



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

***DECRETO LEGISLATIVO IN ATTUAZIONE DELLA L. DELEGA
33/2023 “POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”***

PROPOSTE DI REVISIONI

Roma

12 febbraio 2024

ORGANIZZAZIONI ADERENTI AL PATTO

Il Patto raggruppa 60 organizzazioni, la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete - Salute a km 0
Associazione Prima la Comunità
Caritas Italiana
Cittadinanzattiva
Diaconia Valdese
Federcentri APS
Forum Disuguaglianze Diversità
Forum Nazionale del Terzo Settore
La Bottega del Possibile APS
Movimento per l'Invecchiamento Attivo
Network Non Autosufficienza (NNA)
Percorsi di Secondo Welfare
Rinata APS – ETS

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

ANAP Confartigianato Persone – Associazione Nazionale Anziani e Pensionati
ANPA Confagricoltura – Associazione Nazionale Pensionati Agricoltori
ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia
Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati
CNA Pensionati
FNPA Casartigiani – Federazione Nazionale Pensionati Artigiani
FNP CISL PENSIONATI

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

AIP – Associazione Italiana Psicogeriatrics
CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti
CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
FNOFI – Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti
SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics
SIGOT – Società Italiana di Geriatrics Ospedale e Territorio
SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

AISLA – Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica
A.L.I.Ce. Italia ODV – Lotta all'Ictus Cerebrale
Alzheimer Uniti Italia Onlus
AMOR
ANNA – Associazione Nutriti Artificialmente
ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico
Associazione Apnoici Italiani – APS
Associazione Comitato Macula
Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
Associazione Respiriamo Insieme APS
CARER ETS - Caregiver Familiari
Confederazione Parkinson Italia
DOMINA – Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico
FAIS – Associazioni Incontinenti e Stomizzati
Federazione Alzheimer Italia
FIDALDO – Federazione Italiana dei Datori di Lavoro Domestico
Forum Nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'Organo e di Volontariato
Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico
SOS Alzheimer

RAPPRESENTANTI DI REALTÀ CHE OFFRONO INTERVENTI E SERVIZI

AGeSPI – Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive
ANASTE – Ass. Nazionale Strutture Terza Età
ANSDIPP – Ass. dei Manager del Sociale e del Sociosanitario
ARIS – Ass. Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Assoprevenienza – Ass. Italiana per la Previdenza Complementare
Confcommercio Salute, Sanità e Cura
Consorzio MUSA – Consorzio Mutue Sanitarie
FIMIV - Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria
Legacoopsociali
Professione in Famiglia
UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
ASSIFERO – Ass. Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

Indice

<i>Premessa. Una lettura d'insieme del Decreto</i>	4
<i>La mappa delle proposte</i>	8
<i>Lo SNAA</i>	10
<i>Il sistema di monitoraggio dello SNAA</i>	14
<i>La valutazione multidimensionale unificata</i>	17
<i>I servizi domiciliari</i>	19
<i>I servizi residenziali</i>	21
<i>La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza</i>	25
<i>Le persone con disabilità divenute anziane</i>	28
<i>Le assistenti familiari</i>	29

Premessa. Una lettura d'insieme del Decreto

Questo testo contiene le proposte del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza di modifica dello schema di Decreto Legislativo in attuazione della Legge Delega 33/2023 “Politiche in favore degli anziani”, presentato dal Governo lo scorso 25 gennaio. Prima di illustrarle, però, è necessario compiere una lettura d'insieme del Decreto.

La Legge Delega 33/2023 rappresenta **la prima riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti nella storia** del nostro Paese, analogamente a quelle già realizzate in gran parte d'Europa. La ragione è la medesima: sino agli anni '80 la dimensione numerica della popolazione anziana era contenuta mentre in seguito ha conosciuto una forte crescita. Tutte le riforme, dunque, ambiscono a **ridisegnare i sistemi di welfare, ideati quando gli anziani non autosufficienti erano assai meno di oggi**, per metterli in condizione di rispondere alla loro sempre più diffusa presenza ed a bisogni di cura sempre più complessi.

Per esaminare il Decreto si guarderà ai suoi punti principali e si focalizzerà l'attenzione sui due grandi obiettivi della riforma. Uno consiste nella costruzione di un settore integrato. Si vuole superare l'attuale frammentazione delle misure pubbliche, dislocate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire, al fine di realizzare un sistema il più possibile organico e unitario. Per farlo, si opera parallelamente sul piano del sistema, introducendo lo SNAA, e su quello individuale, riformando le valutazioni della condizione di non autosufficienza.

SNAA. La Legge 33 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, 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.

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.

Valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano. Se lo SNAA – come detto - riguarda il livello di sistema, con la modificazione dei percorsi di anziani e famiglie si passa a quello dei singoli individui. Viene, infatti, **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) 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 Decreto rimanda il disegno della sua concreta realizzazione ad atti successivi ma **il lavoro per razionalizzare procedure e passaggi è ben impostato in tutti i suoi aspetti chiave.**

L'altro obiettivo della riforma risiede nella **definizione di nuovi modelli d'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. Il “cuore” consiste nella revisione degli interventi che assorbono la maggior parte delle risorse pubbliche dedicate: servizi residenziali, servizi domiciliari e indennità di accompagnamento.

Servizi domiciliari. Nel passaggio dalla Legge Delega al Decreto Attuativo viene **cancellata la prevista riforma dell'assistenza a casa**. Si sarebbe dovuto introdurre **un modello di servizi domiciliari specifico per la 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?”. L'annullamento 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 perlopiù 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 positive (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 tale condizione.**

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. La situazione, tuttavia, è interlocutoria. Il Decreto attuativo, infatti, **non contiene indicazioni sostantive e rimanda ad un successivo ulteriore Decreto.**

Indennità di accompagnamento. La Legge 33, infine, comprendeva la riforma dell'indennità, **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 nuova prestazione universale 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 (850 euro mensili). Una misura che si colloca nell'antica tradizione italiana **di non riformare ma di aggiungere qualcosa all'esistente,** lasciandolo così com'è. Inoltre, per ricevere la misura temporanea sono richiesti non solo un elevato bisogno assistenziale ma anche ridotte disponibilità economiche. Viene così introdotto il principio che si può **fruire dell'assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a trovarsi in questa condizione, si è poveri** mentre attraverso il welfare è necessario sostenere anche le classi medie.

Il Decreto stanziava 500 milioni di Euro per il biennio 2025-2026, dedicati alla sperimentazione della 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.

Ciò che conta, **prima di tutto, è la capacità di ridisegnare il welfare** affinché possa rispondere efficacemente alla diffusa presenza di anziani non autosufficienti, come detto all'inizio. Si tratta - in altre parole - della progettualità: solo se questa è solida ha senso discutere di finanziamenti.

