alternativa al trasferimento monetario incondizionato. Dall'ultima colonna esposta in tabella emerge che sono ormai diversi i Paesi – ed in particolare quelli con un sistema di welfare più simile al nostro, come Francia, Germania e Spagna – in cui i cittadini possono contare su modalità diversificate di impiego del sostegno accordato, un elemento di autonomia anch'esso finora assente nel sistema vigente in Italia (Cfr. Tab. 1).

Un elemento non ricompreso in tabella, ma assolutamente centrale nel sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti che caratterizza il nostro Paese, è quello delle assistenti familiari assunte privatamente dalle famiglie per supportarle in tale compito. La gran parte di questo “mercato privato della cura” è in Italia sommerso, non dichiarato (si stima pari ad almeno il 60% del totale dei rapporti di lavoro, e in crescita), frutto di una duplice convenienza: del datore di lavoro, cui l'assistente familiare costa meno e non implica complicazioni burocratiche; e dell'assistente familiare, che percepisce al netto una paga solitamente maggiore. L'assenza di un contratto porta a innumerevoli problemi riguardanti la tutela del lavoratore e dei suoi diritti (orari di lavoro, ferie, malattia, rescissione dei rapporti) ma anche quella degli anziani non autosufficienti (es: garanzia di trasparenza, correttezza e qualità delle mansioni svolte dall'assistente familiare).

Quelle sopra evidenziate sono alcune delle principali criticità del sistema attualmente vigente in Italia che la Prestazione Universale mira a superare.

Tabella 1 - Prestazioni monetarie per la non autosufficienza: accesso, assetto istituzionale e importi

Nazione	Schema e anno di introduzione	Criterio di accesso	Strumento di valutazione	Livello di governo responsabile	Categorie di importi	Criterio per suddividere beneficiari tra le categorie	Criteri per definire importi	Alternativa soldi-servizi
Inghilterra	Attendance allowance (AA) 1970	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione poco affidabile	Stato centrale	2	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	No
Francia	Allocation personnalisée d'autonomie (APA) 2002	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata ed affidabile	Enti locali Legislazione nazionale	4	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza e condizioni economiche	Si
Germania	Pflegegeld 1993	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata ed affidabile	Legislazione nazionale e assicurazioni sociali	5	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	Si
Austria	Pflegegeld 1993	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione standardizzata multidimensionale elaborata ed affidabile	Stato centrale	7	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	No
Spagna	Prestación económica de asistencia personal (PEAP) 2007	Fabbisogno di assistenza Diritto	Scheda di valutazione poco affidabile	Autorità regionali	4	Fabbisogno di assistenza	Fabbisogno di assistenza	Si
Italia	Indennità di accompagnamento (IDA) 1980	Fabbisogno di assistenza Diritto	Nessuna scheda di valutazione (documentazione medica)	Stato centrale	1	(non applicabile)	(non applicabile)	No

4. Le resistenze al cambiamento

Negli ambienti politico-istituzionali, il quadro relativo alla riforma dell'IDA appare profondamente diverso rispetto a quello tecnico-scientifico. La riforma, infatti, è da tempo oggetto di resistenze consolidate, motivate da preoccupazioni tra loro opposte.

L'attacco ai diritti

Alcuni paventano che la riforma dell'IDA possa essere utilizzata per cancellare il diritto all'assistenza. Ciò potrebbe accadere se si condizionasse la possibilità di ricevere l'assegno non solo – come accade oggi – al fabbisogno assistenziale, ma anche alle risorse economiche del richiedente (personali o del suo nucleo familiare), che dovrebbero rientrare al di sotto di una determinata soglia. Una simile ipotesi riemerge ciclicamente – com'è successo, ad esempio, nel Governo Berlusconi 2008-2011 e nella Spending review di Cottarelli (Governo Letta) del 2014 – senza mai venire realizzata.

L'esplosione della spesa

Altri, invece, temono che la riforma allargherebbe ulteriormente l'utenza e/o aumenterebbe gli importi dell'IDA. L'accoppiata tra questo fenomeno e il costante invecchiamento della popolazione causerebbe l'esplosione della spesa pubblica. Questa posizione si basa su fasi del passato che hanno visto una crescita della spesa dedicata particolarmente sostenuta, come il primo decennio del secolo. In quello successivo, però, lo Stato è stato in grado di mettere sotto controllo la spesa per l'Indennità.

Il processo decisionale fuori controllo

Gli schieramenti menzionati hanno preoccupazioni opposte nei contenuti, ma simili quanto al processo decisionale. Entrambi temono che, una volta che si avviasse l'iter della riforma dell'IDA, sarebbe poi difficilissimo controllarlo a causa dell'ampiezza dei fondi, della popolazione e degli interessi coinvolti. Ciò significa che, anche se si iniziasse a realizzare la riforma auspicata, vi sarebbero forti probabilità di vederla deragliare in una direzione indesiderata senza poter intervenire.

A legare le motivazioni illustrate vi è uno stesso robusto filo, quello dell'istinto di conservazione. L'Indennità, infatti, ne rappresenta l'archetipo: per la sola ragione di essere immutata dal 1980, la possibilità di metterci mano viene avversata, in un tipico esempio di “si fa così perché si è sempre fatto così”. Colpisce come, nel mondo politico-istituzionale statale, la riforma dell'Indennità venga abitualmente osteggiata con foga utilizzando argomenti di segno opposto.

Tabella 2 - Posizioni in merito alla riforma dell'IDA

Dibattito tecnico-scientifico	Dibattito politico-istituzionale
Concordanza di vedute sulla necessità della riforma	Concordanza di vedute sulla non opportunità della riforma
Direttrici di cambiamento condivise: <ul style="list-style-type: none">• <i>accesso solo in base al bisogno assistenziale</i>• <i>graduazione dell'importo</i>• <i>possibilità di utilizzo in servizi (incentivata)</i>	Timori di: <ul style="list-style-type: none">• <i>attacco ai diritti</i>• <i>esplosione della spesa</i>• <i>processo decisionale fuori controllo</i>

5. La riforma (legge 33/2023): dall'Indennità di Accompagnamento alla Prestazione Universale

Nonostante le opposizioni menzionate, la riforma dell'assistenza agli anziani (Legge delega 33/2023) cambia l'IDA, introducendo la Prestazione universale, proposta dal Patto. Di seguito le principali caratteristiche.

5.1 L'universalismo nell'accesso

Con la riforma si afferma il carattere universalistico della Prestazione Universale, che viene garantita a tutti gli anziani che necessitano di assistenza continuativa. Si stabilisce che il criterio fondamentale per riceverla è la valutazione del bisogno di cura legato alla compromissione dell'autonomia funzionale dell'interessato nella vita quotidiana, e non più l'invalidità vista come danno biologico. In questa logica vengono presi in considerazione anche stati di estrema fragilità fisica e/o psichica conseguenti all'età e non obbligatoriamente a precise cause patologiche, mettendo così in atto una valutazione più realistica della non autosufficienza nell'anzianità. La valutazione del bisogno di cura è multidimensionale e tiene conto delle molteplici dimensioni dell'autonomia funzionale nella vita quotidiana. Pur restando importante indagare la mobilità fisica, si attribuisce ugual importanza all'autonomia cognitiva e psichica, alla cura di sé e del proprio corpo, alla capacità di organizzazione nelle attività quotidiane, alla vita di relazione, alla necessità di cure e terapie su base continuativa. La nuova valutazione prevista – Valutazione Nazionale di Base (VNB) – viene inserita nel sistema unico di accesso dello SNAA.

Si prevede l'introduzione di uno strumento standardizzato di valutazione, che ne riconduca la multidimensionalità e la complessità entro un quadro preciso e controllabile sia dal cittadino che dall'autorità incaricata. Rendendo omogeneo e unitario l'operato delle commissioni preposte, tale strumento consente di ridurre la forte eterogeneità territoriale delle valutazioni. Le commissioni valutative sono composte da personale misto, sanitario e sociale, in modo da garantire le competenze necessarie. Infine, lo strumento standardizzato permette di agire con la massima trasparenza nel rapporto con il cittadino, che può esercitare in modo semplificato il diritto di accesso al giudizio della commissione di valutazione o chiederne l'aggiornamento in caso di cambiamento delle sue condizioni.

