



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

**LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI:
A CHE PUNTO SIAMO?**

Una guida per orientarsi

Maggio 2023

Indice

IL PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA	1
PRESENTAZIONE	3
1. IL PERCORSO VERSO LA RIFORMA	4
1.1 Ventisei anni di attesa.....	4
1.2 Le tappe del percorso	6
1.3 Il cammino della riforma	7
2. INTRODUZIONE ALLA LEGGE DELEGA	9
2.1 Il perimetro della riforma.....	9
2.2 Gli obiettivi della riforma	9
2.3.Come leggere la Legge Delega	11
3. LA GOVERNANCE E LA REGOLAZIONE	13
3.1 Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)	13
3.2 Le valutazioni della condizione dell'anziano.....	16
3.3 L'integrazione tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali (ATS).....	18
3.4 I livelli essenziali delle prestazioni	20
3.5 Il monitoraggio.....	22
4. I SERVIZI E GLI INTERVENTI	24
4.1 I servizi domiciliari	24
4.2 I servizi residenziali	26
4.3 La prestazione universale per la non autosufficienza	28
4.4 Le assistenti familiari	30
4.5 Le Cure Palliative.....	32
4.6 Gli adulti con disabilità che invecchiano	34
5. IL FINANZIAMENTO	36
5.1 Cosa (non) c'è nella Delega.....	36
5.2 La parola alla politica	37
5.3 Una strategia d'insieme per il finanziamento.....	38
6. LO STATO E I TERRITORI	39
6.1 Più Stato e più territori	39
7. UN GIUDIZIO D'INSIEME	41
7.1 Tiriamo le fila.....	41
7.2 I rischi da fronteggiare.....	45
8. IL CONTRIBUTO DEL PATTO	46
8.1 L'introduzione della riforma nel PNRR.....	46
8.2 L'elaborazione della Legge Delega	46
9. GUARDANDO AVANTI	48

IL PATTO PER UN NUOVO WELFARE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Patto raggruppa 58 organizzazioni¹, 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 – per la prima volta - ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

RAPPRESENTANTI DELLE PERSONE COINVOLTE E DEI FAMILIARI

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

ORGANIZZAZIONI DI CITTADINANZA SOCIALE

- ACLI – Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani
- Associazione APRIRE
- Associazione Prima la Comunità
- Caritas Italiana
- Cittadinanzattiva
- Diaconia Valdese
- Federcentri APS ETS
- Forum Disuguaglianze Diversità
- Forum Nazionale del Terzo Settore
- La Bottega del Possibile APS
- Movimento per l'Invecchiamento Attivo, Diritti Sociali e Sanitari
- Network Non Autosufficienza (NNA)
- Percorsi di Secondo Welfare

SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ORDINI PROFESSIONALI

- AIP – Associazione Italiana Psicogeriatra
- CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti
- CNOAS – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
- FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
- SIGG – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
- SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
- SIMFER – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

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

RAPPRESENTANTI DEI PENSIONATI

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

RAPPRESENTANTI DI SOGGETTI CHE FORNISCONO INTERVENTI

- AGeSPI – Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive
- ANASTE – Associazione Nazionale Strutture Terza Età
- ARIS – Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
- Assoprevidenza – Associazione Italiana per la Previdenza Complementare
- Consorzio MU.SA. – Consorzio Mutue Sanitarie
- FIMIV - Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria
- Legacoopsociali
- Professione in Famiglia
- UNEBA – Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
- ASSIFERO – Associazione Italiana delle Fondazioni ed Enti Filantropici

La struttura del Patto

Il Comitato di Coordinamento si occupa della gestione delle attività del Patto. Lo compongono Stefania Bastianello, Valentina Condò, Stefano Cecconi, Paolo Da Col, Cristiano Gori, Annalisa Mandorino, Salvatore Rao. La responsabilità delle relazioni istituzionali è di Cittadinanzattiva. L'Assemblea è composta dai rappresentanti di tutte le organizzazioni aderenti e definisce la strategia del Patto. La Cabina di Regia coordina il lavoro di elaborazione di proposte per la riforma. Ne fanno parte Sara Barsanti, Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Paolo Da Col, Valeria De Tommaso, Fabrizio Giunco, Cristiano Gori, Giovanni Lamura, Loredana Ligabue, Franca Maino, Daniele Massa, Milena Vainieri, Sergio Pasquinelli, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi, Francesca Pozzoli e Costanzo Ranci. La responsabile dell'organizzazione del lavoro del Patto è Michela Biolzi. Il coordinatore, e ideatore, del Patto è Cristiano Gori, che ha curato la redazione della guida. Hanno collaborato alla sua stesura Stefania Bastianello, Paolo Da Col e Rosemarie Tidoli. Il Patto è sostenuto dalla Fondazione Cenci Galligani.

PRESENTAZIONE

La Legge 33 del 23 marzo 2023 delega il Governo ad adottare – entro il gennaio 2024 – i Decreti Legislativi riguardanti la riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti, sulla base dei principi e dei criteri direttivi indicati. Si tratta, dunque, della Legge Delega che delinea l’impianto complessivo della riforma, la cui traduzione in indicazioni puntuali sarà oggetto dei successivi Decreti. Nella storia del nostro Paese, questa è la prima riforma del settore ed è attesa dalla fine degli anni ‘90, quando si cominciò a discuterne in sede tecnica e in politica. Il connubio tra invecchiamento della popolazione e ritardi delle politiche di welfare fa della riforma un’occasione che l’Italia non può sprecare. Per favorire la conoscenza della Legge Delega e il dibattito in merito, il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza ha deciso di preparare questa guida. Il testo intende presentare i contenuti della Legge e discuterli criticamente, cercando di farlo nel modo più chiaro possibile.

La guida è organizzata nel modo seguente. Inizialmente si contestualizza la riforma nell’ambito del percorso che ha portato a introdurla (cap. 1) e si presenta il quadro d’insieme della Legge Delega (cap. 2). I suoi contenuti vengono successivamente affrontati suddividendoli nelle principali aree tematiche: governance e regolazione, servizi e interventi, finanziamento e rapporti tra Stato e territori (cap. 3-6). In base agli elementi emersi, è poi espresso un giudizio complessivo sulla Legge Delega (cap. 7). Infine, viene illustrato il contributo del Patto alla sua realizzazione (cap. 8) e si getta lo sguardo verso il futuro (cap. 9).

1. IL PERCORSO VERSO LA RIFORMA

1.1 Ventisei anni di attesa

A partire dalla fine del secolo scorso, nella società e nella politica italiana è cresciuta la consapevolezza della necessità di rivedere il sistema di *welfare* per renderlo più adeguato all'impeetuoso aumento degli anziani non autosufficienti, alle loro esigenze e a quelle dei familiari. Da allora in poi, numerose proposte sono state avanzate da più parti. La prima risale al 1997 e fu presentata dalla Commissione Onofri, nominata dal Governo Prodi. Con il successivo Governo Berlusconi, nel 2003, la Commissione presieduta dai Ministri Sirchia e Maroni elaborò, a sua volta, una propria proposta. Durante il Governo Prodi II il Ministro della Solidarietà Sociale Ferrero presentò, nel 2007, un Disegno di Legge Delega sulla non autosufficienza. Infine, nel 2009 il Ministro Sacconi preparò un "libro bianco" di proposte (Governo Berlusconi) e nel 2012 il Sottosegretario Guerra predispose la Bozza di Decreto Legge "Programma Nazionale per la non autosufficienza". Nessuno di questi atti ebbe conseguenze concrete. Nel corso degli anni, svariate proposte sono state presentate anche da parlamentari o commissioni parlamentari, con il medesimo esito.

Nel tempo, sforzi elaborativi in direzione di una riforma sono stati compiuti pure da vari gruppi di ricerca, come CAPP, IRS e NNA. Tra i soggetti sociali va menzionata la proposta di legge d'iniziativa popolare del 2005 ad opera di CGIL-CISL-UIL pensionati, poi ripresentata nel 2018 con un nuovo documento unitario. Complessivamente, sono diciassette le principali proposte di riforma nazionale avanzate a partire dalla fine degli anni '90 da attori politici, sociali o da esperti, considerando solo quelle che comprendono l'insieme degli interventi per la non autosufficienza e non le elaborazioni relative a singoli settori d'intervento (tabella 1). **Tra la prima proposta (1997) e l'approvazione della Legge Delega da parte del Parlamento (2023) sono trascorsi 26 anni.**

Tabella 1 – Le principali proposte di riforma

Anno	Soggetto	Proposta
1997	Commissione Onofri	Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti
2002	Hanau	Fondo per la non autosufficienza
2002	Commissione Sirchia-Maroni	Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento delle non autosufficienze
2003	Commissione Affari Sociali della Camera (Zanotti)	Proposta di legge: “Fondo nazionale per il sostegno delle persone non autosufficienti”
2004	CAPP, CER, Servizi Nuovi	Livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti (Lesna)
2005	CGIL-CISL-UIL Pensionati	Proposta di legge di iniziativa popolare: “Piano di interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale”
2006	Castellani et alii	Proposta di Legge: “Fondo nazionale di solidarietà”
2006	Gruppo per la riforma dell’assistenza continuativa	Riforma dell’assistenza ai non autosufficienti
2007	Governo Prodi, Ministro Ferrero	Disegno di Legge Delega sulla non autosufficienza
2009	Ministro Sacconi	Libro bianco “La vita buona nella società attiva”
2012	NNA	Fondo per il futuro della non autosufficienza
2012	Sottosegretario Guerra	Bozza di Decreto Legge: “Programma nazionale per la non autosufficienza”
2012/3	Fioroni	Proposta di legge: “Fondo per la non autosufficienza”
2013	Grassi et alii	Proposta di legge: “Istituzione di un sistema di protezione e cura per le persone non autosufficienti”
2011/3/6	ARS – Associazione per la Ricerca Sociale (in collaborazione con CAPP e IRS)	Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza
2017	FNP-CISL	Proposta di legge: “Livelli essenziali per la protezione delle persone non autosufficienti”
2018	CGIL- CISL-UIL Pensionati	Proposta nazionale unitaria sulla non autosufficienza, integrazione della proposta avanzata nel 2005

1.2 Le tappe del percorso

Il lungo periodo di attesa della riforma sopra richiamato può essere suddiviso nelle tre fasi sintetizzate nella tabella 2.