La nota ha mostrato che, pur contenendo parti significative, il progetto per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia contenuto nel Decreto **presenta varie criticità e lacune.** Nelle prossime pagine sono presentate alcune **proposte di cambiamenti necessari per superarle.**

LA RIFORMA DOPO IL DECRETO ATTUATIVO (SINTESI)¹

Obiettivo UN SISTEMA INTEGRATO	
Sistema Nazionale Assistenza Anziani	<i>Mantenuta nella forma, cancellato nella sostanza</i>
Riforma percorsi di anziani e famiglie	<i>Ben impostata, il disegno concreto rimandato ad atti successivi</i>
Obiettivo NUOVI MODELLI D'INTERVENTO	
Riforma servizi domiciliari	<i>Cancellata</i>
Riforma servizi residenziali	<i>Il Decreto rimanda ad un successivo Decreto</i>
Riforma indennità di accompagnamento	<i>Cancellata</i>

¹ In questa tabella le proposte sono organizzate in base agli obiettivi della riforma, mentre nella tabella successiva vengono presentate seguendo la numerazione degli articoli di riferimento del Decreto.

La mappa delle proposte

Obiettivo UN SISTEMA INTEGRATO
Sistema Nazionale Assistenza Anziani (Art. 21) <i>Tornare al disegno della Legge Delega: programmazione integrata di tutti gli interventi per la non autosufficienza (politiche sanitarie, politiche sociali e i trasferimenti monetari Inps)</i>
Riforma dei percorsi di anziani e famiglie (Art. 27) <i>Mantenendosi dentro la strada ben tracciata, rafforzare ulteriormente la valutazione della condizione di non autosufficienza</i>
Sistema di monitoraggio dello SNAA (Art. 24) <i>Prevedere un sistema di monitoraggio unitario di tutti gli interventi dello SNAA, quale primo strumento necessario affinché sia governato</i>
Obiettivo NUOVI MODELLI D'INTERVENTO
Riforma servizi domiciliari (Art. 29) <i>Tornare all'obiettivo della Legge 33: una riforma per introdurre quel modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza oggi assente</i>
Riforma servizi residenziali (Art. 30, 21) <i>Ricomporre in un'unica articolazione i contenuti oggi separati fra i servizi residenziali socio-assistenziali e quelli sociosanitari</i>
Persone con disabilità divenute anziane (Art. 33) <i>Rafforzare il principio che gli anziani con disabilità pregressa possono accedere agli interventi per le persone anziane non autosufficienti senza ripetere valutazioni/accertamenti già effettuati</i>
Prestazione universale per la non autosufficienza (Art. 34, 35, 36) <i>Tornare alla prestazione universale della Legge 33: accesso in base al solo bisogno di assistenza, importo graduato, possibilità di scelta tra denaro e servizi (con incentivo per questi ultimi)</i>
Qualificazione assistenti familiari (Art. 38) <i>Introdurre un mix di specifici cambiamenti – riguardanti linee guida, attività formative e CPI – per potenziare questa linea d'intervento</i>

La tabella sopra vuole rappresentare un ponte tra la disamina del Decreto, già realizzata, e le proposte per migliorarlo, che inizieranno di seguito. Si presenta qui una visione d'insieme di queste ultime, per offrirne un quadro iniziale. A tal fine si impiega il medesimo schema – costruito intorno ai due obiettivi di fondo della riforma – utilizzato in precedenza, al quale vengono aggiunti alcuni ulteriori contenuti.

Le proposte qui presentate sono di dimensioni variabili e alcune potrebbero apparire lunghe. Per verificare che non è così bisogna fare un passo indietro. Stiamo discutendo il Decreto Legislativo in attuazione della Legge Delega 33/2023. Come noto, la Delega definisce i principi e i criteri direttivi di una norma mentre il Decreto fornisce le indicazioni puntuali per tradurla in pratica. Di conseguenza, quest'ultimo è abitualmente più dettagliato e lungo. Il Decreto in discussione, invece, è peculiare e appare, in molti passaggi, una seconda Legge Delega. Da una parte, vi è stata una sorta di riscrittura/correzione di diversi principi e criteri direttivi contenuti nella Legge 33/2023. Dall'altra, in molti punti mancano le indicazioni attuative che dovrebbero rappresentare la ragione d'essere del Decreto. Pertanto, **le proposte di maggiore lunghezza qui illustrate hanno scopo di colmare la scarsità di indicazioni operative presenti nel Decreto.**

Lo SNAA

Articolo di riferimento

Art. 21 (Definizione e articolazione multilivello del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente)

Modifiche suggerite

Sostituire i commi 2, 3 e 4 con:

“2. Funzioni del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente. Attraverso lo SNAA, le organizzazioni di cui al comma 1, esercitano le seguenti funzioni:

- a. garanzia dell’assistenza alle persone anziane non autosufficienti attraverso l’organizzazione dei relativi servizi, interventi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e assistenziali;*
- b. elaborazione del Piano per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza della popolazione anziana a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;*
- c. definizione contestuale e integrata dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), nonché degli obiettivi di tutela dell’effettivo godimento del diritto all’assistenza degli anziani non autosufficienti, su proposta del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);*
- d. definizione dell’integrazione tra le attività assistenziali dell’Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) per le persone anziane non autosufficienti e i livelli essenziali integrati di cui alla lettera c), su proposta del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)”;*

3. In ognuna delle Regioni e delle Provincie Autonome, le organizzazioni di cui al comma 1 costituiscono un Sistema regionale per la popolazione anziana non autosufficiente che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA). Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del CIPA, i Sistemi regionali per la popolazione anziana non autosufficiente esercitano le seguenti funzioni:

- a. elaborazione del Piano regionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;*
- b. definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello regionale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;*
- c. coordinamento con le attività assistenziali erogate dall’Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;*

- d. *definizione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;*
 - e. *consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello regionale”.*
4. *“In ogni ambito territoriale sociale (ATS), le organizzazioni di cui al comma 1 costituiscono un Sistema locale per la popolazione anziana non autosufficiente che opera in raccordo con il Sistema Regionale di cui al comma precedente. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), i Sistemi locali per la popolazione anziana non autosufficiente esercitano le seguenti funzioni:*
- a. *elaborazione del Piano locale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all’articolo 3;*
 - b. *definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello locale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;*
 - c. *realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall’Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello locale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;*
 - d. *realizzazione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti, in attuazione alle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;*
 - e. *consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi a livello locale.”*

Sostituire comma 6 e comma 7 con:

“6. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all’art. 3, che ricompona in un unico strumento programmatico l’assistenza sanitaria, socioassistenziale e assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti; tale strumento sostituisce il Piano per la non autosufficienza. Il Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana ha una durata di tre anni con aggiornamenti annuali e stabilisce:

- a. *gli obiettivi di servizio, le azioni, i contenuti, i tempi e le modalità per l’integrazione tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) previsti dal Dpcm 12.1.2017 ‘Nuovi LEA’ e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS);*
- b. *le modalità per il coordinamento delle attività assistenziali rivolte alla non autosufficienza di competenza dell’Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale con i processi di presa in carico e di progettazione personalizzata di tipo sanitario e sociale;*

- c. *i processi assistenziali integrati riguardanti la presa in carico globale del bisogno complesso delle persone non autosufficienti e i relativi processi di cura, assistenza e sostegno sia in ambito sociosanitario che sociale;*
- d. *si coordina, infine, con gli strumenti nazionali di programmazione in materia sanitaria o sociale di competenza.*

7. Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana è adottato previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità e non autosufficienza.