5.2 Importo variabile in base al fabbisogno assistenziale

La riforma prevede l'introduzione di un sistema di valutazione a punteggio, che permetta di determinare non solo il possesso dei requisiti minimi per accedere alla prestazione ma anche l'attribuzione di un importo differenziato in base al bisogno di cura. Questo porta la realtà italiana ad allinearsi con tutti gli altri sistemi europei di long-term care e a superare uno dei limiti principali della situazione attuale, che non riconosce l'esistenza tra la popolazione non autosufficiente di stati di bisogno notevolmente variegati. Il nuovo meccanismo permette di garantire equità orizzontale tra persone con bisogni di cura di differente intensità. Vengono previste alcune fasce di bisogno a cui si applicano importi graduati, anche attraverso una stima dell'attività di cura necessaria.

5.3 L'alternativa tra trasferimento monetario e servizi alla persona

Per la Prestazione si introduce un'opzione alternativa al semplice percepimento di un trasferimento monetario, consistente nell'usarla per acquisire servizi professionali autorizzati o accreditati oppure per pagare un assistente familiare regolarmente contrattualizzato. Il ricorso alla seconda possibilità viene premiato con un aumento dell'importo spettante. Si sostengono in questo modo il

potenziamento e la riqualificazione dei servizi di cura e si favorisce l'emersione del lavoro di cura degli assistenti familiari, con importanti ricadute occupazionali. Nella seconda opzione il contributo svolge un ruolo complementare o suppletivo delle reti familiari, migliorando la capacità economica su cui possono contare i beneficiari per reperire gli aiuti necessari. La prestazione inoltre può essere impiegata anche per usufruire di servizi domiciliari o residenziali accreditati, nell'ambito di un piano assistenziale individuale elaborato con i servizi territoriali.

5.4 Tutela dei diritti acquisiti e libertà di scelta

La Legge 33/2023 prevede la possibilità per l'attuale fruitore dell'Indennità di accompagnamento di poter scegliere se mantenere l'attuale misura (in questo caso non è necessario fare nulla) o se optare espressamente per la Prestazione universale, prevedendo altresì la specifica disciplina per la reversibilità dell'opzione. La Legge, pertanto, tutela i diritti acquisiti e il desiderio di chi non intende modificare la fruizione dell'Indennità di accompagnamento nelle modalità vigenti ma nel contempo amplia enormemente la libertà di scelta del beneficiario che ha possibilità di scegliere fra l'Indennità di accompagnamento e la Prestazione Universale e, nel caso di quest'ultima opzione, può scegliere fra la prestazione economica o la prestazione in servizi (maggiorata nel valore).

In sintesi:

- Conferma di un diritto: come per l'Indennità, la misura viene assicurata esclusivamente sulla base dei bisogni assistenziali degli anziani, mantenendo appunto lo status di diritto, indipendentemente dalle loro condizioni economiche.
- Maggior equità, ottenuta differenziando l'importo – oggi uguale per tutti - e dando di più a chi ha un più elevato bisogno di assistenza. Oggi l'Indennità è, in Europa, l'unica misura di questa natura in somma fissa.
- Maggior appropriatezza, grazie al previsto incentivo a favore di servizi alla persona. Lo Stato mantiene la libertà di scelta degli utenti sull'utilizzo delle risorse ricevute e, allo stesso tempo, promuove la soluzione che ritiene più idonea. Si sostengono, in questo modo, il potenziamento e la riqualificazione dei servizi di cura e si favorisce l'emersione del lavoro delle assistenti familiari.
- Promozione dell'occupazione regolare nel welfare, attraverso il suddetto incentivo. Come noto, i servizi di welfare sono una delle poche aree occupazionali che potrà sicuramente creare nuovi posti di lavoro nel prossimo futuro, se opportunamente stimolata.
- Tutela dei diritti acquisiti e libertà di scelta sia della tipologia di prestazione (IDA o PU) sia della modalità di erogazione della prestazione (cash o servizi).

La Prestazione è stata proposta dal Patto ma non rappresenta un'elaborazione originale. Il suo disegno, infatti, riprende le indicazioni delle principali esperienze internazionali così come quelle del dibattito italiano tra i tecnici sulla riforma l'IDA. È altresì da notare che esiste – da tempo – un'ampia concordanza di vedute, in merito a come cambiare l'IDA, tra tutti gli esperti.

6. Il D. Lgs. 29/2024: La cancellazione della riforma dell'IDA

Nella Legge 33 prevale lo spirito riformatore: infatti la Prestazione Universale costituisce la riforma stessa dell'IDA per tutti i nuovi casi di non autosufficienza e si basa sulle sopraccitate linee condivise nel dibattito tecnico-scientifico. Nel Decreto 29, invece, prevalgono le opposizioni al cambiamento di natura politica e istituzionale: la riforma dell'IDA per tutti i nuovi casi di non autosufficienza viene abolita e la Prestazione diventa una misura aggiuntiva di carattere sperimentale, che alcuni percettori potranno ricevere nel 2025 e 2026.

La nuova Prestazione Universale prevista dal Decreto 29/2024 è articolata in due componenti: l'Indennità di accompagnamento, che rimane invariata, e un "assegno di assistenza" pari a 850 euro mensili, utilizzabile esclusivamente per retribuire assistenti familiari regolarmente assunti o per fruire di servizi accreditati del terzo settore. L'importo complessivo raggiunge così 1.381 euro mensili.

L'accesso è riservato a una platea molto ristretta, definita sulla base di quattro criteri:

1. un'età anagrafica di almeno 80 anni;
2. un livello di bisogno assistenziale gravissimo;
3. un valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a euro 6.000;
4. titolarità dell'Indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18, ovvero possesso dei requisiti per il riconoscimento del suddetto beneficio¹.

A questi requisiti si aggiunge quello della domiciliarità: l'assegno di assistenza può essere erogato solo a chi vive nella propria abitazione. Il Decreto lo specifica chiaramente, finalizzando la sperimentazione al "sostegno della domiciliarità" (art. 34, comma 1) e alla remunerazione del "costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici" (art. 36, comma 2, lett. b).

Di conseguenza, gli anziani ricoverati in RSA sono esclusi dalla misura e l'assegno non può essere utilizzato per contribuire al pagamento delle rette, nonostante la loro elevata onerosità sia una delle principali cause di impoverimento per le famiglie (Tidoli, 2019).

La nuova Prestazione, dunque, si discosta in modo significativo dagli obiettivi stabiliti dalla Delega, risultando incoerente con molti dei suoi principi fondamentali:

- Perdita dell'universalismo nell'accesso: il diritto non è più basato unicamente sulla condizione di non autosufficienza, ma anche sulle disponibilità economiche del richiedente;
- Assenza di equità nell'importo: la prestazione non è adeguatamente graduata in funzione dell'intensità del bisogno assistenziale, ma erogata in misura fissa per un solo livello ulteriore;
- Mancanza di libertà di scelta: i beneficiari non possono optare tra trasferimento monetario e servizi, ricevendo un unico pacchetto prestabilito;
- Esclusione della residenzialità: la prestazione non può essere impiegata per sostenere le rette delle RSA, nonostante la loro onerosità rappresenti una criticità rilevante;
- Assenza delle caratteristiche proprie di una sperimentazione: non sono previste attività strutturate di raccolta dati, monitoraggio o valutazione degli esiti. Inoltre, la riproducibilità della sperimentazione è molto bassa a causa della dimensione della prestazione economica.