Tabella 2 – Le fasi del percorso

Periodo	Tratti distintivi
Prima fase (1997- 2007)	Condizioni per la riforma, no riforma (prima “finestra di opportunità”)
Seconda fase (2008 – 2020)	Disattenzione
Terza fase (2021-2023)	Condizioni per la riforma, sì riforma (seconda “finestra di opportunità”)

Durante la prima fase, tra la conclusione degli anni ‘90 e il 2008, ha avuto luogo una vasta discussione ed è stata avanzata la maggior parte delle proposte². Tuttavia, la stagione che in numerosi Paesi simili al nostro ha visto l’introduzione di robuste riforme nazionali (tabella 3), in Italia non ha portato a un analogo risultato. Si è chiusa quindi senza esito quella che gli scienziati politici chiamano una “finestra di opportunità”: un periodo temporalmente limitato nel quale si vengono a creare le condizioni per modificare assetti consolidati – in questo caso nelle politiche nazionali di protezione sociale – a patto che vi siano uno o più attori politici capaci di sfruttarle.

Tabella 3 - Riforme nazionali dell’assistenza agli anziani non autosufficienti

Paese	Anno di introduzione
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2002
Spagna	2006
Italia	2023

La seconda fase si estende dall’inizio della lunga crisi economica, cominciata nel 2008, sino all’insorgere della pandemia Covid-19. In questi anni, l’interesse riformatore dello Stato in materia di *welfare* si è spostato verso altri temi, anch’essi tradizionalmente poco considerati, chiamati direttamente in causa dal nuovo panorama sociale: la povertà e la disoccupazione. Tale attenzione è sfociata in un sostanzioso pacchetto di riforme: un notevole rafforzamento degli ammortizzatori sociali con l’introduzione dell’Aspi prima (Governo Monti, 2012) e della Naspi poi (Governo Renzi, 2014)

² La riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti è stata spesso discussa congiuntamente a quella delle politiche rivolte a giovani e adulti con disabilità. Qui ci si riferisce esclusivamente alla prima.

- e l'adozione di una misura nazionale di contrasto alla povertà, il Reddito d'Inclusione (Governo Gentiloni, 2017), successivamente sostituito dal Reddito di Cittadinanza (Governo Conte I, 2019). In questo periodo l'interesse politico e mediatico nei confronti della non autosufficienza è stato minimo. **L'irrompere del Covid-19 ha mutato lo scenario. Qui comincia la terza fase, quella attuale.** In questo periodo, dal 2020 in poi, la condizione degli anziani non autosufficienti ha riscosso, nei media e nella società, un'attenzione senza precedenti nella storia italiana. Essi, infatti, si sono drammaticamente trovati al centro della scena da numerosi punti di vista: come vittime della pandemia, come ospiti di strutture residenziali in difficoltà nel proteggerli dal contagio, come mancati utenti dei pochi servizi domiciliari disponibili e altro ancora. Dunque, la tragedia del Covid-19 ha recato con sé l'accresciuto rilievo sociale e mediatico della non autosufficienza, creando un contesto favorevole all'introduzione della riforma. Nella dinamica storica del *welfare* italiano si è, in altre parole, aperta una seconda "finestra di opportunità". A differenza della prima, questa volta la riforma è stata introdotta. Solo nei prossimi mesi, tuttavia, sarà possibile capire quale impatto potrà effettivamente avere sulla vita di anziani e famiglie. Il Governo, infatti, sarà chiamato ad affrontare la parte più difficile, indispensabile al raggiungimento dell'esito sperato: lavorare alla traduzione della Legge Delega in indicazioni puntuali, i Decreti Delegati, e stanziare le risorse economiche necessarie.

1.3 Il cammino della riforma

Il cammino della riforma sulla non autosufficienza è articolato in diverse tappe (figura 1), dal suo inserimento nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'aprile 2021, sino all'approvazione della Legge Delega da parte del Parlamento, nel marzo 2023 e ai prossimi passi in calendario, decisivi per la sua attuazione.

Figura 1 – Il cammino della riforma 2021-2024



La riforma nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Aprile 2021)

Nonostante il nuovo clima di attenzione verso la questione della non autosufficienza, la prima versione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentata dal Governo Conte II all'inizio del gennaio 2021, non prevedeva la riforma. Pertanto, le organizzazioni della società civile - che, in seguito, hanno dato vita al Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza - decisero di elaborare una dettagliata proposta per la sua introduzione. L'intensa attività di pressione messa in campo

indusse il Governo nel frattempo entrato in carica (Draghi) ad includere la riforma nella versione definitiva del PNRR (aprile 2021)

Il Disegno di Legge Delega del Governo Draghi (Ottobre 2022)

Le organizzazioni che si erano impegnate per la riforma nel PNRR si unirono formalmente nel luglio 2021, costituendo il Patto e avviando poi un'intensa attività volta a definire nel dettaglio una proposta organica, resa pubblica nel marzo 2022. Da allora ha avuto inizio una lunga e complessa attività di interlocuzione con le istituzioni per elaborare l'impianto della riforma, che ha riguardato: Gabinetto del Presidente del Consiglio, Commissione Paglia presso la Presidenza, Commissione Turco presso il Ministero del Welfare, Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato. Si è trattato di un lavoro intenso e sfibrante a causa del numero di soggetti coinvolti, dei rapporti conflittuali tra le diverse parti dell'Esecutivo e dell'Amministrazione e della complessità tecnica della materia. L'esito è il Disegno di Legge Delega approvato dal Governo Draghi il 12 ottobre: il testo recepisce ampiamente le proposte della società civile elaborate dal Patto.

Il Disegno di Legge Delega del Governo Meloni e l'approvazione del Parlamento (marzo 2023)

A gennaio 2023 il Governo Meloni ha approvato a sua volta il Disegno di Legge Delega, confermando sostanzialmente quello della legislatura precedente. Successivamente si è svolto il dibattito parlamentare, durante il quale ulteriori contenuti del Patto sono entrati a far parte della Legge Delega, approvata dal Parlamento italiano il 21 Marzo (legge n.33, a firma Mattarella, Meloni, Schillaci – manca quindi la firma del Ministro delle Politiche Sociali).

Prossimi passi - La Legge di Bilancio (dicembre 2023)

I prossimi mesi saranno decisivi per la traduzione della riforma in pratica perché riguarderanno l'elaborazione specifica dei suoi contenuti e la dotazione di risorse. Nel dicembre 2023 verrà approvata la Legge di Bilancio per il 2024. In questa occasione, il Governo sarà chiamato a decidere se e quante risorse economiche dedicare alla riforma, che al momento non è corredata da finanziamenti.

Prossimi passi - La promulgazione dei Decreti Delegati (gennaio 2024)

La Legge Delega n. 33 reca l'impianto generale della riforma mentre i Decreti Delegati, che saranno emanati dal Governo, devono tradurlo in indicazioni puntuali. Il PNRR prevede che ciò avvenga entro il gennaio 2024.

2. INTRODUZIONE ALLA LEGGE DELEGA

2.1 Il perimetro della riforma

Gli anziani non autosufficienti sono persone con disabilità di natura fisica (motoria) e/o mentale (cognitiva), che ne determinano la dipendenza permanente da terzi nello svolgimento di una o più attività, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana. Secondo l'Istat, nel nostro Paese si tratta di 3,8 milioni di individui. L'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) consiste nel complesso di servizi alla persona – domiciliari, semi-residenziali e residenziali – e di sostegni economici forniti con continuità per far fronte alla sopraccitata condizione di dipendenza. Rispetto al perimetro istituzionale delle risposte a titolarità pubblica, la riforma fa propria la configurazione del settore abitualmente impiegata nel dibattito scientifico e nei documenti ufficiali, internazionali (ad es. Commissione Europea) o nazionali (ad es. Ragioneria Generale dello Stato).

Tabella 4 – L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti in Italia

Soggetto titolare	Misure
Stato	Indennità di accompagnamento, legge 104/92, agevolazioni fiscali/contributive
Regioni	Servizi e interventi sociosanitari (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)
Comuni	Servizi e interventi sociali (domiciliari, semi-residenziali, residenziali, contributi economici)

2.2 Gli obiettivi della riforma

La riforma ha l'ambizione di rappresentare un testo fondativo per il futuro del settore poiché è la prima legge quadro dell'assistenza agli anziani nella storia d'Italia. Affronta, pertanto, le principali dimensioni di questa politica pubblica: la regolazione e la governance dei rapporti tra gli attori coinvolti (il "come"), il profilo delle risposte erogate ad anziani e familiari (il "cosa") e l'ampiezza dell'offerta di interventi (il "quanto"). Per ognuna viene perseguito un obiettivo strategico, a cui è dedicato uno specifico capitolo. Vediamoli.

La costruzione di un settore unitario. Ciò avviene mediante: il superamento dell'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; la realizzazione di un sistema il più possibile organico e unitario, a tutti i livelli: assetto istituzionale, organizzazione dei servizi, percorso di anziani e famiglie, interventi offerti (il "come", capitolo 3).

La definizione di opportuni modelli d'intervento. Ciò avviene mediante l'individuazione dei modelli d'intervento a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Non di rado, invece, le istituzioni predispongono le risposte senza prendere in adeguata considerazione le specificità dello stato di non autosufficienza; si pensi, ad esempio, all'Adi, agli interventi per le demenze, all'indennità di accompagnamento, e così via (il “cosa”, capitolo 4).

L'ampliamento dell'offerta. Ciò avviene mediante l'estensione della gamma di servizi alla persona grazie al reperimento di finanziamenti addizionali. Gli attuali stanziamenti pubblici per i servizi sono inadeguati a rispondere alle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Questa criticità accomuna tutte le principali unità di offerta, domiciliari, semi-residenziali e residenziali, seppur in misura differente nelle varie aree del Paese (il “quanto”, capitolo 5).