8. In attuazione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali di cui ai commi 3 e 4”.

Al termine aggiungere:

“Con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, adottato entro 180 giorni dalla entrata in vigore del presente decreto, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con il Ministro della salute, con il Ministro per le disabilità, con il Ministro dell'economia delle finanze, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

- a. *materie, compiti e funzioni dello SNAA;*
- b. *assetti dei livelli regionali e locali dello SNAA e loro interconnessione con il CIPA;*
- c. *strumenti per l'esercizio integrato delle funzioni assegnate allo SNAA lungo l'intera articolazione Stato, Regioni, Comuni”.*

Motivazione

La Legge Delega 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**, quindi quelli sociali, sanitari e l'indennità di accompagnamento. In pratica, tutti gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente l'insieme delle risorse pubbliche per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore.

L'istituzione dello SNAA rappresenta un passaggio chiave **per governare congiuntamente le tre filiere istituzionali della non autosufficienza**, oggi ben poco coordinate: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps. L'obiettivo di **ricomporre la frammentazione** viene perseguito cercando la massima organicità raggiungibile dati i vincoli del contesto italiano, cioè **senza operare modifiche nelle distinte titolarità istituzionali di sociale e sanità**. Lo SNAA è alla base dell'impianto della Delega, che fa della ricomposizione un obiettivo cruciale.

Nel Decreto, però, **lo SNAA viene stravolto**. La programmazione coinvolge ancora formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma **concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali**. Infatti:

-il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti dello SNAA, che dovrebbe riguardare l'insieme degli interventi per la non autosufficienza, viene elaborato dalla Rete della protezione sociale presso il Ministero del Welfare;

-il medesimo Piano è parte integrante, quindi sub-articolazione, del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del Welfare;

- i compiti indicati per l'attività programmatica dello SNAA riguardano solo servizi e interventi sociali. A livello nazionale vi è l'individuazione delle priorità per i LEPS sociali mentre i Piani regionali servono al monitoraggio e alla verifica del loro stato di attuazione.

L'altra criticità fondamentale riguarda il governo del sistema. L'impianto disegnato per lo SNAA dalla Legge Delega è su tre livelli: Stato, Regioni e realtà locali (Distretti e Ambiti Territoriali Sociali). L'attività principale di ognuno consiste nella programmazione integrata dell'insieme degli interventi per la non autosufficienza. Nel Decreto, invece, i livelli si riducono ai primi due perché viene **eliminata la programmazione locale**.

I cambiamenti suggeriti, dunque, sono stati elaborati al fine di **superare le criticità segnalate**. Alcune aggiunte proposte possono apparire lunghe ma non lo sono affatto, trattandosi di un Decreto e non di una Legge Delega. In altre parole, è il Decreto presentato ad essere – in questa come in altre parti – troppo scarno e non le nostre proposte ad essere di eccessivo dettaglio. Peraltro, data la complessità del tema, sarebbe di vitale importanza **prevedere anche un successivo Decreto** nel quale approfondire le questioni attuative, come qui proposto.

In breve

La Legge Delega ha introdotto lo SNAA al fine di governare congiuntamente l'insieme degli interventi per la non autosufficienza. Il Decreto lo stravolge, limitandone il campo d'azione alle sole politiche sociali e dimenticando i territori. Si propone di tornare all'impianto della Delega

Il Sistema di monitoraggio dello SNAA

Articolo di riferimento

Nessuno, è una parte al momento assente

Modifiche suggerite

Dopo Art. 23 inserire un nuovo articolo:

Art. 24

(Sistema di monitoraggio dello SNAA)

1. Si istituisce il sistema di monitoraggio dello SNAA quale strumento per la rappresentazione oggettiva e continua delle attività svolte e dei servizi resi in tale ambito. Il sistema di monitoraggio: i) considera unitariamente tutti i diversi interventi di responsabilità pubblica che rientrano nello SNAA (monetari, socio-assistenziali e sociosanitari); ii) elabora le informazioni raccolte traducendole in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte fornite dai soggetti compresi nello SNAA.

2. Il sistema di monitoraggio elabora informazioni multidimensionali per osservare gli interventi di assistenza agli anziani sotto diversi profili. Si citano (a titolo esemplificativo e non esaustivo): ampiezza dell'offerta, equità/accessibilità dei servizi (es. tempi di attesa/livelli delle partecipazioni ai costi), efficacia, esiti assistenziali, qualità e gestione del rischio clinico, intensità e durata dei percorsi, misure di qualità dell'ambiente lavorativo dei professionisti coinvolti. A tale scopo è selezionato un set di indicatori - prevalentemente di tipo quantitativo - con l'obiettivo di individuare, rispetto ai diversi interventi erogati nel perimetro dello SNAA, le informazioni rappresentative delle risposte agli specifici bisogni legati alla condizione di non autosufficienza.

3. In fase di primo avvio, le fonti informative per la costruzione degli indicatori sono costituite dal patrimonio informativo disponibile nel SIUSS e nel NSIS, ivi compresi i dati sulla VAMU e sulla prestazione universale, tenuto altresì conto delle informazioni del patrimonio statistico nazionale. Nel caso in cui dovessero insorgere ulteriori esigenze conoscitive per monitorare dimensioni chiave sulle quali non siano disponibili dati, potrà essere valutata l'implementazione della raccolta delle ulteriori informazioni necessarie.