Lo stanziamento è 250 milioni di euro nel 2025 e 250 milioni nel 2026 (risorse temporanee). I percettori della prestazione saranno non più di 24.500 anziani mentre quelli dell'Indennità ammontano a 1,4 milioni di anziani 65+ (di cui un milione di ultra80enni). Riceverà la prestazione, dunque, solo l'1,7% dei beneficiari dell'Indennità. Alla luce di ciò, la Prestazione così come delineata dal D.lgs. 29/2024 non punta ad affrontare meglio le attuali esigenze della generalità degli anziani non autosufficienti in Italia, ma unicamente di una piccola quota tra loro, aspetto peraltro coerente con la sua natura sperimentale.

6.1. La sperimentazione della Prestazione universale: Il Decreto sul bisogno assistenziale gravissimo n.200/2024

Per identificare i livelli di bisogno assistenziale gravissimo, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali con decreto n. 200 del 19 dicembre 2024 ha approvato i relativi indicatori. Il Decreto stabilisce che lo stato di bisogno assistenziale gravissimo, necessario per l'accesso degli anziani alla sperimentazione, viene riconosciuto con la presenza contemporanea di due elementi:

1. essere persone in condizione di disabilità gravissima rientrante in una delle condizioni sanitarie previste dal DM 26/9/2016 o essere una persona che necessita di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte;
2. Totalizzare un punteggio di almeno 8 punti in un questionario che il candidato beneficiario deve autocompilare sulla sua situazione familiare e sociale.

Le condizioni sanitarie per essere ammessi alla sperimentazione, come si comprende, sono molto severe (coma, stato vegetativo, gravissima compromissione motoria da patologia neurologica, ecc.). Il decreto individua una serie di documenti in possesso dell'interessato atti a riconoscere lo stato di disabilità gravissima che il richiedente dovrà esibire. Purtroppo, la documentazione ammessa spesso non è in grado di certificare lo stato di disabilità gravissima necessaria per essere ammessi alla sperimentazione. Infatti, vengono previsti per esempio:

- certificazioni di persone accolte negli hospice che a rigor di legge non potrebbero essere ammessi al beneficio della sperimentazione perché assistiti in strutture residenziali;
- certificazioni che la persona riceve una qualunque delle prestazioni sociali (Decreto MLPS 8/3/2013) che riguardano milioni di persone;
- prove relative alla fruizione di deduzioni fiscali di spese mediche e di assistenza che riguardano milioni di persone.

Il questionario proposto invece di ricercare e graduare il bisogno assistenziale gravissimo del richiedente preferisce soffermarsi sulla situazione familiare e sociale dell'eventuale beneficiario. Inoltre, in alcuni casi, le soluzioni proposte sono gravemente inique perché a parità di condizioni personali di disabilità degli eventuali beneficiari si penalizzano o favoriscono taluni in base ad elementi extra-personali. Le singole voci del questionario sono sei e praticamente in tutte le voci si fa esattamente il contrario di quello che occorrerebbe fare nella valutazione di chi chiede di essere ammesso alla sperimentazione in base alle sue gravi necessità assistenziali. Vediamolo nel dettaglio:

1. Nella domanda 1 del questionario relativa alle persone che vivono nel nucleo familiare si penalizza il disabile gravissimo se questo vive con una persona con meno di 80 anni (punti 1 o 0) come se la gravità si riducesse se è presente in casa un'altra persona, peraltro indispensabile per assistere il disabile gravissimo. Ricordiamoci tutti che l'Indennità di

accompagnamento viene erogata sulla base delle condizioni del richiedente e non della situazione familiare e reddituale della famiglia.

2. Nella domanda 2 relativa alla presenza di altri disabili presenti nel nucleo familiare viene penalizzato (punti 0) il richiedente che non ha altri disabili all'interno della famiglia con una invalidità inferiore al 67%. Valgono per questa voce le stesse osservazioni della domanda 1.
3. Nella domanda 3 del questionario relativo alla presenza di personale di assistenza (non familiari) addirittura si penalizza il richiedente (punti 0) che ha personale contrattualizzato di assistenza. In questo caso addirittura si contraddice gravemente lo stesso Decreto 29/2024 che finalizza esplicitamente la maggiorazione di 850 euro mensili (assegno di assistenza) proprio alla remunerazione del "costo del lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici" (art. 36, comma 2, lett. b). In questo caso le violazioni sono addirittura due perché a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello la cui assistenza viene fornita da personale peraltro indispensabile e perché si viola una delle norme cardine della sperimentazione. Peraltro, anche a rigor di logica, la presenza di personale di assistenza andrebbe valutato diversamente dato che è un forte indicatore indiretto di necessità assistenziali importanti.
4. Nella domanda 4 del questionario, a parità di condizioni del richiedente viene ingiustamente penalizzato quello che riceve dalle regioni un contributo economico più elevato. Tale diversa contribuzione delle regioni non si basa su un identico sistema di valutazione della gravità del beneficiario ma sulle diverse politiche regionali per cui utilizzarlo per selezionare i beneficiari appare iniquo.
5. Nella domanda 5 del questionario suscita sorpresa che si assegna il punteggio più basso al richiedente che gode di una assistenza domiciliare elevata (rispetto a chi non ne gode) che pur imperfetto come indicatore indiretto (perché i territori si comportano in modo non omogeneo) è però sicuramente rappresentativo di un bisogno assistenziale elevato. Anche in questo caso comunque valgono le osservazioni presentate per le altre domande: le condizioni di disabilità ed il bisogno assistenziale non cambia in relazione alla situazione familiare o al tipo di assistenza che la famiglia riesce a procurarsi.
6. Nella domanda 6 del questionario viene favorito chi non va al Centro diurno (punti 7) ma occorre dire che le condizioni sanitarie richieste per accedere alla sperimentazione non permette praticamente quasi a nessuno di poter accedere ai centri diurni. In realtà questo ultimo punteggio, spropositato rispetto agli altri, serve solo per poter raggiungere gli 8 punti minimi per essere ammessi alla sperimentazione perché con le altre voci e i punteggi assegnati dal questionario la gran parte dei richiedenti sarebbero stati esclusi dalla sperimentazione. Si tratta in altre parole di un artificio numerico per ammantare le incongruenze del questionario.

In sostanza, il questionario e i punteggi relativi contrastano con il D.lgs. 29/2024 (si veda la domanda 3) e tratta disabili nelle medesime condizioni in modo diverso in relazione alle loro condizioni familiari, di reddito e di geolocalizzazione, elementi questi non previsti dal decreto stesso. La normativa chiede una classificazione dei beneficiari della sperimentazione in base al bisogno assistenziale gravissimo che è oggettivo e personale e non può essere influenzato, se la legge non lo prevede, da elementi esterni come la capacità economica e familiare di far fronte all'assistenza.

Il Decreto MLPS 200/2024 per definire coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo individua una platea molto ristretta di potenziali beneficiari della sperimentazione che è data da coloro che sono ricompresi nell'elenco dell'art. 3 del Decreto MLPS dal DM 26/9/2016 a cui si

aggiungono le persone che necessitano di assistenza continua 24 ore su 24 l'interruzione della quale, anche per un periodo molto breve, può portare a complicanze gravi o alla morte. Per selezionare i richiedenti, fra questi, da ammettere alla sperimentazione viene aggiunto un questionario che i richiedenti dovranno autocompilare che ha il compito di individuare coloro che hanno un bisogno assistenziale gravissimo (punteggio minimo 8) fra quelli della platea potenziale e di graduare il livello del bisogno assistenziale gravissimo (il punteggio superiore agli 8 punti) nel caso in cui le domande superino il numero massimo dei beneficiari stabilito (24.510).