I tre obiettivi menzionati mirano ad affrontare le problematiche di fondo del settore: la caotica frammentarietà, l'inadeguatezza dei modelli e l'insufficienza dei fondi. Anche in una realtà territorialmente eterogenea come la nostra, tali questioni riguardano tutta l'Italia, benché si manifestino con differenze (anche notevoli) di forma e intensità. Nel fronteggiarle, quindi, bisogna trovare un punto d'incontro tra la necessità di regole e di diritti nazionali, da una parte, e il riconoscimento delle differenze geografiche e di quanto già realizzato a livello locale, dall'altra. È il tema del capitolo 6.

Tabella 5 – Gli obiettivi della riforma

Obiettivo	Dimensione
Costruzione di un settore unitario	Regolazione e governance (il “come”)
Definizione di opportuni modelli d'intervento	Caratteristiche delle risposte fornite (il “cosa”)
Ampliamento dell'offerta	Disponibilità di servizi (il “quanto”)

2.3 Come leggere la Legge Delega

Un testo di difficile comprensione

La Legge Delega, purtroppo, non invita alla lettura. Infatti, è scritta in modo piuttosto confuso e soffre di alcuni limiti comuni alle nostre norme: i) contiene un elenco sterminato di definizioni e di principi generali privi di ricadute concrete, ii) prevede la realizzazione di troppi interventi, molti dei quali abbastanza irrilevanti, iii) i temi vengono esposti in un ordine privo di logica. Per contro, la Delega reca le indicazioni necessarie a migliorare sostanzialmente l'assistenza agli anziani in Italia: tuttavia, le dissemina in un ampio ventaglio di aspetti secondari presentati disordinatamente. Questa guida, dunque, propone **una lettura selettiva del testo, tesa a metterne in evidenza i punti che contano veramente.**

Le parti di interesse

Alcuni dei 9 articoli del testo **non hanno implicazioni sostanziali per l'assistenza agli anziani e**, quindi, non saranno qui presi in considerazione. Eccoli:

- art. 1, puramente definitorio;
- art. 2 prima parte (commi 1 e 2), che enuncia alcuni principi generali;
- art. 3, che si occupa di invecchiamento attivo e di prevenzione della fragilità (la riforma di queste materie, peraltro, non è prevista nel PNRR);
- art. 6, 7 e 9, che toccano aspetti procedurali.

I contenuti del testo che riguardano la non autosufficienza, invece, sono:

- art. 2 (dal comma 3), che introduce il CIPA;
- art. 4 e 5, che trattano il tema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti
- art. 8, che affronta la questione del finanziamento.

Letti congiuntamente, **questi articoli intendono mettere in atto l'indicazione del PNRR di realizzare la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.** A essi è dedicata la guida. L'illustrazione delle indicazioni che propongono segue i tre obiettivi della riforma, questa concernenti *governance* e regolazione del sistema, interventi e servizi, modalità di finanziamento³.

³Qualche parte degli articoli presi in esame non viene qui discussa perché giudicata poco rilevante, per diverse ragioni: i) l'art. 4, comma 2, lettera a prevede "l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente". È un'indicazione non significativa perché la definizione di non autosufficienza che conta, ai fini delle risposte offerte alla popolazione, sarà quella scelta per realizzare il nuovo strumento valutativo nazionale; ii) l'art. 4, comma 2, lettera f prevede "il coordinamento degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale". Si tratta di un orientamento in termini generali, che viene tradotto operativamente in altre parti dell'articolo, in particolare quelle riguardanti lo SNAA e l'integrazione funzionale tra Ambito e Distretto; iii) l'art. 4, comma 2, lettera i prevede i Punti unici di accesso presso le Case della Comunità, già stabiliti in altri recenti atti, quali il DM 77 sulla sanità territoriale e il Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024; iv) l'art. 4, comma 2, lettera l, punto 3, prevede il budget di cura e assistenza. Le direttive in merito, tuttavia, sono scarse e non sembrano considerarlo uno strumento significativo. Questo passaggio, dunque, è di poco peso; v) l'art. 4, comma 2, lettera r prevede "aggiornamento e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento". Neppure questo è un passaggio di per sé rilevante. Infatti, una simile revisione può servire a numerosi fini, con connotazioni sia positive che negative. Qui però non ne viene precisato lo scopo; vi) l'art 5, comma 2, lettera c, punto 3 reca scarse indicazioni relative ai caregiver familiari. Mentre la versione della Delega preparata dal precedente Governo conteneva un'ampia e organica trattazione del tema, il nuovo Esecutivo l'ha tolta perché intende puntare su una legge ad hoc per i caregiver familiari: è a questa normativa, dunque, che bisognerà prestare attenzione.

Tabella 6 - Temi della Legge Delega sulla Non Autosufficienza

TEMA	COLLOCAZIONE	CONTENUTO
Governance e regolazione		
Sistema unitario	Art. 2, comma 3 e seguenti Art. 4, comma 2, lettere b, c	Introduzione dello SNAA e del CIPA
Valutazioni condizioni anziani	Art. 4, comma 2, lettere l	Riforma delle valutazioni statali e collegamento con quelle locali
Welfare locale	Art. 4, comma 2, lettere g, h	Integrazione tra Ambiti e Distretti e rafforzamento Ambiti
Livelli essenziali	Art. 4, comma 2, lettera d	Individuazione dei LEPS in integrazione con i LEA
Monitoraggio	Art. 2, comma 3, lettere c, d Art. 4, comma 2, lettera e	Previsioni per il monitoraggio
Servizi e interventi		
Servizi domiciliari	Art. 4, comma 2, lettera n	Misure per i servizi domiciliari
Servizi residenziali	Art. 4, comma 2, lettera q	Misure per i servizi residenziali
Prestazione universale	Art. 5, comma 2, lettera a, 1	Introduzione della prestazione universale per la non autosufficienza
Assistenti familiari	Art. 5, comma 2, lettera a, 2 e lettera b, 2	Misure economiche e interventi formativi per le assistenti familiari
Cure Palliative	Art. 4, comma 2, lettera o	Indicazioni in materia di cure palliative
Persone con disabilità pregresse	Art. 4, comma 2, lettera s	Tutela delle persone con disabilità pregresse che diventano anziane
Modalità di finanziamento		
Risorse economiche pubbliche	Art 8	Fonti di finanziamento

3. LA GOVERNANCE E LA REGOLAZIONE

3.1 Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)⁴

In sintesi

Introduzione dello SNAA, modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta del complesso delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti, mantenendo le attuali titolarità (statali, regionali o comunali). Ogni suo snodo promuove la massima unitarietà possibile tra interventi che conservano centri di responsabilità separati.

I punti principali

- Viene introdotto il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA). Lo SNNA è una modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all’assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti.
- La governance dello SNAA si basa su un insieme di organismi unitari che ricompongono – a livello statale, regionale e territoriale - i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella non autosufficienza e sono incaricati della programmazione integrata di tutte le misure di responsabilità pubblica. Pertanto, l’uso delle diverse risorse per il settore sarà programmato congiuntamente a ogni livello di governo.
- L’organismo nazionale deputato è il nuovo Comitato interministeriale per le politiche in favore della Popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri competenti. Il CIPA, approfondito più avanti, adotta, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente”.
- Sulla base di quello nazionale, vengono elaborati gli analoghi piani regionali e locali, di medesima durata, da parte di: i) a livello regionale, un organismo composto dagli Assessori competenti, i rappresentanti dei Comuni e delle Asl; i) a livello locale, un organismo composto dai rappresentanti dell’ambito territoriale sociale e del distretto sanitario. Ognuno dei tre livelli di governo si avvale della partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore.
- Il CIPA promuove l’adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dello SNAA, riguardante l’intero ventaglio degli interventi forniti alle persone anziane non autosufficienti. Il monitoraggio si basa sull’integrazione dei differenti sistemi informativi esistenti.
- La logica di ricomposizione dei vari elementi frammentati in un assetto unitario attraversa

⁴Art. 2, comma 3 e seguenti; Art. 4, comma 2, lettere b, c

tutti i pilastri della riforma: programmazione e governance (SNAA), organizzazione territoriale (integrazione Ambiti Sociali – Distretti, discussa oltre) e percorso di anziani e famiglie (riforma sistemi di valutazione, discussa oltre).

- L'impianto dello SNAA e le sue articolazioni organizzative costituiscono una novità per il welfare italiano della non autosufficienza.

Il giudizio

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 in direzione di un assetto organico** viene perseguito cercando la massima organicità raggiungibile **dati i vincoli del contesto italiano**, cioè mantenendo le distinte titolarità istituzionali. Si scartano così le velleitarie ipotesi di ingegneria istituzionale tese a trasferire le attuali competenze di sociale, sanità e Inps a un unico – nuovo – settore delle politiche pubbliche appositamente costituito. L'obiettivo della ricomposizione permea **l'intero apparato della riforma**: non solo programmazione e governance, dunque, ma anche organizzazione territoriale dei servizi e percorso di anziani e famiglie. Il sistema unitario di monitoraggio, infine, costituisce lo strumento di conoscenza necessario a rendere realizzabile la nuova impostazione.

Lo SNAA può apportare diversi benefici. Primo, **offrire risposte unitarie e appropriate**. Oggi, da una parte, anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche e dalla babele di regole e procedure da seguire. Dall'altra, la frammentazione esistente limita in maniera strutturale la possibilità di fornire interventi consoni alle esigenze della popolazione interessata. Lo SNAA, al contrario, può apportare notevoli miglioramenti in termini di organicità e appropriatezza delle risposte, così come di semplificazione dell'accesso e del percorso nella rete del welfare. Secondo, **promuovere l'approccio specifico della non autosufficienza**. Si creano le condizioni per rimediare al diffuso ricorso dei servizi a modelli d'intervento solo parzialmente adatti alle condizioni degli anziani non autosufficienti. Riconoscere la non autosufficienza come un'area autonoma del welfare significa, infatti, superare l'obiettivo di integrare misure di diversa provenienza, sanitaria e sociale, le loro logiche e le loro culture. Lo scopo, invece, è quello di costruire un nuovo contesto che favorisca il raggiungimento di una finalità differente, che supera la precedente: l'utilizzo dell'approccio peculiare della non autosufficienza, indipendentemente dalla provenienza e dall'appartenenza istituzionale delle prestazioni coinvolte.