4. Ai fini di valutare l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte locali si introduce uno strumento, denominato Griglia Fabbisogni/Risposte, deputato a confrontare il fabbisogno assistenziale degli anziani di ogni territorio in carico allo SNAA e gli interventi loro erogati. Il processo di alimentazione della Griglia si sviluppa nei seguenti passaggi:

a) Sulla base dei risultati della Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU), di cui all'art. xx del presente Decreto, è possibile stratificare la popolazione anziana che fruisce dello SNAA di ogni territorio in diversi profili di fabbisogno assistenziale. Per ogni territorio si può così rappresentare il livello di bisogno complessivo degli assistiti e la relativa distribuzione nei diversi profili.

b) Ai fine di superare le difficoltà legate alle diverse denominazioni locali degli interventi di assistenza agli anziani si procede, in accordo con le autonomie locali, alla definizione di una tassonomia condivisa degli interventi sociosanitari e sociali territoriali qualificabili come risposte alla non autosufficienza degli anziani. Questi interventi sono classificati secondo un criterio funzionale, ossia vengono suddivisi in base ai profili di fabbisogno assistenziale cui sono rivolti. Associando a ogni profilo l'insieme delle prestazioni appropriate a risponderci, si genera uno strumento di raccordo denominato Griglia Fabbisogni Risposte.

c) Attraverso la Griglia si provvede alla comparazione tra gli interventi effettivamente erogati da ogni territorio e i livelli assistenziali attesi in base all'articolazione per profili di fabbisogno della popolazione di riferimento, nel quadro del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza.

d) Un set di indicatori multidimensionali consente di raffigurare periodicamente il posizionamento di ogni Regione in merito alle dimensioni più rappresentative dell'adeguatezza e dell'appropriatezza delle risposte quale sintesi degli interventi locali integrati; con la medesima logica vengono monitorati anche quelli di responsabilità del sistema centrale. Gli esiti del predetto confronto sono sintetizzati da appositi indicatori che costituiscono un elemento chiave del monitoraggio SNAA.

5. I risultati del sistema di monitoraggio dello SNAA hanno valenza informativa e, come tali:

a) concorrono alla relazione annuale di cui all' art. 2 c. 3 lettera della L. 33/2023;

b) non modificano le procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 9 del decreto legislativo del 18 febbraio 2000 n. 56;

c) saranno diffusi dal CIPA attraverso una piattaforma dedicata.

Contribuisce al predetto monitoraggio del SNAA anche il monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) riguardanti l'assistenza agli anziani non autosufficienti, di cui all'art. 23 del presente Decreto.

Motivazione

Il Decreto non prevede un **sistema di monitoraggio unitario di tutti gli interventi che rientrano nello SNAA**. Introdurlo, tuttavia, è decisivo. Un simile sistema di monitoraggio, infatti, assicura allo Stato gli strumenti conoscitivi necessari per verificare l'andamento dello SNAA, valorizzando gli aspetti positivi e predisponendo i necessari correttivi. In mancanza di un sistema di monitoraggio dedicato, lo SNAA è condannato a risultare una scatola vuota: non è possibile governare ciò che non si conosce.

Inoltre, il nuovo sistema è progettato seguendo un approccio ragionevole e di valorizzazione dell'esistente: **non comporta, dunque, alcuna modifica delle procedure di monitoraggio in essere**. L'obiettivo, infatti, non è quello di cambiarle bensì di ricomporle nel quadro unico dello SNAA. Questo aspetto è di particolare rilievo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 9 del decreto legislativo del 18 febbraio 2000 n. 56, legato ai livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il sistema di monitoraggio dello SNAA consente, infine, di **sviluppare i confronti tra le Regioni**. Tali comparazioni, oggi molto **limitate ma potenzialmente assai utili** per il reciproco apprendimento, compiono così un deciso passo in avanti. Di particolare interesse è la Griglia Fabbisogni/Risposte, che permette di avviare anche nell'assistenza agli anziani quei percorsi di stratificazione della popolazione già presenti in sanità, passando da comparazioni tra Regioni fondate solo sull'offerta a comparazioni che partono dal fabbisogno assistenziale degli anziani.

In breve

Il Decreto non prevede un sistema di monitoraggio unitario di tutti gli interventi dello SNAA: manca così il primo strumento di governo necessario, quello della conoscenza. Il cambiamento ipotizzato lo introduce in modo ragionevole e valorizzando l'esistente: non si cambiano le procedure di monitoraggio in essere bensì le si ricompongono nel quadro unico dello SNAA

La valutazione multidimensionale unificata

Articolo di riferimento

Art. 27 (La valutazione multidimensionale unificata)

Modifiche suggerite

Art. 27, comma 7: sostituire “e basato sulle”

con “*anche tenendo conto delle*” linee guida del sistema nazionale di cui all’articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24.

Art. 27, comma 15: Eliminare il termine “anche” nel periodo “PAI condiviso con persone e famiglie anche tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell’ambito della valutazione multidimensionale unificata”. La frase diventa quindi: “*PAI condiviso con persone e famiglie tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell’ambito della valutazione multidimensionale unifica*”.

Motivazione

Come indicato all’inizio, lo sforzo compiuto sinora su questo tema rappresenta uno dei meglio riusciti della riforma. Si propongono allora due cambiamenti che, nel rispetto dell’impianto definito dal Decreto, vogliono rafforzare ulteriormente la valutazione delle condizioni dell’anziano.

Per quanto riguarda i cambiamenti suggeriti per il comma 7, si fa lì riferimento alle Linee Guida (LG) sulla Valutazione Multidimensionale (VMD) pubblicate nel 2023 sul Programma Nazionale Linee Guida. Queste sono il frutto di una revisione di alta qualità metodologica guidata da ISS, SIGOT e SIMG insieme ad un ampio panel di esperti appartenenti a tutte le principali società scientifiche. Sono quindi un sicuro riferimento scientifico.

Le LG sono però centrate sulla dimensione clinica e sull’utilizzo soprattutto ospedaliero o in ambito ambulatoriale specialistico. Non affrontano gli aspetti più propri dell’analisi delle dimensioni sociali e dell’utilizzo in altri ambiti e setting, come quelli relativi al governo dei sistemi di rete e di LTC, alla valutazione di eleggibilità a benefici di tipo economico o ai contesti a maggiore caratterizzazione territoriale. Per questi motivi, le LG producono raccomandazioni solo per i ricoveri in degenza ospedaliera o per l’utilizzo in sede ambulatoriale (cure primarie, specialistica). Non sono state prodotte o sono estremamente limitate le raccomandazioni per i setting di riabilitazione, RSA, cure palliative e cure domiciliari. Non sono state prodotte raccomandazioni per i sistemi di VMD orientati all’erogazione di benefici economici a finanziamento pubblico.

Il cambiamento suggerito, dunque, è di semplice buonsenso: permette di raccogliere tutte le indicazioni utili che le LG possono fornire senza vincolarsi ad esse anche per questioni al fuori del loro ambito di competenza.

Venendo al comma 15, per quanto indicato dalla Legge 33 e dagli articoli relativi del D.lgs, la VMU è condizione necessaria per la progettazione del PAI. I suoi risultati devono quindi essere considerati vincolanti; non si tratta quindi di una facoltà ma di una sicura indicazione normativa.

Si tratta anche di contemperare, per gli obiettivi di prevenzione delle duplicazioni e di facilitazione della vita di persone e famiglie, l'attuale situazione italiana. Nelle diverse Regioni e contesti comunali sono infatti diffusi decine di strumenti di valutazione diversi fra loro, diversi per i diversi setting (RSA, cure domiciliari, centri diurni, cure intermedie, riabilitazione) e che producono dati fra loro non confrontabili.