Il decreto avrebbe dovuto identificare dei criteri o uno strumento in grado di rilevare il bisogno assistenziale che, come noto, non coincide necessariamente con la gravità della disabilità. Pertanto il criterio di riferimento per la definizione di livelli graduati di necessità di sostegno intensivo è la gravosità del carico assistenziale richiesto. Ora, occorre rammentare che per definire il bisogno assistenziale delle persone non autosufficienti, in genere, si valuta la loro capacità di compiere le ADL (Attività della vita quotidiana: mobilità, igiene, ecc.) e le IADL (Attività strumentali della vita quotidiana: cucinare, pulire, ecc.)⁵. Il questionario proposto per definire e graduare il bisogno assistenziale gravissimo invece non segue questi principi ma soprattutto non fornisce informazioni adeguate sul bisogno assistenziale personale dell'eventuale beneficiario preferendo ricercare informazioni sulla situazione familiare del beneficiario e sui servizi ricevuti. Ovviamente, questo non permette al Decreto di adempiere al suo mandato che non è quello di valutare le situazioni familiari ma le necessità assistenziali delle singole persone indipendentemente dalle loro condizioni familiari, di reddito, di sostegni ricevuti. Questo aspetto pone il Decreto MLPS 200/2024 in aperto contrasto con il D.lgs. 29/2024 ma soprattutto crea le condizioni per una valutazione iniqua di coloro che richiederanno di accedere alla sperimentazione che, a parità di bisogno assistenziale, riceveranno una differente valutazione/punteggio in relazione ad aspetti familiari e sociali non previsti dalla normativa vigente che potrebbero escludere taluni richiedenti dalla sperimentazione. Siamo pertanto in presenza di un decreto di dubbia legittimità, con addirittura profili di incostituzionalità.

6.2. Il fallimento della sperimentazione

Come abbiamo visto la sperimentazione è limitata ad un numero limitatissimo di anziani (24.510) ma i risultati sono stati di gran lunga peggiori.

Nel mese di settembre 2025 gli anziani che avevano presentato la domanda di ammissione alla sperimentazione non raggiungevano le 5.000 unità ma quelli che erano stati ammessi alla sperimentazione e cioè che rispondevano positivamente a tutti i requisiti erano solo 2.000 circa.

Si tratta di un esito ampiamente prevedibile, alla luce dell'estrema selettività dei criteri di accesso: condizioni sanitarie di elevatissima gravità (coma, stato vegetativo, compromissioni neurologiche gravissime), età superiore agli 80 anni, valore ISEE non superiore a 6.000 euro e permanenza obbligatoria al domicilio. La combinazione di requisiti sanitari, economici e anagrafici tanto stringenti ha di fatto escluso la quasi totalità degli anziani non autosufficienti, impedendo alla sperimentazione di generare evidenze significative.

Alla luce di tali elementi, non appare sostenibile protrarre questa situazione fino alla conclusione del periodo sperimentale, prevista per la fine del 2026. Si rende necessario un intervento tempestivo volto a modificare in modo sostanziale i criteri di accesso — e non il solo requisito reddituale — per evitare che la sperimentazione perda completamente la propria funzione conoscitiva. In assenza

⁵ Cravo Oliveira Hashiguchi, Llana-Nozal 2020

di un adeguato intervento correttivo, risulterebbe inevitabile ritenere che l'impianto sperimentale sia stato configurato in modo tale da non poter funzionare, con l'effetto di indebolire o rinviare la riforma dell'Indennità di accompagnamento prevista dalla L. 33/2023. Qualora, inoltre, la prospettiva futura fosse quella di una riforma modellata sui criteri attualmente adottati nella sperimentazione, sarebbe evidente sin d'ora l'incoerenza con la delega legislativa e, soprattutto, l'inadeguatezza rispetto ai bisogni reali degli anziani non autosufficienti (Pesaresi, 2025).

6.3. La possibilità di estendere il nuovo modello

Bisogna ora interrogarsi sull'effettiva possibilità di estendere questo modello al termine della sperimentazione. Sembra un'ipotesi complicata per diverse ragioni.

- Verrebbero meno quasi tutti gli aspetti positivi nel disegno della misura previsti dalla Legge 33/2023.
- Sarebbe irrilevante nel caso si confermassero gli attuali criteri di ammissione alla Prestazione Universale (poche migliaia di persone). Si farebbe invece esplodere la spesa pubblica nel caso si aggiungessero 850 euro mensili a tutti gli attuali utenti anziani dell'Indennità, infatti, servirebbero 14,3 miliardi annui (10,2 miliardi restringendo ai soli 80 e più).
- Peraltro, non raccogliendo informazioni sulla sperimentazione, sarà impossibile discuterne i risultati.

Nella sostanza, dunque, la prestazione Universale prevista dal D.lgs. 29/2024 rappresenta una misura una tantum per il biennio 2025-2026 che riguarda pochissimi anziani.

Tabella 3 - IDA e Prestazioni universali a confronto

	IDA (Legge 18/1980)	Prestazione Universale (Legge 33/2023)	Nuova Prestazione Universale (Decreto 29/2024)
Riforma IDA	-	Si	No, all'IDA si aggiunge un bonus
Criteri di accesso	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza	Necessità di assistenza Ridotte disponibilità Economiche
Definizione dell'importo	Somma fissa	Graduato in base al bisogno	Somma fissa
Libertà di scelta	No	Si	No
Promozione dei servizi alla persona	No	Si	Si
Utilizzo nella residenzialità	Si	Si	No

7. Posizioni istituzionali

Lo schema del Decreto Legislativo 29 è stato presentato nel gennaio 2024. Di seguito, vengono riprese le tre principali posizioni istituzionali assunte in merito, precedute da un parere di costituzionalità steso da un illustre costituzionalista.

Il parere di incostituzionalità del Prof. Celotto

Su richiesta del Patto, il Prof. Alberto Celotto - uno dei principali costituzionalisti italiani - ha formulato un parere sulla prestazione nel D.lgs. 29/2024. Il parere ne riscontra l'incostituzionalità, ravvisando un eccesso di delega nel passaggio dalla Legge 33 al Decreto 29. Secondo Celotto non sono, in particolare, stati rispettati tre principi cardine della prima: accesso solo in base al bisogno, importo graduato secondo lo specifico fabbisogno assistenziale, possibilità di scelta tra denaro e servizi. Il parere è stato trasmesso dal Patto ai componenti dell'amministrazione e del governo interessati.

Le richieste di ampie revisioni della Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro e Previdenza del Senato

La Commissione, dopo aver espresso parere favorevole sul complessivo schema di Decreto, suggerisce "relativamente agli articoli 34-36, valutare se la disciplina ivi prevista, in tema di erogazione della prestazione universale, sia pienamente in linea con la legge delega, laddove: si subordina l'erogazione della Prestazione Universale non solo allo specifico bisogno assistenziale del singolo (art. 34, co. 1), ma anche a un'altra serie di requisiti (art. 35, co. 1); si preclude la scelta relativa alla forma di assistenza (prestazione monetaria, servizi alla persona, o entrambe le provvidenze), imponendo peraltro la corresponsione di un importo che (nelle due componenti dell'Indennità di accompagnamento e dell'assegno di assistenza) è a somma "fissa" (pari a € 850,00 per l'assegno e all'importo di legge per l'Indennità) e non anche (come da disciplina di delega) "graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale" (cfr. art. 5, co. 2, lett. a), n. 1), della l. n. 33/2023)⁶. Il rilievo di questa posizione è legato al fatto che ad esaminare uno Schema di Decreto del Governo sia una Commissione la cui composizione vede una presenza maggioritaria delle forze politiche che sostengono il Governo.

Le richieste di ampie revisioni da parte della Commissione Affari Sociali della Camera

La Commissione, dopo aver espresso parere favorevole sul complessivo schema di Decreto, suggerisce: "*p*) rivedere la prestazione di cui agli articoli 34, 35 e 36, in senso conforme alla legge delega, al fine di: assicurare il carattere di universalismo nell'accesso; prevedere che l'importo sia graduato sulla base dell'intensità del bisogno assistenziale; garantire la libertà di scelta tra erogazione di denaro e di servizi". Il rilievo di quanto affermato, di nuovo, è connesso alla maggioranza politica presente in Commissione. È da notare che le richieste di entrambe le commissioni sono coerenti con il parere di costituzionalità richiamato in precedenza.