Terzo, **legittimare la non autosufficienza sul piano politico e istituzionale**. Come si possono chiedere migliori risposte se non si riescono a rappresentare con chiarezza il settore e la sua specificità? Se si vuole che i governi e i politici lo promuovano, occorre metterli in condizione di riconoscerlo: la frammentazione attuale, però, lo impedisce. Istituire lo SNAA, invece, significa accreditare la non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare, che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, obiettivi precisi e confini definiti (al pari di pensioni, sanità, povertà ecc.).

I suddetti benefici potranno essere ottenuti solo se lo SNAA sarà ben disegnato nei Decreti Legislativi e messo in pratica nel modo giusto. Infatti, nonostante i possibili vantaggi di un simile Sistema siano palesi, si corre ugualmente **il rischio che la sua introduzione si risolva soprattutto in un appesantimento per i soggetti coinvolti** (dovuto ai maggiori oneri procedurali connessi alla nuova struttura istituzionale e al nuovo impianto programmatico), con uno scarso impatto reale sul welfare per la non autosufficienza. Se così fosse, peraltro, gli attori interessati sarebbero spinti a non investire sul nuovo sistema, limitandosi a un'applicazione meramente burocratica.

Il contributo del Patto

Lo SNAA è una **specifico proposta del Patto.**

Box 2 - Il CIPA

Il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) viene istituito presso la Presidenza del Consiglio allo scopo di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche di assistenza agli anziani non autosufficienti. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali; ne fanno parte anche il Ministro della Salute e quelli di Salute, Famiglia, Disabilità ed Economia.

I compiti del CIPA sono quelli di:

- predisporre, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente”. Sulla base di tale atto programmatico sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali;
- promuovere l’armonizzazione dei Livelli essenziali sociali (LEPS) per le persone non autosufficienti con rispettivi Livelli essenziali sanitari (LEA);
- promuovere l’integrazione dei differenti sistemi informativi riguardanti l’insieme dei servizi e delle prestazioni erogati agli anziani non autosufficienti.
- promuovere l’adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dello SNAA, riguardante il complesso degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti;
- monitorare l’attuazione del “Piano nazionale per l’assistenza e la cura delle persone anziane non autosufficienti” e presentare annualmente una Relazione sul suo stato di attuazione.

Il CIPA deve diventare operativo entro 90 giorni dall’approvazione della Legge Delega (ovvero entro l’estate 2023). È l’unico elemento della riforma a farlo prima dell’approvazione dei Decreti Legislativi, prevista entro il gennaio 2024.

3.2 Le valutazioni della condizione dell'anziano⁵

In sintesi

Introduzione di un nuovo sistema di valutazione delle condizioni dell'anziano. Prevede una valutazione di responsabilità statale (Vamu), realizzata con un nuovo strumento, e una di titolarità locale (Uvm), tra loro collegate. La seconda parte dalle informazioni raccolte con la prima.

I punti principali

- Lo Stato è responsabile della nuova Valutazione multidimensionale unificata (Vamu), che ingloba le diverse valutazioni oggi esistenti per ricevere le prestazioni nazionali (indennità di accompagnamento, legge 104/92, invalidità civile). La Vamu è realizzata con uno strumento valutativo di ultima generazione, multidimensionale e standardizzato, informatizzato, pienamente in grado di comprendere la situazione dell'anziano, contrariamente a quelli statali attualmente in uso, poco adatti allo scopo. In base alla Vamu si definisce di quali misure, fra quelle di responsabilità dello Stato, gli anziani e i loro caregiver possono usufruire.

- Regioni e Comuni sono titolari delle Unità di Valutazione multidimensionale (Uvm) territoriali, che compiono la propria valutazione – a differenza di quanto accade oggi - partendo dalle informazioni già raccolte con la Vamu e integrandole come necessario per i loro specifici compiti. Questa valutazione è finalizzata a definire il Progetto Assistenziale Integrato (Pai) e a stabilire quali interventi gli anziani e i loro caregiver possono ricevere fra quelli di responsabilità di Regioni e Comuni, sotto forma sia di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) che di contributi economici.

- Rispetto alla situazione attuale, il quadro delle valutazioni statali cambia interamente. La novità fondamentale per Regioni e Comuni, invece, è il collegamento con la valutazione statale. Per il resto, gli attori del territorio mantengono la propria organizzazione e i rispettivi strumenti di valutazione e sono chiamati a realizzare quelle indicazioni su Uvm e Pai che tutti i loro atti abitualmente prevedono, ma la cui effettiva traduzione in pratica risulta assai variabile.

- Seppure rivolgersi inizialmente alla Vamu sia auspicabile, essere privo della valutazione nazionale non impedisce all'anziano di rivolgersi all'UVM territoriale per la valutazione delle sue condizioni e la definizione degli interventi di titolarità di Comuni e Regioni da ricevere.

Il giudizio

Il nuovo sistema di valutazione rappresenta un passo in avanti sotto diversi aspetti. Innanzitutto, una **valutazione nazionale realizzata con uno strumento oggettivo e multidimensionale**, a differenza di quanto avviene oggi, permette un'adeguata comprensione delle condizioni degli interessati. Inoltre,

⁵ Art. 4, comma 2, lettera l, punti 1 e 2.

viene **semplificato il percorso di anziani e famiglie** perché si passa dalle cinque-sei valutazioni attuali, tra nazionali e territoriali, a due soltanto. Per finire, mentre le diverse valutazioni oggi non sono collegate tra loro, le due previste nel nuovo assetto lo sono e **assicurano la continuità del percorso di anziani e famiglie**. Ciò detto, va messo in conto che risulterà piuttosto complesso attivare i processi e gli strumenti necessari per realizzare l'interscambio informativo di collegamento tra le due valutazioni.

Ulteriori benefici riguardano la definizione delle risposte, a livello sia del singolo utente che delle politiche. Per quanto attiene al lavoro sul caso, grazie all'introduzione della Vamu, le Uvm - a differenza di oggi - potranno cominciare a operare disponendo già delle informazioni concernenti la condizione dell'anziano e **focalizzarsi così sulla progettazione degli interventi**, il loro compito primario. A livello di programmazione, invece, la Vamu permette – per la prima volta – di **avere profili di utenti comparabili tra le Regioni**, passaggio cruciale per la governance dello SNAA.

Il contributo del Patto

Il nuovo sistema di valutazione delle condizioni dell'anziano è **una specifica proposta del Patto**.

Box 3 - Frammentazione del sistema e debolezza degli strumenti valutativi

Per anziani e famiglie, cercare risposte ai propri bisogni rappresenta un vero e proprio percorso a ostacoli, ampiamente autogestito e fonte di consistenti fatiche causate da responsabilità istituzionali frammentate, duplicazione di adempimenti, iter amministrativi tortuosi, criteri di inclusione e esclusione non sempre facilmente comprensibili. Inoltre, le valutazioni raramente discendono da strumenti in grado di produrre misure oggettive e dati fra loro comparabili; il problema riguarda in particolare quelle statali.

Ben diverso è lo scenario della gran parte dei Paesi europei più avanzati, dove di norma vige un sistema standardizzato di valutazione del fabbisogno assistenziale, regolato a livello nazionale o concordato tra i vari attori operanti a livello locale. Per marcare la differenza con il nostro Paese, basta richiamare la particolarità delle procedure di valutazione per l'assegnazione dell'indennità di accompagnamento: esse, infatti, non sono basate su modalità con un grado sufficiente di oggettività e su strumenti adeguatamente standardizzati e la discrezionalità delle commissioni ASL è elevata.

3.3 L'integrazione tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali (ATS)⁶

In sintesi

Ferme restando le rispettive competenze, promozione dell'integrazione tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) nei processi di svolgimento delle attività e nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni a favore degli anziani non autosufficienti.

I punti principali

- Viene promossa l'integrazione funzionale tra Distretti e ATS, senza modificare le rispettive prerogative e attribuzioni. Si vogliono, pertanto, costruire le condizioni affinché l'operatività dei due attori si integri in relazione ai processi di lavoro e agli interventi forniti. Ciò comporta la predisposizione di un'organizzazione territoriale unitaria a livello locale.

- Il tema è già stato toccato, in precedenza, in altre normative. Tradotta concretamente, la Legge Delega pone un nuovo accento sul valore di una gestione congiunta tra parte sociale e sanitaria nelle tre sfere essenziali, tra loro interconnesse, dell'approccio alla non autosufficienza: (i) il Punto Unico di Accesso (PUA), ubicato presso le Case della Comunità, con presenza di équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS; (ii) l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), per uno sguardo congiunto sulla persona volto a definirne il profilo di bisogni in base alla valutazione multidimensionale (che è, nel contempo, anche multiprofessionale/disciplinare); (iii) il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), esito della fase di accoglienza e valutazione, preludio necessario a un'efficace presa in carico.

Il giudizio

Gli obiettivi di questa parte non sono nuovi mentre lo è il contesto in cui si collocano, quello dello SNAA. Lo SNAA, infatti, attraverso la sua impostazione complessiva di governo integrato di tutti gli interventi – che unisce e fa convergere gli elementi di programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione propri di ciascun Ente - dà luogo a un contesto che, se ben utilizzato, **potrebbe creare condizioni positive per l'integrazione Ambito-Distretto**. Viene da chiedersi se delle indicazioni di carattere nazionale, pur mirate a regolare il welfare locale, riusciranno a produrre un impatto significativo nei territori: questa rappresenta un'evidente incognita. Particolarmente importanti saranno, dunque, la qualità degli input centrali e il grado di coerenza dei veicoli normativi individuati per trasmetterli a livello locale.

⁶Art. 4, comma 2, lettera h.