La formulazione proposta, apparentemente di poco conto, ha quindi la fine di inibire l'ulteriore o alternativo utilizzo a livello regionale e locale di strumenti non coerenti con la logica della ricomposizione e semplificazione, fatta salva la necessità, questa sì prevista dalla Legge 33, di raccogliere nei casi appropriati informazioni "aggiuntive" quando necessario per rispondere a bisogni specifici.

In breve

La parte del Decreto sulle valutazioni della condizione di non autosufficienza dell'anziano è solida. I cambiamenti proposti, dunque, vogliono, nel rispetto dell'impianto lì definito, rafforzare ulteriormente la valutazione delle condizioni dell'anziano.

I servizi domiciliari

Articolo di riferimento

Art. 29 (Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)

Modifiche suggerite

Art. 29: modificare il titolo in
Servizi e interventi domiciliari

Art. 29: Far anticipare l'attuale comma 1 (che diventerebbe il 2) da questo comma:

“1. La promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti, ove sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri delle persone coinvolte, rappresenta la priorità del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA). In recepimento delle raccomandazioni sull'accesso a un'assistenza a lungo termine sostenibile e di alta qualità in coerenza con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea dell'8 dicembre 2022, i servizi domiciliari sono organizzati nel rispetto dei principi di: i) unitarietà, ii) multiprofessionalità, e iii) durata ed intensità adeguate”.

Art. 29, comma 2: aggiungere alla fine del primo periodo il seguente periodo:

“La durata della presa in carico, cioè il periodo durante il quale l'anziano viene assistito, e l'intensità degli interventi dell'assistenza domiciliare, cioè il numero di visite per utente in un determinato arco di tempo, sono determinati in base ai bisogni della persona anziana non autosufficiente e a quelli del suo nucleo familiare”.

Al comma 5 aggiungere alla fine del primo periodo il seguente periodo:

“L'assistenza domiciliare sanitaria e sociale assicura, sulla base del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) attivato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, tutti gli interventi che la multidimensionalità della condizione di non autosufficienza richiede. L'assistenza domiciliare, attraverso la presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, garantisce uno o più dei seguenti interventi così come determinati nel PAI sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente:

- a. servizi sanitari (medici, specialisti, diagnostici, infermieristici, riabilitativi, psicologici);*
- b. interventi integrati di prevenzione secondaria e terziaria;*
- c. assistenza domiciliare sociale, tutelare e servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche in attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 e del comma 162 della Legge 30/12/2022, n. 234;*
- d. assegni di cura;*

- e. azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari;
- f. assistenza integrativa e protesica;
- g. telemedicina, teleriabilitazione, teleassistenza.”

Motivazione

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono logiche differenti. Il più diffuso, l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl (ricevuta dal 6,2% dei 65+ soprattutto per periodi assai brevi), offre perlopiù interventi infermieristico/medici, intesi come singole prestazioni rivolte a specifiche e circoscritte esigenze sanitarie, di solito per 2-3 mesi. L'Adi segue **la logica clinico-ospedaliera (cure)**, cioè quella di erogare prestazioni per rispondere a singole patologie. L'altro servizio, il Sad (servizio di assistenza domiciliare) dei Comuni, è residuale (1,3% dei 65+) ed è guidato dalla **logica del disagio socio-economico**. Nella maggior parte dei casi, la non autosufficienza non è il criterio di maggior peso per ricevere il Sad, spesso utilizzato per rispondere a situazioni in cui a questo stato si accompagnano anche la mancanza o la debolezza delle reti familiari e/o la presenza di risorse economiche limitate.

La Legge 33/2023 prevede l'introduzione di questo nuovo modello di domiciliarità, rivolto alla non autosufficienza. **Nel passaggio al Decreto Attuativo, tuttavia, questa previsione viene cancellata**. 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 fornita e i diversi professionisti da coinvolgere (non a caso l'Art. 29 è denominato "Misure per garantire un'offerta integrata di cure e assistenza domiciliare"). A mancare è, soprattutto, un progetto che risponda alla domanda: "di quali interventi al domicilio hanno bisogno gli anziani non autosufficienti?".

Le modifiche qui suggerite hanno l'obiettivo di integrare i contenuti già previsti affinché l'articolo **contenga i tre punti chiave del nuovo modello di assistenza domiciliare** indirizzato alla condizione di non autosufficienza. Primo, la non autosufficienza si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa. In base all'emendamento, il nuovo servizio domiciliare ne prende atto prevedendo **interventi di durata e intensità adeguate**. Secondo, la persona è una e unica e, dunque, non si possono frammentare o standardizzare a priori le risposte. Il nuovo servizio mette in campo alcuni dispositivi per assicurare l'azione unitaria di Comuni e Asl (questo è l'unico aspetto dei tre già presente nel Decreto). Terzo, la non autosufficienza è una condizione multidimensionale, che coinvolge molteplici aspetti dell'esistenza. In base all'emendamento, pertanto, il nuovo servizio prevede la possibilità di ricevere **una pluralità di tipologie di servizi e interventi**, da definire in base ad ogni specifica situazione.

In breve

La Legge Delega prevedeva l'introduzione di quel servizio domiciliare pubblico rivolto agli anziani non autosufficienti sinora assente ma il successivo Decreto l'ha eliminata. Si vogliono recuperare i contenuti necessari affinché la riforma della domiciliarità possa essere realizzata

I servizi residenziali

Articoli di riferimento

Art. 30 (Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali) e Art. 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)

Modifiche suggerite

I due articoli vengono unificati nell'articolo proposto di seguito:

Art. 30

(Servizi residenziali e semiresidenziali)

“1. Gli ATS e le aziende sanitarie locali, allo scopo di garantire il diritto di salute e contrastare l'isolamento sociale e la tutela dei processi di degenerazione delle condizioni delle persone anziane a ridotta o assente autonomia, provvedono ad offrire, secondo le previsioni della programmazione integrata regionale e locale, servizi di tipo residenziale e semiresidenziale che garantiscano le risposte ai bisogni della persona, la continuità delle condizioni di vita e la tutela delle abitudini relazionali di tipo familiare.

2. I servizi residenziali sono offerti presso strutture in possesso di requisiti operativi e di sicurezza coerenti con la normativa di autorizzazione e accreditamento istituzionale di cui al comma 10, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze. Garantiscono, con idonee soluzioni organizzative, costruttive e architettoniche, la tutela della qualità della vita e delle relazioni, attraverso ambienti amichevoli, familiari e sicuri, rispettosi della riservatezza e del decoro, funzionali al livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali. Garantiscono inoltre il diritto alla continuità delle cure, l'integrazione con i servizi del territorio e il mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali.