⁶https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/showText?tipodoc=SommComm&leg=19&id=1410806&part=doc_dcallegato_a

⁷<https://www.camera.it/leg19/824?tipo=A&anno=2024&mese=03&giorno=05&view=&commissione=12#data.20240305.com12.allegati.all00060>

La mancata intesa espressa dalle Regioni

Le Regioni – attraverso la loro conferenza – sono state chiamate, come d’abitudine, a valutare lo Schema di Decreto ed a decidere se esprimere parere favorevole, attraverso l’intesa con il Governo. È molto raro che le Regioni non forniscano l’intesa. Significa, infatti, che loro non concordano con il provvedimento statale in via di emanazione. In questa occasione, tale evento si è verificato.

Nel marzo 2024, il Governo ha adottato il Decreto 29 senza alcuna modifica rispetto allo Schema nella parte riguardante la prestazione. La tabella di seguito sintetizza le posizioni dei principali soggetti chiamati a commentare la prestazione. Si registra una notevole omogeneità di vedute negative, che nella sostanza insistono sempre sui medesimi aspetti: criteri di accesso, graduazione dell’importo, libertà di scelta.

Tabella 4 - I giudizi espressi sulla nuova versione della prestazione - Sintesi

Soggetto	Posizione su prestazione (D.lgs. 29/2024)
Uno dei massimi costituzionalisti italiani (Prof. Celotto)	Incostituizionale
Commissione competente Senato (maggioranza governo)	Richiesta profonde revisioni
Commissione competente Camera (maggioranza governo)	Richiesta profonde revisioni
Conferenza delle Regioni	Parere contrario alla riforma

8. La proposta del Patto

Prendendo in considerazione lo specifico disegno della nuova Prestazione, due aspetti meritano particolare attenzione. Uno, positivo, è il superamento della tradizionale tendenza italiana a privilegiare l’erogazione di contributi monetari anziché quella di servizi, dato il vincolo d’uso per la misura (acquisto di servizi di cura regolari e qualificati). L’altro, negativo, consiste nell’abbandono dell’universalismo che oggi caratterizza l’IDA, introdotto con il principio che si può godere dell’assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a versare in questo stato, si è poveri: ciò lede il diritto universalistico a una cura adeguata indipendentemente dai mezzi economici, escludendo di fatto dalla prestazione una gran parte di anziani che, pur essendo gravissimi, non versano in condizione di forte povertà. Da misura per tutti, dunque, la nuova Prestazione si trasforma in una misura per indigenti. Inoltre, le debolezze del suo disegno – evidenziate nei paragrafi precedenti – sono tali da rendere veramente impegnativo puntarci con decisione. In ogni modo, il punto chiave è uno: la Prestazione Universale nasce come la tanto attesa riforma migliorativa dell’IDA ma, nel suo cammino verso l’attuazione, finisce per aderire all’antica tradizione italiana di non riformare bensì di aggiungere qualcosa all’esistente, lasciandolo così com’è e stratificando il nuovo sopra il vecchio.

La L. 33/2023 prevede la trasformazione dell'Indennità di accompagnamento, cioè il contributo di 542 Euro mensili, in Prestazione universale. La sperimentazione, peraltro, quantitativamente irrilevante condiziona la possibilità di riceverla non solo – come accade oggi – all'elevato fabbisogno assistenziale del richiedente, ma anche al fatto che le sue risorse economiche siano inferiori a una determinata soglia. In una simile ipotesi, la tutela della non autosufficienza in quanto tale cessa di costituire un obiettivo del welfare pubblico; questo, infatti, interviene solo quando il cittadino non autosufficiente o la sua famiglia non sono economicamente in grado di provvedere.

8.1. La proposta del Patto nel dettaglio

Il “Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza” sostiene che occorra ritornare all'applicazione della L.33/2023. In questo paragrafo viene illustrato in che modo le indicazioni della Legge 33 riguardanti la Prestazione Universale possono essere declinate operativamente, sulla base delle conoscenze esistenti e di quanto appreso dalle esperienze internazionali e nazionali.

Gli obiettivi della nuova misura

L'introduzione della prestazione è finalizzata all'ottenimento dei seguenti vantaggi per la popolazione anziana non autosufficiente:

- 1. tutela del diritto alla cura:** si garantisce l'accesso ad una misura nazionale per la Non Autosufficienza sulla base di un diritto universalistico (legato esclusivamente alla necessità di assistenza) e assicurando un minimo adeguato di sostegno assistenziale a tutti gli eleggibili, pari all'importo dell'IDA;
- 2. potenziamento dell'autonomia e scelta dei beneficiari:** si sostiene fortemente l'autonomia delle persone offrendo massima flessibilità e potenziando le capacità di scelta dei cittadini che, all'interno della PU, potranno optare tra un trasferimento monetario e l'accesso a servizi alla persona;
- 3. rafforzamento dell'equità del supporto accordato:** si dà più equità al sistema complessivo, offrendo un supporto maggiore alle persone con un bisogno assistenziale più grave;
- 4. miglioramento dell'appropriatezza della risposta:** si promuove, attraverso la maggiorazione dell'importo per l'opzione servizi, l'emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o l'accesso dei cittadini che ne hanno necessità ad una rete qualificata di servizi alla persona, migliorando l'appropriatezza complessiva della risposta al fabbisogno assistenziale.

Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento

- La Prestazione Universale (PU) costituisce un'opzione alternativa all'Indennità di Accompagnamento (IDA). La PU è disponibile per tutte le persone non autosufficienti di 65 anni ed oltre che risultano eleggibili per l'IDA. La scelta della PU è libera e reversibile nel tempo.
- Per chi la sceglie, l'IDA mantiene le sue attuali caratteristiche. Dunque, un trasferimento monetario senza alcun vincolo di utilizzo, che i destinatari possono impiegare come meglio credono, e in somma per tutti i beneficiari (oggi 542 euro mensili).
- Coloro i quali ricevono l'IDA da prima del compimento dei 65 anni possono optare per la PU una volta raggiunta tale età.

Il mantenimento dell'Indennità di accompagnamento, al fianco della Prestazione Universale, non ha una logica immediatamente evidente ed è sovente origine di fraintendimenti. Per scioglierli, può

essere utile tornare al dibattito politico e sociale che ha portato all'introduzione della prestazione nella Legge 33. Come esito di tale dibattito si è convenuto su due obiettivi fondamentali per la riforma dell'Indennità:

- migliorare le risposte. Riformare l'Indennità, immutata dagli anni '80, introducendo le innovazioni condivise dal confronto italiano e internazionale: graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale e possibilità di scegliere tra utilizzo in denaro o in servizi, incentivando questi ultimi;
- rendere impossibili arretramenti. Inserire indicazioni che impediscano, un domani, di eliminare l'universalismo nell'accesso, rendendolo dipendente dalle condizioni economiche dei richiedenti, e/o di ridurre gli importi rispetto ad oggi. Suggestiscono di farlo i ripetuti tentativi di introdurre i suddetti arretramenti verificatisi in passato.

Il mantenimento dell'Indennità serve esclusivamente al secondo obiettivo: ha una funzione di tutela, definisce condizioni basilari al di sotto delle quali non si può scendere, e la tabella precedente lo

rappresenta anche visivamente. Puntare a migliorare le risposte da dare a bisogni differenziati, invece, è compito della nuova prestazione, che integra la vecchia misura, non in grado di soddisfare questa varietà di condizioni.

Accesso

La possibilità di ricevere la PU discende esclusivamente dal fabbisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente, come per l'IDA.

Tutti i richiedenti vengono valutati attraverso il nuovo strumento valutativo – standardizzato e multidimensionale – impiegato per la Valutazione Multidimensionale Unificata (art. 4, lettera l, comma 1). Chi è ritenuto eleggibile, può scegliere tra la nuova misura o la vecchia IDA.