Venendo agli ostacoli da affrontare, il principale riguarda **l'inadeguata capacità operativa sia dei Distretti** (oggi troppo variegati nel Paese e molto spesso deboli o addirittura inconsistenti, soprattutto rispetto ai requisiti del DM77) **sia degli ATS**. La Legge Delega contiene specifiche disposizioni per il rafforzamento di questi ultimi, discusse sotto. Un ulteriore ostacolo concerne **la non coincidenza territoriale tra Ambiti e Distretti, che spesso hanno confini diversi**. Ciò rappresenta un chiaro impedimento alla possibilità di integrazione, con forti ricadute negative sull'operatività. Anche se la Legge Delega non se ne è occupata, questo aspetto è recuperabile nei Decreti Legislativi, in modo da facilitare l'avvicinamento tra le due principali Istituzioni di servizi dedicati alla non autosufficienza.

Il contributo del Patto

L'integrazione tra Ambiti e Distretti è **una specifica proposta del Patto**.

Box 4 - Le previsioni di rafforzamento degli ATS⁷

Il mancato sviluppo degli ATS ne compromette la crescita e la capacità operativa e, quindi, l'integrazione con la parte sanitaria. La Legge Delega ne prevede il rafforzamento con riferimento all'esercizio di tutte le materie sociali (non solo rivolte agli anziani). Gli ATS, inoltre, dovranno garantire lo svolgimento omogeneo sull'intero territorio nazionale di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi sociali per gli anziani non autosufficienti, nonché la gestione dei servizi integrati con la sanità. Dunque, si punta sugli Ambiti come centri di responsabilità unitaria del complesso degli interventi sociali per gli anziani e della loro integrazione con quelli sanitari.

La traduzione di queste indicazioni generali in atti concreti dovrebbe passare da alcune mosse. Primo, agire a livello giuridico e organizzativo. Bisogna promuovere il passaggio dei Comuni coinvolti alla gestione associata, che consente di utilizzare al meglio le risorse economiche. Secondo, rafforzare negli Ambiti il personale non operativo, cioè responsabili, coordinatori e figure amministrative di supporto. Ciò richiede lo stanziamento di risorse mirate a incrementare la presenza di queste figure, dove necessario, e a organizzare attività di informazione e di formazione dedicate. Terzo, infittire le relazioni tra lo Stato e gli Ambiti Territoriali. Va migliorata la trasmissione delle informazioni dal primo ai secondi, rendendola più tempestiva e puntuale. Inoltre, è utile che il livello centrale preveda un maggiore coinvolgimento degli Ambiti al momento di definire le novità di natura amministrativa e gestionale. Quarto, occorre dedicare una specifica attenzione agli aspetti contabili-amministrativi, destinati a influire fortemente sulla realizzazione degli interventi.

⁷ Art. 4, comma 2, lettera g.

3.4 I livelli essenziali delle prestazioni⁸

In sintesi

Individuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) rivolti agli anziani non autosufficienti in un'ottica di integrazione con i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sanitarie (LEA), già esistenti. Armonizzazione tra le due tipologie di Livelli Essenziali

I punti principali

- Si prevede di individuare i LEPS per gli anziani non autosufficienti e di farlo in un'ottica di integrazione con i LEA, che sono già presenti.
- Il CIPA promuove l'armonizzazione dei LEPS rivolti agli anziani non autosufficienti con i LEA.

Il giudizio

La definizione di opportuni livelli essenziali dovrebbe rappresentare **il pilastro centrale di una riforma nazionale** e questi dovrebbero costituire l'elemento ordinatore della sua attuazione. **Le indicazioni della Legge Delega, invece, sono scarse e insufficienti.**

Ciò detto, il testo costruisce **le condizioni affinché il tema sia affrontato efficacemente nei Decreti Legislativi**. Prevede, infatti, le due linee di sviluppo necessarie e sinora mancanti: **l'individuazione completa dei LEP** per gli anziani non autosufficienti (oggi ve ne sono solo alcuni) e la loro **armonizzazione con i LEA** (non si è mai agito sul coordinamento tra le due tipologie di livelli). Questi ultimi, peraltro, seppur formalmente individuati per tutti i servizi sociosanitari sono estremamente generici (con l'eccezione delle quote di spesa a carico della sanità) e privi di indicazione attuative. Bisognerebbe, quindi, anche **rivedere i LEA** modo da renderli più puntuali, quindi attuabili e, di conseguenza, verificabili.

Affinché i livelli possano risultare effettivamente l'elemento ordinatore del sistema, sarà necessario trattarli con un **approccio completo**. Da una parte, ciò significa definire sia i livelli essenziali di erogazione (le prestazioni e gli interventi) sia quelli di processo (i percorsi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi). Dall'altra, vuol dire affrontare la suddivisione della spesa tra sociale e sanità nel suo insieme, così da coniugare la definizione di una compartecipazione equa per gli anziani, evitando il rischio di impoverimento delle famiglie, con la sostenibilità del bilancio pubblico.

Decisiva, inoltre sarà la **valorizzazione gli Obiettivi di servizio**, quali strumenti per la progressiva realizzazione dei Livelli. Gli Obiettivi definiscono obiettivi di convergenza da perseguire nel quadro delle compatibilità della finanza pubblica. Pertanto, possono essere utilizzati per guidare lo sviluppo complessivo del sistema nazionale secondo gradualità e tempistiche cadenzate e controllate.

⁸ Art 2, comma 3, lettera b; Art. 4, comma 2, lettera d.

Il contributo del Patto

Le indicazioni su LEA E LEPS **non costituiscono una proposta del Patto**, che aveva suggerito di trattarli in modo più approfondito, sia nella loro definizione sia nella loro integrazione.

I livelli essenziali per la non autosufficienza

I livelli essenziali delle prestazioni costituiscono l'insieme degli interventi, dei servizi, delle attività e delle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale. Si tratta della soglia essenziale ed uniforme di garanzia dei diritti civili e sociali in diversi settori (sanità, scuola, assistenza e altri) esigibile da tutti cittadini indipendentemente dalla regione di residenza. Nell'attuale cornice costituzionale, i livelli essenziali sono l'istituto fondamentale a presidio del principio di uguaglianza e la loro definizione è attribuita alla competenza esclusiva dello Stato (art. 117, comma 2, lettera m) Cost.). Nel campo della non autosufficienza, i livelli essenziali di riferimento sono relativi all'assistenza sanitaria e a quella sociale.

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono stati individuati nel 2001 e aggiornati nel 2017 (“Nuovi LEA”) su proposta del Ministero della Salute e in seguito all'accordo fra Stato e Regioni. Sono divisi in tre macro-aree di assistenza: ospedaliera, prevenzione e sanità pubblica, distrettuale. L'assistenza sociosanitaria, prevista nella terza area, comprende le prestazioni e i percorsi assistenziali di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale che riguardano gli anziani non autosufficienti.

Diversamente, i Livelli Essenziali di Prestazione sociale (LEPS), definibili su proposta del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, sono stati individuati solo parzialmente. Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, la Legge di bilancio per il 2022 ne ha previsti alcuni, confluiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024. Si tratta di livelli procedurali, come la valutazione multidimensionale e il piano assistenziale personalizzato, e di livelli erogativi: l'assistenza domiciliare sociale e integrata, i servizi sociali di sollievo e di supporto agli assistenti familiari e alle famiglie, nonché i contributi economici.

Sul versante dell'assistenza sanitaria, alla definizione dei LEA nell'area sociosanitaria non ha fatto seguito la necessaria riorganizzazione dei servizi sul territorio nazionale, la reale implementazione degli strumenti organizzativi e il tempestivo adeguamento del sistema tariffario. In definitiva, nonostante il monitoraggio del Ministero della Salute, loro attuazione è stata frammentata e la loro funzione egualitaria depotenziata. Per quanto riguarda l'assistenza sociale, invece, il percorso di definizione è oggi agli inizi. Finora, però, non hanno avuto luogo tentativi di individuare congiuntamente LEA e LEPS e di integrarli, così componendo un quadro coerente e unitario della soglia essenziale e uniforme di garanzia del diritto all'assistenza sanitaria e sociale.

3.5 Il monitoraggio⁹

In sintesi

Introduzione del sistema nazionale di monitoraggio dello SNAA. Conseguente realizzazione dei necessari strumenti - oggi mancanti - di monitoraggio delle prestazioni sociali per la non autosufficienza e integrazione con quelli delle prestazioni sanitarie, già esistenti.

I punti principali

- Vengono predisposti gli strumenti per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli essenziali sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, che oggi non esiste, ferme restando le procedure – già previste – di monitoraggio dei Livelli essenziali sanitari (LEA).
- Il CIPA promuove l'integrazione dei differenti sistemi informativi riguardanti l'insieme dei servizi e delle prestazioni erogati agli anziani non autosufficienti.
- Il CIPA promuove l'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dello SNAA, che compia la rilevazione continuativa delle complessive attività svolte e dell'insieme dei servizi e delle prestazioni forniti alle persone anziane non autosufficienti.
- Il CIPA monitora l'attuazione del “Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza”, che adotta con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, e presenta annualmente una Relazione sul suo stato di attuazione.

Il giudizio

Un adeguato sistema nazionale di monitoraggio nazionale dello SNAA rappresenta una componente indispensabile della riforma per diversi motivi. Innanzitutto, **assicurare allo Stato gli strumenti conoscitivi necessari** per verificare l'andamento dello SNAA, valorizzando gli aspetti positivi e predisponendo i necessari correttivi. Inoltre, **diffondere una concezione delle politiche e degli interventi per la non autosufficienza come sistema unitario**, ponendola al centro del dibattito tecnico e di quello politico. Infine, **sviluppare i confronti tra Regioni**, oggi estremamente limitati, quali azioni di apprendimento reciproco e di miglioramento.