3. I servizi semiresidenziali sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione e sono rivolti a persone anziane a diverso livello di autonomia. Rispondono ai bisogni delle persone, favoriscono la socializzazione e le relazioni interpersonali e contrastano l'isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo. In funzione delle specifiche esigenze degli utenti anziani, garantiscono la qualità di vita e delle relazioni sociali e la tutela della salute, attraverso soluzioni organizzative, costruttive e architettoniche che tengono conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali. Dispongono di ambienti amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, e sono integrati con le reti sociali e di servizio del territorio di riferimento.

4. Nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, nei casi in cui l'art. 27 prevede la valutazione multidimensionale unificata, l'attivazione dei servizi e gli obiettivi del piano di cura seguono le indicazioni del PAI, anche in applicazione di quanto previsto dal decreto 12 gennaio 2017

e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e tenuto conto della necessità di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della persona assistita e alla sua qualità di vita.

5. Il SSN garantisce alle persone anziane non autosufficienti i trattamenti che richiedono tutela sanitaria, lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, riorientamento in ambiente protesico secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

6. Il SSN garantisce alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi e di mantenimento, previa valutazione multidimensionale unificata e stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI), che definisce obiettivi, modalità e durata dei trattamenti, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

7. Il PAI e il PRI sono redatti con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale della persona anziana e della sua famiglia.

8. Le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, nei casi in cui sia previsto un accordo contrattuale con il SSN, assicurano anche processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con i servizi sociali, tramite il progressivo potenziamento delle rispettive azioni nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi dell'articolo 8 della legge 23 marzo 2023, n. 33.

8.9. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento, anche tenendo conto del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale, e possono garantire anche soluzioni di tipo abitativo e semiresidenziale, nonché di cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri residenziali multiservizi (CRM). Ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrata nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate, garantendo il raccordo con le Case della comunità operanti nel territorio di riferimento.

10. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei al 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, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari, anche in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinqies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992. Nell'ambito dei suddetti criteri è dato valore, in particolare:

a) all'attitudine della struttura a favorire la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte, rispetto alla comunità in cui la struttura stessa è inserita;

b) alla congruità, rispetto al numero di persone accolte nella struttura, del personale cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81;

c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale CRM;

d) alla dotazione da parte della struttura di soluzioni tecnologiche finalizzate a garantire la sicurezza del lavoro di cura e delle persone accolte, anche tramite l'implementazione graduale di sistemi di videosorveglianza nei limiti di quanto previsto dalla normativa del lavoro e dal diritto alla riservatezza della persone e della copertura finanziaria a legislazione vigente, nonché di soluzioni di tecnologia assistenziale volte a favorire l'erogazione di prestazioni sanitarie di telemedicina, televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, secondo le vigenti indicazioni di livello nazionale e in coerenza con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118”.

Motivazione

La Legge 23 marzo 2023, n. 33 adotta una visione di ricomposizione delle frammentazioni del sistema di cura e delle separazioni fra risposte sociali, sociosanitarie e sanitarie. In particolare, relativamente ai servizi residenziali e semiresidenziali, l'art. 4 della Legge 33 fa riferimento ad un'unica tipologia di risposte, senza prevedere alcuna separazione fra servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Gli emendamenti hanno quindi l'obiettivo di **ricomporre in un'unica articolazione i contenuti oggi separati fra art. 30 (servizi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali) e art. 31 (servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari).**

La proposta di emendamento riunisce i due articoli in un'unica stesura, modificando di conseguenza le numerazioni e tutti gli elementi che favoriscano un'implementazione separata dei due sottosistemi di offerta, rimandando ad eventuali provvedimenti successivi la soluzione di problemi contingenti, ad es. della normativa di autorizzazione o accreditamento o dei sistemi di tariffazione. Di base, si ritiene che le soluzioni di tipo organizzativo, costruttivo e gestionale debbano essere comuni ai due precedenti ambiti, dovendo rispondere primariamente ai bisogni e all'unicità delle persone.

Venendo ai contenuti specifici dell'articolo proposto, la riunificazione dei due articoli ha portato a rimuovere tutti i riferimenti separati agli ambiti socio-assistenziale e socio-sanitario. Il comma 1 riprende il comma 1 del precedente art. 30. Integra il concetto che questi servizi devono tutelare anche il diritto alla salute oltre al contrasto all'isolamento sociale e alla tutela dei processi di degenerazione delle condizioni delle persone anziane. Viene eliminata la frase “*anche non autosufficienti*” e sostituita con quella “*delle persone anziane a ridotta o assente autonomia*”, essendo il Titolo II del decreto attuativo specifico per la tutela di questa condizione dell'età anziana. Viene eliminata la definizione “*e diurno*”, essendo naturalmente compresa nella normativa vigente e nella terminologia istituzionale nell'ambito dei servizi semi-residenziali. Viene aggiunta la frase “*che garantiscano le risposte ai bisogni della persona, la continuità delle condizioni di vita e la tutela delle abitudini relazionali di tipo familiare*”, dovendo questi servizi rispondere ai bisogni globali della persona pertinenti al Titolo II del d.lgs., senza disattendere la continuità delle relazioni e la tutela delle abitudini relazionali di tipo familiare.

Il comma 2 descrive i servizi residenziali, eliminando i riferimenti alla separazione fra strutture sanitarie e non sanitarie. La definizione dei criteri di accreditamento comuni è rinviata al decreto di cui al successivo art. 10. Integra concetti e indicazioni omogenee già collocate in precedenza sia nell'art. 30 che nell'art. 31, quindi unificate anche per chiarezza di esposizione e logicità delle sequenze.

Il comma 3 descrive i servizi semiresidenziali, anche in questo caso eliminando le separazioni fra offerta socioassistenziale e sociosanitaria oltre al riferimento pleonastico al concetto di diurno. Come per il Comma 2 sono introdotti i concetti di risposta anche ai *“bisogni delle persone”*, a *“diverso livello di autonomia”* (coerenza con il Titolo II). Anche in questo caso sono richiamati concetti già presenti sia nell'articolo 30 che nel 31, che vengono unificati.

Il comma 4 dell'art. 30 viene eliminato. Trattandosi di servizi ex dpcm 12 gennaio 2017 (LEA) non contemplati dalla Legge 30 dicembre 2021, n. 234, non appare congruente il riferimento alla Legge 328, le cui tutele sono in ogni caso garantite da altri interventi di supporto alle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali e da altre indicazioni previste dal dl.lgs attuativo.