Modalità di utilizzo

Il beneficiario della PU può decidere di impiegarla in due modi diversi:

- a) ricevere un trasferimento monetario incondizionato (cioè utilizzabile senza alcun vincolo, così come avviene per l'IDA);
- b) ricorrere a servizi alla persona, svolti su base individuale (come le prestazioni a domicilio di un'assistente familiare regolarmente assunta) oppure organizzata (servizi professionali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale forniti da organizzazioni accreditate o convenzionate). Questa seconda opzione comporta un valore economico della PU superiore al trasferimento monetario incondizionato.

Due sono le leve da utilizzare per la promozione del ricorso ai servizi:

- la principale consiste nell'erogazione di un importo superiore all'opzione monetaria. Per fare la differenza nello spingere verso i servizi, l'importo deve essere sostanzialmente superiore;
- inoltre, offrire la possibilità di fruire di attività di informazione, affiancamento, progettazione personalizzata fornite dagli enti locali (opportunità non data a chi sceglie l'opzione denaro).

In ogni modo, è logico aspettarsi che nei primi anni la maggioranza degli utenti scelga l'opzione monetaria, vista la scarsa propensione verso i servizi che caratterizza tradizionalmente il nostro

Paese. Anche in Germania, del resto, negli anni iniziali della riforma è andata allo stesso modo: in seguito, però, l'utenza dell'opzione servizi è progressivamente cresciuta.

Importo

- L'ammontare della PU non può essere inferiore a quello dell'IDA. Per le situazioni più gravi e/o in caso di scelta dell'opzione servizi la cifra è superiore.
- Sia nella versione di contributo economico sia in quella di servizi, la PU prevede una graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale, misurato attraverso la scheda di valutazione sopra richiamata. In pratica, ogni beneficiario viene inserito in una classificazione (suddivisione per categorie) che prevede un ammontare crescente del beneficio in base al bisogno assistenziale.
- L'opzione servizi comporta che l'intera somma della PU sia usata per accedere a servizi alla persona. Poiché la loro fruizione determina costi aggiuntivi rispetto a quella di risposte informali, questa opzione dà diritto ad una maggiorazione dell'importo, funzionale a sostenere i costi della regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare (nel caso di servizi individuali) oppure i costi delle prestazioni fornite da enti erogatori esterni (nel caso di servizi organizzati).

La tabella 5 sintetizza i tratti della PU illustrati sin qui facendo riferimento alle simulazioni di spesa presentate, a titolo di esempio, più avanti. I dati sono il frutto di una ricerca di Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024) che ha stimato i costi futuri relativi all'introduzione della Prestazione universale. Il fabbisogno assistenziale è qui articolato su quattro livelli: basso, medio, elevato, molto elevato. L'importo minimo è quello dell'IDA, mentre le cifre della PU sono superiori: il loro valore dipende dal mix tra livello del fabbisogno assistenziale dell'anziano e scelta tra denaro e servizi.

Tabella 5 - Prestazione Universale e Indennità di Accompagnamento: importi mensili (euro)

FABBISOGNO ASSISTENZIALE	Fabbisogno Basso	Fabbisogno Medio	Fabbisogno elevato	Fabbisogno Molto elevato
MISURA				
Indennità di Accompagnamento	542	//	//	//
Prestazione Universale - Opzione denaro	//	550	600	700
Prestazione Universale - Opzione servizi	750	850	1200	1500

Fonte: Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024)

Informazione, affiancamento, presa in carico

Un ulteriore aspetto riguarda le funzioni di informazione, affiancamento e presa in carico. In proposito, gli utenti della PU si possono suddividere in tre gruppi:

- a) chi fruisce anche di servizi del welfare locale. Queste persone dovrebbero ottenere la presa in carico e la progettazione personalizzata da parte delle UVM di Regioni/Comuni/strutture residenziali. Le UVM dovrebbero ricevere i risultati della valutazione nazionale che ha permesso loro di accedere alla Prestazione. Per loro, dunque, le indicazioni in materia di presa in carico ci sono, si tratta di applicarle.
- b) chi non riceve servizi del welfare locale e sceglie l'opzione servizi della PU: può accedere, su richiesta, ad azioni di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata. Queste attività sono offerte da Comuni e ASL; Almeno per i primi anni, l'ampia maggioranza degli utenti della Prestazione non riceverà i servizi degli Enti Locali, data la distanza tra l'estensione della platea della prima e la dotazione dei secondi. Per loro, al momento, non è prevista alcuna attività di orientamento/informazione/presa in carico: bisogna individuare una strada realistica per modificare progressivamente questa situazione. Non pare sostenibile, a livello attuativo, l'ipotesi di fornire orientamento/informazione/presa in carico, da subito, a tutti i percettori della Prestazione. Si punta allora su quelli che la impiegano per ricevere servizi. Dovendo scegliere, vi sono vari motivi per escludere coloro i quali la utilizzano come trasferimento monetario, tra i quali: i) in questo gruppo si concentrano le persone che impiegano le assistenti familiari in modo irregolare; ii) una simile impostazione rappresenta e un ulteriore incentivo a scegliere l'opzione servizi.
- c) chi non riceve servizi del welfare locale e sceglie l'opzione denaro della PU: Per i beneficiari della Prestazione che la impiegano al fine di fruire di servizi alla persona, si prevede la possibilità di accedere, su richiesta, ad azioni di informazione, affiancamento e progettazione personalizzata fornite da Asl e Comuni. Offrendo due possibilità: un servizio di informazione e orientamento e uno di presa in carico e progettazione personalizzata, più impegnativo. Così un anziano e/o la sua famiglia possono decidere se fruire di queste attività di sostegno e, in caso positivo, quale dei due moduli previsti sia più consono alle loro esigenze.

Il rapporto con i contributi monetari erogati dagli ATS

La Legge 33, nello stesso comma in cui introduce la Prestazione Universale, fornisce due indicazioni riguardanti il rapporto tra questa e i contributi monetari forniti dagli ATS. Primo, la prestazione assorbe l'Indennità di Accompagnamento e le ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Secondo, la prestazione deve essere di valore non inferiore all'Indennità e, di nuovo, alle ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. A quali prestazioni ci si riferisce? Si tratta di contributi monetari rivolti alle persone anziane non autosufficienti, diversi dall'Indennità di Accompagnamento, utilizzabili esclusivamente per ricevere servizi da i) operatori di soggetti organizzati o ii) da assistenti familiari regolarmente assunte. Tali contributi sono finanziati dagli ATS (Ambiti Territoriali Sociali).

a. La prestazione assorbe l'Indennità e i contributi monetari locali

In pratica: mentre Indennità di Accompagnamento e contributi locali sono cumulabili, questi ultimi non lo sono con la prestazione. Ecco, dunque, le regole – chiare – per i nuovi utenti a partire dall'introduzione della prestazione.

In tutti i percorsi riformatori, però, il periodo più complesso è la transizione dal vecchio al nuovo scenario. In concreto: cosa accade a coloro i quali già ricevono Indennità e contributi locali al momento dell'entrata in vigore della prestazione? Potranno optare per la più conveniente tra due opzioni: mantenere Indennità + contributi locali o passare alla prestazione, se quest'ultima fosse superiore alla somma dei primi. In ogni caso, non sarà possibile alcun peggioramento rispetto alla situazione precedente.

b. La prestazione non deve essere inferiore all'Indennità e ai contributi monetari locali

Ci sono, dunque, due termini di paragone per l'importo della prestazione: deve essere superiore sia a quello dell'Indennità sia a quello dei contributi monetari locali. Mentre il primo è unico a livello nazionale (oggi 542 euro mensili), i secondi cambiano tra le diverse realtà territoriali. Per poterli confrontare con la prestazione, allora, è necessario individuarne un valore medio nazionale. Per farlo, si può utilizzare l'indagine censuaria Istat dei servizi e interventi sociali comunali del 2020, ultimo anno disponibile. ISTAT, suddivide l'assistenza domiciliare per gli anziani (65+) nelle seguenti categorie:

- assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- assistenza domiciliare integrata;
- servizi di prossimità;
- telesoccorso e teleassistenza;
- voucher, assegno di cura, buono sociosanitario.