La Legge Delega indica le condizioni per procedere in questa direzione, dato che prevede le tre operazioni necessarie. Primo, adozione di strumenti di monitoraggio laddove ora mancano, cioè negli interventi sociali rivolti agli anziani non autosufficienti. Secondo, realizzazione di un sistema informativo organico, che collochi i diversi flussi informativi (sociale e sanità, prestazioni monetarie e servizi alla persona) in un disegno unico e coerente. Questi due passaggi rendono possibile il terzo, decisivo: la costruzione di un sistema di monitoraggio unitario dell'insieme d'interventi afferenti allo SNAA. **A patto che le operazioni menzionate vengano opportunamente coordinate**, tutti i tasselli

⁹Art. 2, comma 3, lettere c, d; Art. 4, comma 2, lettera e.

per realizzare ciò che serve sono già presenti. La promozione dell'integrazione dei sistemi informativi e della costruzione del sistema di monitoraggio unitario spetta al CIPA, quale sede nazionale di governo dello SNAA.

L'esistenza di modalità di monitoraggio delle prestazioni sanitarie, tuttavia, non esclude il bisogno di una loro manutenzione. Dunque, è anche necessario **un miglioramento degli indicatori utilizzati per il sistema di monitoraggio dell'adempimento dei LEA** da parte del Ministero della Salute, con riferimento specifico alle attività sociosanitarie dedicate alla non autosufficienza. **La Relazione annuale**, infine, è uno strumento utilizzato - con risultati molti variabili - nell'ambito di numerose politiche pubbliche. Sarà importante capire come verrà impiegata quella relativa al "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza". Se valorizzata, **potrebbe rappresentare uno strumento utile** per promuovere il confronto basato sui dati e la costruzione del sistema di monitoraggio dello SNAA.

Il contributo del Patto

L'attuazione di un sistema di monitoraggio unitario dello SNAA è stata **caldeggiata da vari soggetti, tra cui il Patto**. L'indicazione di una Relazione annuale sul "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità" è **una sua specifica proposta**.

Box 5 - Il monitoraggio nazionale oggi

A livello nazionale, è stato possibile sviluppare sistemi di monitoraggio e di valutazione in ambito sanitario (come, ad esempio, il Piano Nazionale Esiti o il sistema di valutazione della performance della sanità di un network di Regioni) grazie all'elaborazione dei dati ottenuti dai diversi flussi (ad esempio, la Scheda di Dimissione Ospedaliera). Nell'assistenza agli anziani, invece, i dati raccolti - laddove presenti - fanno in genere riferimento esclusivamente alla copertura dei servizi (ad esempio, la residenzialità), solo in qualche caso all'intensità (ad esempio, per l'assistenza domiciliare integrata) e quasi mai alla qualità e all'appropriatezza. Inoltre, si tratta di dati ricavati con indagini ad hoc, spesso campionarie, che comportano lunghi tempi di latenza e di elaborazione, con un limitato utilizzo di informazioni per la programmazione e la valutazione. Infine, l'attuale sistema di dati e di monitoraggio restituisce ancora una visione di tipo prestazionale e non di percorso unitario.

4. I SERVIZI E GLI INTERVENTI

4.1 I servizi domiciliari¹⁰

In sintesi

Introduzione di un modello di assistenza domiciliare specifico per la condizione di non autosufficienza dell'anziano, che oggi non esiste. Tale modello è fondato su durata e intensità degli interventi adeguate, molteplicità delle professioni coinvolte e unitarietà delle risposte.

I punti principali

- I servizi domiciliari devono avere durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano. Oggi l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) di titolarità delle Asl, il servizio domiciliare nettamente più diffuso, copre un numero crescente di anziani ma per periodi quasi sempre brevi, perlopiù di 2-3 mesi, e con un'intensità spesso modesta (in media 9 ore di infermiere e 6 di altre professioni sanitarie in un anno; l'80% riceve tra 1 e 3 accessi mensili). La non autosufficienza dura molto più lungo, sovente diversi anni, e richiede assistenza continuativa.
- Unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza, attraverso l'integrazione dell'Adi con il Sad (Servizio assistenza domiciliare) di titolarità dei Comuni. Oggi una simile integrazione è rara: solo il 7% degli anziani assistiti con l'Adi, infatti, usufruisce di interventi integrati con il Sad.

Il giudizio

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono - per impostazione istituzionale - logiche differenti. Infatti, l'Adi abbraccia il modello clinico/prestazionale mentre il Sad quello del disagio socio-assistenziale. Le rispettive risposte sono utili ma pensate per finalità differenti da quelle qui considerate. **La riforma vuole introdurre un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza.** Questa condizione **si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa**: la Legge Delega ne prende atto prevedendo interventi di durata e intensità adeguate. Inoltre, **richiede uno sguardo globale** sulla vita dell'anziano e delle sue reti informali: la Delega intende costruirlo a partire dall'unitarietà delle risposte tra sociale e sanità. La non autosufficienza, infine, è una condizione multidimensionale, che coinvolge molteplici aspetti dell'esistenza. È, dunque, necessario

¹⁰ Art. 4, comma 2, lettera n.

prevedere l'erogazione congiunta di una pluralità di servizi medico-infermieristico-riabilitativi-diagnostici, di sostegno nell'espletamento delle attività fondamentali della vita quotidiana e di affiancamento a caregiver e assistenti familiari, da definire in relazione alle condizioni dell'anziano e dei suoi familiari. **La previsione della multiprofessionalità, però, nella Legge Delega manca** ma il testo crea le condizioni per recuperarla nei Decreti Legislativi. Se ciò non avvenisse, si riprodurrebbe una domiciliarità caratterizzata in grandissima prevalenza da risposte monoprofessionali (soprattutto infermieristiche), com'è attualmente.

Una contraddizione assai problematica è quella tra la riforma e le altre indicazioni del PNRR. Quest'ultimo prevede ampi investimenti di 2,7 miliardi sino al 2026, finalizzato all'ulteriore diffusione dell'Adi con logica clinico-prestazionale. Infatti, si stabilisce di ampliarne l'utenza dall'attuale 6,2% al 10% degli over 65, con livelli di durata e intensità uguali a oggi e risposte monoprofessionali. In assenza di correttivi, pertanto, avremo la riforma che indica una direzione per la domiciliarità e gli investimenti PNRR che vanno in quella opposta. Il Patto ha chiesto al Governo un parziale riorientamento delle risorse degli investimenti verso la nuova domiciliarità.

Il contributo del Patto

Lo sviluppo della domiciliarità nella direzione tratteggiata è stato **caldeggiato da vari soggetti, tra cui il Patto.** Le indicazioni su **durata e intensità sono sue specifiche proposte.**

Box 6 - I modelli di domiciliarità in Italia

Modello clinico/prestazionale

L'Adi offre in prevalenza singole prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa erogate per rispondere a determinate necessità sanitarie, sovente in assenza di una presa in carico legata alla non autosufficienza dell'anziano. È, in altre parole, guidata dalla logica della cura clinico-ospedaliera (*cure*), cioè la risposta a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (*care*), fondato su uno sguardo complessivo sulla situazione della persona e sui suoi molteplici fattori di fragilità, che dovrebbe condurre a risposte ben più ampie e articolate.

Modello del disagio socio-assistenziale

Spesso la non autosufficienza di per sé non basta per ricevere il Sad dei Comuni. Il servizio, invece, è utilizzato soprattutto per far fronte a casi la cui complessità non dipende solo da questo stato ma anche dalla compresenza di altre problematiche dell'anziano (reti familiari carenti, e ridotte risorse economiche). Si tratta, dunque, di un servizio guidato sempre più da una logica socio-assistenziale che, in parallelo alla non autosufficienza, nei fatti ritiene prioritari per l'erogazione la mancanza (o la debolezza) di reti familiari e di risorse economiche.

In sostanza, il primo modello riproduce la cultura ospedaliera storicamente dominante nella sanità mentre il secondo la cultura assistenziale storicamente dominante nei servizi sociali comunali. Si conferma dunque la necessità di uno sforzo, anche istituzionale, per sancire la specificità di questo settore, che la riforma compie a partire dall'introduzione dello SNAA.

4.2 I servizi residenziali¹¹

In sintesi

Presenza di alcune indicazioni per un'opportuna dotazione di personale, la garanzia delle sue competenze e la qualità degli ambienti di vita. Assenza di un progetto strategico sul futuro della residenzialità in Italia.

I punti principali

- Previsione di una dotazione di personale commisurata alle esigenze degli anziani residenti. Oggi, al contrario, nelle strutture residenziali italiane è piuttosto comune riscontrare un insufficiente numero di operatori.
- Presenza di professionalità con competenze adatte ai profili degli anziani ospitati. La popolazione residente, infatti, è sempre più problematica, sia per la compromissione medico-funzionale, sia (in particolare) per l'elevato numero di ospiti con demenza.
- Garanzia della qualità degli ambienti di vita, grazie a strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la privacy e la continuità dei rapporti dei residenti con la comunità locale. Attualmente, non di rado, gli ambienti di vita nelle residenze presentano varie criticità.

Il giudizio

L'intenzione di agire su dotazione di personale, sua qualificazione e requisiti strutturali è opportuna perché queste sono le principali leve che - a livello di politiche/programmazione -bisogna muovere per rafforzare i servizi residenziali. È dagli aspetti menzionati che si deve partire, infatti, per avere strutture in grado di relazionarsi con la crescente complessità delle persone anziane ospitate.

Alle suddette indicazioni non si accompagna, però, la definizione di una linea strategica per la residenzialità in Italia, intesa come una direzione di sviluppo per il Paese declinata nei suoi assi portanti: questa è una carenza di rilievo. Per gli altri principali interventi (domiciliarità e indennità di accompagnamento), invece, la legge Delega procede diversamente, tracciando le linee rispettivamente di una domiciliarità specifica per la non autosufficienza e del passaggio alla prestazione universale. Le ragioni che hanno sinora impedito di imboccare un'analogha strada per la residenzialità paiono risiedere nel **mix tra l'estrema complessità tecnica del settore e le profonde differenze regionali**, che vedono ogni Regione organizzarsi in modo autonomo e specifico. La Delega, d'altra parte, contempla tutte le dimensioni chiave su cui è necessario agire, come anticipato: **crea così le condizioni affinché i Decreti Delegati possano definire la strategia nazionale.**

¹¹ Art. 4, comma 2, lettera q.