Il comma 4 (nuova numerazione) fa riferimento al ruolo della VMU come indicato nell'art. 27. La VMU è indicata per alcuni sottogruppi di popolazione anziana con maggiori bisogni (commi 1 e 2). Nelle situazioni definite dal comma 2 dell'art. 27 in cui è prevista la VMU, si definisce con maggiore completezza che la VMU guida *“l’attivazione dei servizi”* e che *“gli obiettivi del piano di cura seguono le indicazioni del PAI, anche in applicazione di quanto previsto dal decreto 12 gennaio 2017 e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77”*

Il comma 8 della precedente numerazione è stato eliminato perché il testo è stato già integrato nelle indicazioni dei commi 2 e 3 della nuova numerazione

Il comma 8 di nuova numerazione sottolinea il fatto che tutte le strutture e servizi residenziali e semiresidenziali *“nei casi in cui sia previsto un accordo contrattuale con il SSN”* (ex. dpcm 12 gennaio 2017), assicurano quanto previsto dai LEA, in assenza attuale di indicazioni LEPS ex Legge 30 dicembre 2021, n. 234. In coerenza con le indicazioni di ricomposizione e di integrazione dell'offerta prevista dalla Legge 23 marzo 2023, n. 33, viene mantenuto il principio per cui queste strutture e servizi garantiscono *“processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con i servizi sociali, tramite il progressivo potenziamento delle rispettive azioni nell’ambito delle risorse disponibili ai sensi dell’articolo 8 della legge 23 marzo 2023, n. 33”*

Nel comma 9 di nuova numerazione, avendo questi servizi come principale riferimento normativo il dpcm 12 gennaio 2017, si richiama il principio per cui i requisiti di accreditamento di cui al successivo comma 10 sono formulati *“anche tenendo conto del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*. Viene mantenuta la possibilità per le strutture di essere articolate come Centri residenziali multiservizi (CRM). In questa tipologia (CRM), viene inclusa la possibilità di *“garantire anche soluzioni di tipo abitativo e semiresidenziale”*, oltre a quelle residenziali a diverso livello di intensità assistenziale e di cure domiciliari già previste. Si tratta di una applicazione già diffusa nelle buone pratiche internazionali e di molte Regioni italiane.

La Prestazione Universale per la Non Autosufficienza

Articoli di riferimento

Art. 34 (Prestazione universale), Art. 35 (Beneficiari e opzione) e Art. 36 (Oggetto del beneficio)

Modifiche suggerite

Art. 34: sostituire i commi 2 e 3 con:

2. “All’individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani di cui all’art 35 comma 1, provvede lo strumento della valutazione multidimensionale unificata di cui all’Art. 27, comma 7”

Art. 34: comma 5, riga 5: dopo “presente decreto” aggiungere:

“gli importi”

Art. 35: comma 1, eliminare:

“c) un valore dell’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (Isee) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, ai sensi dell’articolo 6 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n.159, in corso di validità, non superiore ad Euro 6000”

Art. 36: comma 2, sostituire le prime 6 righe con

La prestazione universale, esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento, è erogata su base mensile e può essere fruita, a scelta del percettore, come

- un trasferimento monetario incondizionato (opzione contributo economico);*
- il ricorso a servizi alla persona, remunerando (opzione servizi alla persona)*

Dopo remunerando si continua di seguito a partire da “il costo del lavoro di cura e assistenza”

Art. 36: dopo comma 2 aggiungere un nuovo comma 3:

“3. Per quanto riguarda l’importo:

- L’ammontare della prestazione universale non può essere inferiore a quello dell’indennità di accompagnamento*
- Sia nell’opzione contributo economico che in quella dei servizi alla persona, la prestazione prevede una graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale, misurato attraverso lo strumento di valutazione di cui all’art 27, comma 1*
- L’importo mensile dell’opzione servizi alla persona è maggiorato rispetto a quello dell’opzione contributo economico*
- L’opzione servizi comporta che l’intera somma della prestazione sia usata per accedere a servizi alla persona.”*

Motivazione

Nella Legge Delega, l'**indennità di accompagnamento erogata alla popolazione anziana viene riformata** tramite l'istituzione della prestazione universale². Questi i tratti essenziali della prestazione: i) la possibilità di riceverla continua a discendere **esclusivamente dal bisogno di assistenza**, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente; ii) l'ammontare è **graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale**, affinché chi ha maggiori necessità possa ricevere cifre più elevate. L'importo minimo garantito è quello dell'indennità di accompagnamento (531 Euro mensili); iii) i beneficiari **possono scegliere tra due opzioni: a) un contributo economico** senza vincoli d'uso, come oggi; **b) la fruizione di servizi alla persona** (svolti da organizzazioni del terzo settore o da assistenti familiari regolarmente assunte). L'alternativa **b) comporta una maggiorazione dell'importo**. La revisione prevista dalla Legge 33 segue le direzioni condivise a livello nazionale: i) universalismo nell'accesso; ii) equità (chi sta peggio riceve di più); iii) libertà di scelta tra denaro e servizi alla persona; iv) promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi).

Nel Decreto, invece, la **prestazione viene stravolta**. Diventa una **misura sperimentale per il biennio 2025-2026** composta di due parti: **indennità di accompagnamento (531 Euro mensili), che rimane invariata, più assegno di assistenza (850 euro mensili)**, quest'ultimo da utilizzare per retribuire badanti regolari o fruire di servizi di terzo settore accreditati, per un totale di euro 1381 mensili. Lo stanziamento è 250 milioni di Euro nel 2025 e 250 nel 2026 (risorse temporanee).

La "nuova prestazione" non applica nessuno degli obiettivi che la Delega attribuisce alla misura: i) **no universalismo**: per riceverla non basta la condizione di non autosufficienza ma ci vuole anche un Isee sotto 6000 Euro; ii) **no maggiore equità**: l'importo è lo stesso per tutti; iii) **no libertà di scelta**, tutti ricevono il medesimo pacchetto; di conseguenza iv) **no promozione appropriatezza**: no importo maggiorato per chi sceglie servizi alla persona.

I percettori della prestazione saranno non più di **29.400 anziani mentre quelli dell'indennità ammontano a 1,4 milioni** di anziani 65+ (di cui un milione 80 e +). Riceverà la prestazione, dunque, solo il 2,1% dei beneficiari dell'indennità. Dunque, la prestazione 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.

Bisogna però interrogarsi **sulla reale possibilità di estendere questo modello al termine della sperimentazione**. Sembra un'**ipotesi complicata** per tre ragioni. Primo, significherebbe **rinunciare a tutti gli aspetti positivi della prestazione** prevista nella Delega (universalismo/più equità/libertà di scelta/promozione dell'appropriatezza). Secondo, si riproporrebbe l'antica tradizione italiana **di non riformare ma di limitarsi ad aggiungere qualcosa all'esistente** (in questo caso l'indennità con i suoi limiti di sempre), lasciandolo così com'è, intatto, e stratificando il nuovo sopra il vecchio.

² Rimane, per chi lo desidera, la possibilità di ricevere l'indennità di accompagnamento.