Quella che qui interessa è l'ultima categoria, "Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario", che corrisponde – con qualche approssimazione – ai contributi monetari locali. Nel 2020, in Italia, hanno ricevuto voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari 51mila persone (0,4% della popolazione 65+). La spesa complessiva è stata pari a 115 milioni. Suddividendo la spesa complessiva per il totale degli utenti (115 milioni diviso 51mila) si ottiene la spesa annua per beneficiario: 2254 euro. Divisi per 12 mensilità sono: 188 euro al Mese (Cfr. Tab. 6).

Tirando le fila, il valore della prestazione deve essere superiore a 188 euro mensili. Ma questo è un criterio già soddisfatto dalla normativa, laddove si indica che tale valore deve essere superiore a quello dell'Indennità di accompagnamento (542 euro mensili).

Tabella 6 - Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario, utenti 65 e spesa, Italia, 2020, fonte Istat

Spesa complessiva (a)	115.000.000 euro
Utenti (b)	51.000 persone
Spesa annua per utente (a/b=c)	2.254 euro

9. La Prestazione Universale per la non autosufficienza: una stima per la spesa

Questa parte propone un'ipotesi di stima della spesa necessaria a finanziare l'implementazione della PU. Si fa qui riferimento alle simulazioni di spesa presentate in una ricerca di Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024) che ha stimato i costi futuri relativi all'introduzione della Prestazione universale. Il disegno della misura a cui si fa qui riferimento è quello previsto nella L. 33/2023 così come declinata nel precedente paragrafo 8. Si tratta, dunque, di una tra le possibili declinazioni delle logiche seguite dal Patto.

Metodologia di calcolo e di stima

Lo studio qui presentato si basa su dati di diversa fonte.

La numerosità complessiva dei beneficiari con età superiore a 64 anni viene desunta dalla Banca dati INPS al 1 gennaio 2023.

La stima dei livelli di Non Autosufficienza sulla cui base viene elaborata un'ipotesi di graduazione della misura si fonda sui più recenti dati disponibili dalla survey EHIS (European Health Interview Survey, ultima indagine: anno 2019) su un campione rappresentativo della popolazione italiana over 64 anni di età residente a domicilio. Questi dati vengono integrati dai dati di fonte ISTAT (2020) relativi ai degenti in strutture residenziali (Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari).

I dati relativi ai risparmi desumibili dalla regolarizzazione delle assistenti familiari sono stati ottenuti sulla base di informazioni relative ai contratti in atto nel settore, elaborate dagli autori del presente studio. Dal dato INPS del 2020 sulla spesa dei Comuni per strutture residenziali e per i contributi e le integrazioni alla retta delle strutture residenziali si stima, sulla base delle evidenze disponibili e di una serie di assunzioni, il potenziale risparmio degli Enti Locali in tema di compartecipazioni se l'opzione servizi venisse usata dai residenti in case di cura. Lo studio sviluppa un'ipotesi di disegno della misura e della relativa spesa pubblica necessaria alla sua implementazione che coinvolge l'intera platea degli attuali beneficiari dell'Indennità di accompagnamento. Il passaggio dalla misura attuale a quella nuova avverrà presumibilmente nell'arco di alcuni anni. Lo studio sviluppa alcune ipotesi preliminari relative alla sostituzione progressiva della vecchia misura con quella nuova.

Fasce di gravità e importi monetari

La tabella 7 mostra gli importi relativi alle due opzioni (cash o care) spettanti ai beneficiari della Prestazione Universale, i quali vengono distinti in quattro fasce di gravità sulla base del loro bisogno di cura. La distinzione in fasce riprende analoghe distinzioni adottate in altri Paesi europei come Francia e Germania. La graduazione degli importi risponde a:

- a) l'indicazione, presente nella legge delega, di prevedere un importo minimo pari a quello previsto per l'Indennità di Accompagnamento;
- b) l'esigenza di concentrare i benefici sulle fasce più gravi;
- c) l'obiettivo di incentivare l'opzione servizi corrispondendo un importo adeguato (per le fasce dei più gravi) a remunerare la contrattualizzazione di un assistente familiare o l'accesso a servizi domiciliari o residenziali in misura adeguata.

Tabella 7 - Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità e importi relativi alle due opzioni (trasferimento monetario o servizi).

Fascia di gravità	Distribuzione percentuale dei beneficiari	Opzione trasferimento monetario (euro mensili)	Opzione servizi (euro mensili)
1 (minima)	59,3	542	750
2 (media)	24,7	565	850
3 (elevata)	11,5	615	1.200
4 (molto elevata)	4,5	700	1.500

Nota: La suddivisione in fasce di gravità è stata ricavata imputando un punteggio di disabilità ad un campione rappresentativo della popolazione italiana over 64. Il punteggio ha tenuto conto di: funzioni ADL e IADL svolte non in modo autonomo, ridotta mobilità intra ed extra domestica, presenza di deficit sensoriali, presenza di almeno tre malattie croniche, Alzheimer o demenza senile. Fonte: ns. rielaborazione basata su Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024)

Stima della spesa

Allo scopo di stimare la spesa si è proceduto nel seguente modo:

- calcolo del numero dei beneficiari over 64 anni per ciascuna fascia di gravità;
- stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglierà l'opzione servizi;
- stima del costo lordo complessivo della riforma;
- stima dei risparmi ottenibili tramite il maggiore gettito contributivo e fiscale derivante dalla regolarizzazione dei rapporti di lavoro delle assistenti familiari (effetto emersione);
- stima dei risparmi ottenibili attraverso la riduzione parziale della spesa dei comuni necessaria ad integrare le rette delle RSA per residenti in grave condizione economica;
- stima della spesa in funzione dell'implementazione della nuova misura nel 2024 (secondo semestre) e nell'arco dei quattro anni successivi.

Stima della spesa complessiva

La tabella 8 presenta i risultati delle seguenti operazioni:

- **Calcolo del numero dei beneficiari per ciascuna fascia di gravità:** adottando la distinzione in fasce precedentemente presentata (v. tabella 8), si è calcolata la distribuzione dei beneficiari della nuova prestazione nelle diverse fasce. Per agevolare la stima, si assume che il numero dei beneficiari sia pari a quello dei beneficiari di IDA al 1° gennaio 2023, includendovi sia i beneficiari residenti a domicilio, sia quelli ricoverati in strutture residenziali.
- **Stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglieranno l'opzione servizi:** la stima è stata fatta sulla base dell'esperienza internazionale disponibile e dei profili di convenienza dei beneficiari appartenenti alle diverse fasce. Il take up tende ad aumentare all'aumentare della gravità, in quanto aumenta sensibilmente la necessità di ricorrere a servizi socio-sanitari. Per le fasce di gravità 1 e 2 si è ipotizzato un take-up pari rispettivamente al 20% e al 30%, conformemente a quanto avviene in Germania. Per le fasce di gravità 3 e 4 si ipotizza un take up pari al 40% e al 70%, considerando l'incidenza dei degenti in RSA e l'esigenza di cura continuativa espressa dai soggetti inclusi in queste fasce.
- **Stima della spesa complessiva:** la stima è stata fatta sulla base delle più recenti evidenze empiriche disponibili. Gli aspetti di cui non si dispongono di dati robusti sono stati modellati

sulla base di assunzioni (esempio il take up) derivanti dall'esperienza internazionale. Il numero di beneficiari assunto per la stima della spesa è quello presentato in tabella 8.

Tabella 8 - Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva.