Il contributo del Patto

I contenuti della delega sulla residenzialità sono **specifiche proposte del Patto**.

Box 7 - La residenzialità: notevole eterogeneità dei servizi e utenti sempre più fragili

Il numero di posti letto disponibili corrisponde all'1,9% degli ultrasessantacinquenni italiani, con notevoli differenze regionali. La dotazione media è inferiore a quella europea, oltre il 3%; le strutture italiane, inoltre, sono meno adeguate anche dal punto di vista delle caratteristiche costruttive e offrono risposte di minor qualità. Il settore è assai differenziato tra le Regioni, mancano definizioni e criteri di classificazione delle strutture omogenei a livello nazionale. In aggiunta, profonde diversità si ravvisano negli standard gestionali, a cui si ricollega il fondamentale tema dei requisiti quantitativi e qualitativi che regolano la presenza del personale sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale. Ulteriori difformità riguardano i modelli di valutazione e classificazione del livello di fragilità degli anziani, con conseguenti differenze sia sui livelli di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, sia sulla remunerazione della quota sanitaria a carico dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali.

Oggi i residenti delle strutture sono prevalentemente grandi anziani non autosufficienti (over 85), contraddistinti da totale dipendenza, elevata comorbidità e frequente compromissione della cognitivtà (demenze), con indicatori prognostici compatibili con una ridotta speranza di vita.

4.3 La prestazione universale per la non autosufficienza¹²

In sintesi

Riforma dell'indennità di accompagnamento: l'accesso è ASSICURATO in base al bisogno di assistenza (criterio universalistico), l'importo aumenta secondo le necessità assistenziali e viene introdotta l'alternativa tra trasferimenti monetari e servizi alla persona.

I punti principali

- La prestazione universale per la non autosufficienza riforma l'indennità di accompagnamento con riguardo alla popolazione anziana.
- La possibilità di riceverla continua a discendere esclusivamente dal bisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente.
- Il fabbisogno assistenziale viene misurato con il nuovo strumento valutativo – standardizzato e multidimensionale – impiegato per la Valutazione Multidimensionale Unificata (cfr. cap. 3).
- L'ammontare della prestazione è graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, affinché chi ha maggiori necessità possa ricevere cifre più elevate. L'importo minimo garantito è quello attuale dell'indennità di accompagnamento (527 Euro mensili).
- 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 sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura, sia in forma individuale da assistenti familiari regolarmente assunte). L'alternativa b) comporta una maggiorazione dell'importo¹³. Il beneficiario può sempre modificare l'opzione scelta.

Il giudizio

L'indennità è la più diffusa provvidenza pubblica per la non autosufficienza; **benché le sue notevoli criticità siano note da tempo, la misura era immutata dal 1980, anno dell'introduzione.** Se non l'avesse presa in considerazione, la riforma sarebbe risultata poco credibile. Con il passaggio alla prestazione universale, invece, si vogliono coniugare la tutela dei diritti degli anziani e il miglior utilizzo delle cospicue risorse dedicate.

Diversi sono gli aspetti positivi. Primo, **la conferma dell'universalismo:** 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. Secondo, una

¹² Art. 5, comma 2, lettera a, punto 1.

¹³ Nella Legge Delega manca l'indicazione esplicita del maggiore importo dell'opzione servizi, a causa dei più volte menzionati vincoli legati all'attuale assenza di finanziamenti addizionali. Questa maggiorazione è indicata nella proposta del Patto ed è componente fondante del progetto della prestazione. D'altra parte, è evidentemente implicita nella Legge perché, se l'importo fosse uguale, non avrebbe senso differenziare le due opzioni.

miglior comprensione delle condizioni dei richiedenti, attraverso il nuovo strumento valutativo nazionale. Terzo, **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, che non riconosce l'esistenza tra la popolazione non autosufficiente di stati di bisogno notevolmente variegati. Quarto, maggior **appropriatezza**, grazie al previsto incentivo a favore di servizi alla persona regolari e di qualità. Lo Stato mantiene la libertà di scelta degli utenti sull'utilizzo delle risorse ricevute e promuove la soluzione che ritiene più appropriata. Si sostengono, in questo modo, il potenziamento e la riqualificazione dei servizi di cura e si favorisce l'emersione del lavoro delle assistenti familiari. Quinto, **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.

Il contributo del Patto

L'introduzione della prestazione universale per la non autosufficienza è **una specifica proposta del Patto**, tranne il vincolo alla corresponsione - agli utenti futuri - di cifre non inferiori all'indennità.

Box 8 - L'indennità di accompagnamento

Varata con la legge 118/1980, l'indennità è un contributo monetario erogato dall'Inps a individui riconosciuti da una commissione sanitaria – definita dall'INPS e dalla Azienda Sanitaria Locale (Asl) – come portatori di invalidità totale (al 100%) e permanente e con esigenza di assistenza continua, in quanto impossibilitati a deambulare e/o a svolgere le attività fondamentali della vita quotidiana autonomamente. Chiunque si trovi in questa condizione la riceve, indipendentemente dall'età o dalle sue disponibilità economiche. Si tratta di un trasferimento in somma fissa: a tutti i percettori viene versato il medesimo importo (527 Euro al mese). Non esiste alcun vincolo al suo utilizzo, dunque i destinatari possono impiegarla come meglio credono, senza essere soggetti né a particolari limitazioni né a verifiche o controlli. La misura viene fornita senza prevedere alcun tipo di supporto professionale da parte di operatori qualificati. L'indennità è la misura pubblica per la non autosufficienza che assorbe maggiori risorse, il 44% della spesa dedicata. Ne beneficia l'11,5% degli over 65 in Italia. Le stime attuali indicano un range tra 11 (vedi pag. 40) e 13 miliardi di Euro.

4.4 Le assistenti familiari¹⁴

In sintesi

Sostegno alle famiglie per la remunerazione regolare delle assistenti familiari, grazie all'opzione servizi della prestazione universale e al riordino delle agevolazioni. Promozione della loro qualificazione professionale mediante la definizione di standard formativi nazionali.

I punti principali

- Trasformazione dell'indennità di accompagnamento nella prestazione universale per la non autosufficienza, presentata nella sezione precedente. I percettori possono ricevere un contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi, oppure servizi alla persona; quest'ultima opzione prevede la possibilità di ricorrere ad assistenti familiari regolarmente assunte. Chi lo fa riceve una cifra superiore rispetto a chi sceglie il contributo economico. A confronto con l'indennità, dunque, la novità consiste nella maggiorazione del trasferimento monetario per chi si avvale di lavoratrici in regola.
- Previsione del riordino e del rafforzamento delle agevolazioni contributive e fiscali - attualmente ridotte e frammentate - per la remunerazione delle assistenti familiari al fine di favorirne l'impiego regolare e la qualità dell'occupazione.
- Definizione di standard formativi delle assistenti familiari per promuoverne la qualificazione professionale (senza renderli requisiti di accesso alla professione stessa) mediante apposite linee guida nazionali, che definiscano i contenuti delle loro competenze e i riferimenti per la valutazione di quelle pregresse già acquisite. Al momento non esistono standard e linee guida nazionali.

Il giudizio

La delega mette in campo, congiuntamente, **i principali strumenti che lo Stato può attivare per promuovere il lavoro di cura privato regolare e di qualità: i) sostegni alla spesa delle famiglie, ii) incentivi all'emersione, iii) azioni su competenze e formazione.** Si creano, dunque, le condizioni per un'azione complessiva del livello centrale sul tema. Il riordino/rafforzamento delle agevolazioni è finalizzato ai medesimi obiettivi perseguiti dalla prestazione (discussa in precedenza), cioè i primi due sopra elencati. Sarà necessario armonizzare queste due misure perché **nelle politiche di welfare la contemporanea presenza di due strumenti per raggiungere il medesimo obiettivo rischia sempre di produrre confusione.**

L'individuazione di standard formativi e linee guida di carattere nazionale colma una lacuna. Infatti, non esiste un profilo professionale unico sancito a livello nazionale, mentre sono in vigore varie normative regionali, piuttosto disomogenee tra loro, e diversi livelli/profili d'inquadramento contrattuale. Parimenti, mancano sia criteri uniformi di valutazione delle competenze già acquisite,

¹⁴Art. 5, comma 2, lettera a, 1,2 e b,2.

sia la definizione di un iter formativo di base per ottenere la qualificazione di assistente familiare; gli iter stabiliti in sede regionale hanno finora formato una quota assolutamente marginale di lavoratori. Occorre tendere a un sistema che stabilisca in modo omogeneo le capacità professionali necessarie per assistere chi versa in condizioni di non autosufficienza, nelle sue diverse e molteplici manifestazioni. Mentre sarebbe irrealistico imporre gli standard formativi nazionali quale condizione per l'accesso alla professione, se lo Stato si impegnasse a definirli e diffonderli, l'impatto sarebbe sicuramente notevole.

Il contributo del Patto

Il rafforzamento delle agevolazioni per le assistenti familiari è stato **proposto da vari soggetti, tra cui il Patto**. La prestazione universale e gli standard formativi **sono proposte specifiche del Patto**.

Box 9 - Le assistenti familiari in Italia

Il numero di assistenti familiari ("badanti", di cui il 90% sono donne) presenti in Italia oscilla intorno al milione. Il 40% di loro è occupato regolarmente mentre il 60% si trova in qualche forma di irregolarità, legata alla condizione lavorativa e/o al diritto di permanenza in Italia. Circa la metà proviene dall'est Europa, due su dieci dal Sudamerica e uno su dieci è italiano; i restanti appartengono ad altri Paesi stranieri.

L'età e la durata della permanenza in Italia si sono modificate nel tempo. Benché la prima sia estremamente variabile, le assistenti familiari di oggi sono decisamente più anziane rispetto al passato. L'età media si è alzata dai 41 anni del 2006 ai 49 odierni; nello stesso arco di tempo le ultracinquantenni sono passate da poco più di un quinto del totale a oltre la metà. In contemporanea è aumentato considerevolmente il numero di anni già trascorsi in Italia: 14 in media contro i 4 del 2006. Le badanti di oggi sono, quindi, più anziane e vivono in Italia da molto più tempo rispetto al periodo precedente; il settore presenta, pertanto, un basso indice di turn-over.