Terzo, per aggiungere 850 euro mensili a tutti gli attuali utenti anziani dell'indennità servirebbero 14,3 miliardi annui (**10,2 miliardi restringendo ai soli 80 e più**).

Venendo alla proposta di cambiamento avanzata, questa è semplice: **mantenere la sperimentazione 2025-2026 recuperando nel suo impianto i tratti della prestazione presenti nella Delega**. Dunque: togliere la soglia Isee così da avere universalità nell'accesso, graduare l'importo secondo il bisogno assistenziale, prevedere la libertà di scelta tra denaro e servizi con importo maggiorato per i secondi. La sperimentazione comincerà nel gennaio 2025 e, dunque, il tempo per modificarne il profilo – qualora la si ritenesse una buona idea – non manca.

In breve

Recuperare nella sperimentazione 2025-26 i tratti della prestazione presenti nella Delega: i) universalismo nell'accesso; ii) equità nell'importo (chi sta peggio riceve di più); iii) libertà di scelta tra denaro e servizi; iv) promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi).

Le persone con disabilità divenute anziane

Articolo di riferimento

Art. 33 (Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità)

Modifiche suggerite

Art. 33 comma 3: dopo le parole: "...possono, su richiesta, ..." inserire:

"senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale".

Motivazione

L'art. 4 comma 2 lett. s) della Legge Delega in materia di politiche in favore delle persone anziane del 23.03.2023 n.33 dispone che **nel caso in cui la persona con disabilità pregressa intenda accedere "...agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti..."** ciò debba essere possibile **"...senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale..."**.

Tale principio, unitamente al principio di continuità correttamente ripreso nello schema di D.Lgs approvato, non risulta chiaramente ed espressamente rispettato e ripreso nel provvedimento in esame. Anche le previsioni descritte all'art. 28 comma 3 e 4 del medesimo schema di D.Lgs **non paiono immediatamente e chiaramente rispettose del criterio direttivo** contenuto in Legge Delega, motivo per cui se ne chiede la ripetizione.

In breve

La Delega indica che gli adulti con disabilità divenuti anziani possono accedere agli interventi per le persone anziane non autosufficienti senza ripetere valutazioni/accertamenti già effettuati. Il principio non pare chiaramente rispettato nel Decreto: pertanto viene proposto questa modifica

Le assistenti familiari

Articolo di riferimento

Art. 38 (Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti)

Modifiche suggerite

Art 38, comma 1, riga 10: sostituire “alle quali le regioni possono fare riferimento” con
“alle quali le regioni faranno riferimento”

Art. 38, comma 1, righe 13 e seguenti: sostituire “Nelle linee guida, tenuto conto della contrattazione collettiva nazionale di settore, sono individuate e definite le competenze degli assistenti familiari e i riferimenti per l'individuazione e la validazione delle competenze pregresse” con
“Nelle linee guida, tenuto conto della contrattazione collettiva nazionale di settore, sono individuate e definite le competenze degli assistenti familiari e i riferimenti per l'individuazione e la validazione delle competenze pregresse. Esse potranno prevedere la definizione di: a) standard formativi minimi e competenze minime per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza a persone anziane a domicilio e b) l'integrazione con standard formativi avanzati. Esse indicheranno altresì riferimenti univoci per l'individuazione, la validazione e la certificazione delle competenze pregresse comunque acquisite”.

Art. 38, comma 3, riga 7 e seguenti: sostituire “sottoscrivono, altresì, appositi accordi di collaborazione interistituzionale tra centri per l'impiego (CPI) e ATS, con la finalità di favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari” con
“sottoscrivono, altresì, appositi accordi di collaborazione con gli ATS, con la finalità di favorire l'utilizzo del registro regionale ad un livello locale, anche in collaborazione con i centri per l'impiego (CPI), ai fini dell'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari”.

Motivazione

Per quanto riguarda il comma 1, riga 10, fermo il riconoscimento dell'autonomia regionale in materia di assistenza sociale, si propone di modificare il testo (“possono riferirsi”) nella parte in cui sembra affievolire il valore delle linee-guida e si utilizza il tempo presente. L'espressione “possono fare riferimento” sembra **depotenziare il valore delle linee guida, che con questa espressione potrebbero venire disattese senza alcuna conseguenza**. Si propone di semplificare in “alle quali le regioni faranno riferimento”.

Venendo a comma 1, righe 13 e seguenti, è auspicabile che **le linee guida**, seguendo il dettato della legge delega, vengano **articolate su due livelli**: a) **la definizione di standard formativi minimi** e competenze minime per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza a persone anziane a domicilio; b) **l'eventuale integrazione con standard formativi avanzati**, e rispettive competenze, secondo la logica di un percorso formativo costruito per moduli e aperto, con la possibilità di aggiungere competenze nel tempo. L'approccio è quello europeo dei “*learning outcomes*”, ovvero della definizione di “risultati di apprendimento” che si possono raggiungere progressivamente nel tempo e mediante diversi tipi di standard di verifica. La differenziazione degli iter sia in base alle abilità già possedute, sia in base a “specializzazioni” diverse, è fondamentale ad esempio in merito a specifiche problematiche assistenziali complesse, quali le demenze e le malattie neurodegenerative.

Inoltre, la necessità di “riferimenti univoci per l'individuazione, la validazione e la certificazione delle competenze pregresse” è espressa nella legge 33/2023 (articolo 5, comma 2, lettera b). Molte assistenti familiari, infatti, fanno questo lavoro da molti anni e va preso in considerazione il fatto di validare le competenze acquisite sul campo. Occorre prevedere la possibilità di riconoscere le competenze pregresse, acquisite sul campo, anche al di fuori dei percorsi formativi riconosciuti o comunque attraverso percorsi formativi “rimodulati”, sulla scorta della normativa nazionale vigente (d. lgs 13/2013) in tema di Individuazione, Valorizzazione e Certificazione delle competenze (IVC), in coerenza con le direttive europee.

Infine, rispetto al comma 3, riga 7 è cruciale che vi sia una collaborazione tra le Regioni, con i rispettivi registri delle assistenti familiari, e gli ATS che concretamente possono gestire la loro articolazione territoriale e facilitare l'incontro tra domanda e offerta di assistenza. **I centri per l'impiego**, in larga maggioranza, non esercitano funzioni nel settore del lavoro privato di cura, un settore per loro ampiamente estraneo e su cui non risultano avere competenze significative. **Il loro coinvolgimento può rimanere una possibilità, ma non può diventare un obbligo**, pena il rischio di un'organizzazione disfunzionale nel raccordo tra domanda e offerta di assistenza.

In breve

I cambiamenti proposti toccano temi diversi, con il comune obiettivo di rafforzare l'impianto dell'articolo 38. Riguardano la funzione delle linee guida, l'articolazione delle attività formative e il ruolo dei CPI