Fascia di gravità	Totale beneficiari PU	Take up opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione cash	Stima della spesa complessiva
1 (minima)	814.352	0,20	162.870	651.482	5.703.773.544
2 (media)	339.509	0,30	101.853	237.656	2.650.217.761
3 (elevata)	198.408	0,40	79.363	119.045	2.021.380.700
4 (molto elevata)	121.839	0,70	85.287	36.552	1.842.206.834
TOTALE	1.474.108	---	429.374	1.044.734	12.217.578.838

Fonte: ns. rielaborazione basata su Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024)

Stima della spesa complessiva al netto dei risparmi previsti

L'opzione servizi introduce una condizionalità nell'utilizzo dell'importo disponibile al beneficiario: questa può essere spesa per un regolare contratto di lavoro con un'assistente familiare oppure per accedere a servizi professionali, sia di natura domiciliare residenziale. Si stima che l'incentivo economico a regolarizzare il contratto di lavoro con l'assistente familiare consentirà l'emersione di circa 260.000 assistenti familiari, che si aggiungeranno alle circa 437.000 già assunte regolarmente (dati Inps 2021)⁸. Il nuovo gettito contributivo generato dall'emersione è stimato (applicando il Contratto Collettivo Nazionale per un numero medio di 33 ore settimanali) in 512 milioni di euro (circa 478 milioni di ore lavorate). Il gettito IRPEF aggiuntivo ammonterebbe a circa 234 milioni di euro. Il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall'emersione è stimato quindi di 746 milioni di euro. La spesa complessiva per la Prestazione Universale assorbirà anche parte della compartecipazione al costo delle prestazioni sociali per i ricoverati in residenze attualmente a carico delle amministrazioni pubbliche locali. Si è quindi stimato il risparmio di spesa pubblica locale ottenibile attraverso l'adozione dell'opzione servizi pari a circa 400 milioni di euro, sulla base dei dati forniti dall'Indagine censuaria sulla spesa sociale dei comuni dell'Istat (ultimo dato disponibile relativo all'anno 2020). La tabella 9 riporta la stima della spesa complessiva per la Prestazione Universale, al lordo e al netto dei risparmi previsti, in relazione alla spesa attuale per l'IDA.

⁸ Si veda il Terzo Rapporto annuale sul Lavoro Domestico, Osservatorio Nazionale Domina (2021).

Tabella 9 - Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti

	Spesa totale	Costo diretto riforma	Risparmio emersione badanti	Risparmio spesa locale	Spesa complessiva al netto dei risparmi	Costo netto riforma
IDA	*9.068	---	---	---	9.068	---
PU	12.217	+3.149	-746	-397	11.074	+2.006

L'importo di IDA presentato nella tabella è calcolato sulla base del numero di beneficiari stimato nel campione EHIS e utilizzato per stimare i costi della riforma. Esso si discosta in piccola misura per eccesso rispetto al numero di percettori dichiarato da INPS.

Stima della spesa nel periodo di messa a regime della misura

Si ipotizza che l'introduzione della misura avvenga gradualmente. Poiché il tasso annuale di sostituzione degli attuali beneficiari è pari al 24% (INPS, Osservatorio Statistico), si può ipotizzare che la messa a regime della misura avvenga nell'arco di quattro – cinque anni. La stima seguente (v. tabella 10) mantiene fissa la numerosità complessiva dei beneficiari e ipotizza dunque un ricambio annuale dei beneficiari pari al 24%. Assumiamo inoltre una quota pari al 10% che non opti per la PU e mantenga l'attuale IDA. In questo scenario, i beneficiari della PU sono quindi stimati essere pari 10,8% per il secondo semestre del primo anno, il 32,4% nel secondo, il 54% al terzo, 75,6% al quarto, 97,2% al quinto prima di entrare a regime (quasi pieno) a partire dal sesto anno. Nel complesso l'incremento di spesa prevedibile, al netto dei risparmi fiscali, contributivi e di spesa che la nuova prestazione consente, è quello indicato nelle righe H e I della tabella 10.

Tabella 10 - Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura.

	I anno*	II anno	III anno	IV anno	V anno
A. Spesa per beneficiari IDA	8.089	6.130	4.171	2.213	254
B. Spesa per nuovi beneficiari PU	1.320	3.960	6.596	9.235	11.874
C. Risparmi da gettito fiscale e contributivo derivanti da PU	123	370	617	864	1.111
D. Spesa lorda complessiva (A+B)	9.409	10.090	10.768	11.448	12.128
E. Spesa netta complessiva (A+B-C)	9.286	9.720	10.151	10.584	11.017
F. Incremento di spesa lorda (A+B)(-IDA 2020 pari a 9,068 milioni di €)	341	1.022	1.700	2,380	3.060
G. Incremento di spesa netta (A+B-C) (- IDA 2020 pari a 9,068 milioni di €)	218	652	1.083	1,516	1.949
H. Incremento spesa annuale lorda	+341	+681	+678	+680	+680
I. Incremento spesa annuale netta	+218	+434	+431	+433	+433

Note: I valori del primo anno si riferiscono al secondo semestre, semestre in cui ci assume l'entrata in vigore della PU.

Bibliografia

- Agovino, M., Parodi, G., & Sciulli, D. (2020). *Aspetti socio-economici della disabilità: lavoro, reddito e politiche. Il caso italiano in prospettiva comparata*. Torino: Giappichelli.
- Arlotti, C., Parma, A., & Ranci, C. (2020). *Politiche di LTC e diseguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*. *Politiche Sociali*, 1, 125–148.
- Audino, F., Mazzaferro, C., & Morciano, M. (2024). *Il nodo dell'Indennità di accompagnamento*. *LaVoce.info*, 21/02/2024.
- Da Roit, B., Le Bihan, B., & Österle, A. (2016). *Cash for care benefits*. In C. Gori, J.-L. Fernandez, & R. Wittenberg (a cura di), *Long-term care reforms in OECD countries* (pp. 143–166). Bristol: Policy Press.
- Decreto Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 200 del 19 dicembre 2024: *Adozione degli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Decreto 26 settembre 2016: *Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016*. (12/2/2025).
- Decreto Legislativo n. 29 del 15/04/2024: *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*.
- Gori, C., & Tidoli, R. (2024). *L'Indennità di accompagnamento e la prestazione universale*. In *Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza (a cura di), Alla ricerca del futuro*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Gori, C., & Gubert, E. (2021). *L'Indennità di accompagnamento*. In *Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto 2020/2021*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- INPS, Messaggio n. 1842 del 10/6/2025: *Prestazione Universale. Requisiti per accedere alla misura assistenziale e controlli da parte delle strutture territoriali dell'INPS sull'attestazione ISEE. Validità ISEE sociosanitario recante un nucleo familiare ristretto*.
- Pesaresi, F. (2025). *Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo*. *Welforum.it*, 12/02/2025. Disponibile su: <https://www.welforum.it/il-decreto-sul-bisogno-assistenziale-gravissimo/>
- Pesaresi F. (2025). *Il fallimento della prestazione universale*, Franco Pesaresi welfare blogspot, 29/10/2025: <https://francopesaresi.blogspot.com/2025/10/il-fallimento-della-sperimentazione.html>
- Ranci, C. (2024). *La riforma tradita: la nuova Prestazione universale*. *LaVoce.info*, 01/02/2024.
- Ranci C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano, M. (2024). *Stima del fabbisogno e della spesa long-term care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma*, in *DASStU Working Paper Series*, n. 01/2024 (LPS.23): https://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2024/01/DASStU_WorkingPapers_Ranci_LPS.23.pdf
- Ranci C., Lamura G., Morciano M., Da Roit B., Pasquinelli S., Pozzoli F., *Prestazione universale*, in *Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza (a cura di) "Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", 24/10/2024*: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2024/01/Proposte-Decreti-Legislativi-Patto-def.pdf>
- Riedel, M., & Kraus, M. (2016). *Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states*. *International Journal of Social Welfare*, 25(1), 7–17.
- Tidoli, R. (2019). *Rette RSA: cosa si nasconde dietro ai numeri?* *LombardiaSociale.it*, 20/06/2019.