Il mercato privato di cura, dunque, è insieme maturo e segmentato. È un mercato maturo non già sul lato della domanda di lavoro, che anzi aumenta inesorabilmente, muta nelle sue geometrie familiari e si modifica in termini di problemi prevalenti, oggi sempre più di tipo cognitivo. Lo è, invece, sul versante dell'offerta perché il turn-over è bassissimo, non segue una dinamica evolutiva, ha grandi vincoli alla crescita (per l'assenza di flussi migratori regolati), e perché le assistenti familiari invecchiano.

4.5 Le Cure Palliative¹⁵

In sintesi

Previsione del diritto di accesso ai servizi di cure palliative per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, in ogni setting di cura: domicilio, ospedale, ambulatorio, strutture residenziali.

I punti principali

- Viene assicurato il diritto degli anziani non autosufficienti affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo alle cure palliative, normate dalla legge 38/2010, in tutti i setting di cura: domicilio, strutture ospedaliere, ambulatorio, strutture residenziali.
- Le cure palliative rappresentano la cura olistica di individui di ogni età con forti sofferenze correlate alla salute, dovute alla grave malattia, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita. Le cure palliative hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver.
- Le cure palliative prevedono il trattamento della sofferenza fisica, la comunicazione con la persona malata e la famiglia, la definizione degli obiettivi di cura, il trattamento della sofferenza psicologica, sociale e spirituale mediante un supporto personalizzato alla persona coinvolta e alla sua famiglia.
- Viene assicurato il diritto alla stesura della Pianificazione Condivisa delle Cure, come da L.219/2017, art.5., che rappresenta un percorso di tutela per le scelte terapeutiche dell'anziano non autosufficiente, della sua autodeterminazione rispetto ai trattamenti sanitari e della qualità della vita.

Il giudizio

Il sistema di welfare si trova di fronte ad un numero sempre crescente di soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza. Persone che **potrebbero beneficiare efficacemente di un servizio di cure palliative**, alle quali invece viene spesso erogata **un'assistenza in forma frammentata e non coordinata**, con ripetute **ospedalizzazioni** che si traducono, talvolta, in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte degli anziani stessi e dei loro familiari.

La Legge Delega punta a modificare questo stato di cose, **promuovendo l'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità dell'assistenza**, garantendo cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarità alle terapie attive. La norma vuole farlo in tutti gli **ospedali** e in tutte le **strutture residenziali**, oltre che al **domicilio** e negli hospices, in modo da accrescere la capacità del nostro sistema di rispondere alla grande sofferenza delle persone anziane, che richiedono

¹⁵ Art. 4, comma 2, lettera o.

una presa in carico precoce che li accompagni nel loro percorso di malattia, compresa la fase più delicata del fine vita.

Il contributo del Patto. I contenuti della Legge Delega sulle cure palliative sono **specifiche proposte del Patto**, che ha promosso le indicazioni provenienti dalle principali reti associative e di operatori del settore.

Box 10 - Le Cure Palliative in Italia

La legge 15 marzo 2010 n.38 garantisce l'accesso alle cure palliative da parte della persona con malattia inguaribile, nell'ambito dei LEA. La transizione in atto, epidemiologica, demografica e sociale, richiede l'individuazione di percorsi di cura che siano in grado di rispondere ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie: sono necessarie figure professionali adeguatamente formate e aggiornate, come pure di integrazione e complementarietà dei professionisti nelle diverse sedi di assistenza ospedaliera e territoriale.

I provvedimenti attuativi messi in atto per sviluppare il sistema delle cure palliative vanno in questa direzione e sono espressione di un impegno costante e rigoroso al fine di declinare i principi fondamentali della legge 38/2010 in obiettivi ed azioni specifiche per gestire il cambiamento necessario. Sono stati, infatti, adottati provvedimenti relativi allo sviluppo delle reti fino all'accreditamento delle stesse; al riconoscimento della disciplina specialistica in cure palliative; all'identificazione dei codici di disciplina ospedaliera in cure palliative e in terapia del dolore; al riconoscimento delle esperienze maturate dai professionisti nel campo delle cure palliative con possibilità per gli stessi di raggiungere la stabilizzazione professionale e lo sviluppo del percorso della formazione universitaria attraverso l'istituzione di master e, più recentemente, con l'istituzione della disciplina accademica in Medicina e cure palliative. Inoltre, sono stati affrontati gli aspetti relativi alla formazione continua in ambito sanitario e la formazione del volontariato.

4.6 Gli adulti con disabilità che invecchiano¹⁶

In sintesi

Misure a tutela delle persone con disabilità sorte in precedenza che diventano anziane: il diritto a fruire delle risposte specifiche per la loro pregressa condizione di disabilità e la semplificazione delle procedure necessarie per ricevere gli interventi previsti per gli anziani.

I punti principali

- Riconoscimento del diritto, per le persone con disabilità sorte in precedenza che entrano nell'età anziana, di accedere - fermi restando i servizi, prestazioni e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità - anche a tutte le risposte previste per le persone anziane, con diritto di opzione per la condizione ritenuta più favorevole.
- Divieto di dimissione o esclusione, senza soluzione di continuità e senza riduzione delle risorse già assegnate, dai servizi fruiti in precedenza a seguito dell'ingresso nell'età anziana.
- Diritto di accedere, su richiesta, agli interventi specificamente previsti per le persone anziane non autosufficienti, senza necessità di un nuovo accertamento della condizione di non autosufficienza e, se già esistente, di una nuova valutazione multidimensionale.

Il giudizio

Questa parte si fonda **sull'opportuno riconoscimento delle specifiche condizioni degli adulti con disabilità che invecchiano** e affronta le questioni più impegnative riguardanti il loro rapporto con il sistema di welfare quando entrano nell'età anziana. Sono due, tra loro simmetriche: **il diritto di ricevere, e di mantenere nel tempo, ogni tipo di risposta legata alla condizione maturata in precedenza** e **quello di ricevere gli interventi destinati agli anziani**, nel modo più semplice possibile (cioè senza ripetere valutazioni o procedure già realizzate). Riconoscere la specificità di queste persone significa, appunto, costruire politiche che tengano contemporaneamente conto di una disabilità sorta in passato e dell'essere anziani di oggi, potendo anche optare per la condizione da loro ritenuta più favorevole.

Queste disposizioni rappresentano **il raccordo tra la riforma per gli interventi rivolti a persone con disabilità riconosciute tali in base alle previsioni della legge delega n. 227/2021 e gli anziani non autosufficienti riconosciuti tali ai sensi della legge delega qui esaminata**, entrambe previste nel PNRR. Si vogliono, dunque, costruire le condizioni per accompagnare al meglio il coordinamento tra le deleghe in corso.

¹⁶ Art. 4, comma 2, lettera s.

Il contributo del Patto

I contenuti della Delega riguardanti le persone con disabilità che invecchiano sono **specifiche proposte del Patto**, che ha promosso le indicazioni provenienti dalle principali reti associative del settore.

Box 11 - Le persone con disabilità che invecchiano

L'innalzamento dell'età delle persone con disabilità congenite o acquisite, non per motivi legate all'invecchiamento, è ormai un elemento noto e acquisito ed è da tempo entrato a pieno titolo nel confronto (culturale, istituzionale e professionale) che cerca di comprendere e definire le migliori azioni e interventi per garantire il pieno godimento dei diritti civili, sociali ed economici su basi di uguaglianza e pari opportunità di tutti i cittadini.

Accade ancora, invece, che al compimento dei 65 anni di età la persona con disabilità venga attratta dal sistema di welfare rivolto alle persone anziane, perdendo di colpo le possibilità (anche laddove esse siano minime, in relazione alle condizioni di salute e funzionamento personali) di ricevere sostegni utili al mantenimento dei livelli di qualità di vita acquisiti o ancora da raggiungere.

Tali circostanze altro non sono che ennesime discriminazioni a danno di persone che non possono, oggettivamente, essere poste sul medesimo piano di persone che divengono non autosufficienti da un dato momento della propria vita per motivi legati all'invecchiamento. Si tratta di condizioni esistenziali e di vita materiale profondamente diverse che anche la scienza statistica inizia, fortunatamente, ad indagare e a dimensionare fornendo conferme rispetto all'approccio basato sui diritti umani sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con la Legge 3 marzo 2009 n. 18.

5. IL FINANZIAMENTO

5.1 Cosa (non) c'è nella Delega

La spesa pubblica per l'assistenza agli anziani in Italia è decisamente inadeguata, in particolare quella destinata ai servizi alla persona. Lo dimostrano molteplici studi e dati così come le comparazioni con l'estero. Ad esempio, Eurostat riporta per il nostro Paese una spesa in servizi sociosanitari per la non autosufficienza pari a circa 270 Euro annui a individuo, rispetto a un valore riferito all'Area Euro di 584. Questo dato di fatto si riflette sulla riforma: **mentre la costruzione di un sistema unitario, nelle sue varie componenti, si può realizzare senza oneri aggiuntivi, qualunque azione migliorativa degli interventi richiede fondi aggiuntivi.** Occorre, infatti, sia ampliare l'offerta che innovarla sostanzialmente, come indicato nella Legge Delega: queste operazioni hanno un costo significativo. Gli studi esistenti, seppure non siano disponibili stime molto aggiornate, collocano il complessivo fabbisogno di risorse pubbliche aggiuntive tra i 5 e i 7 miliardi di Euro annui.

Tabella 7 - Spesa pubblica per assistenza agli anziani non autosufficienti, Miliardi di Euro, 2021

Componenti	Miliardi
Servizi e interventi socio-sanitari	8,3
Servizi e interventi sociali	1,8
Indennità di accompagnamento	11
<hr/> Totale	<hr/> 21,1

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato

Tuttavia, **la Legge Delega non prevede alcun nuovo stanziamento.** Vediamo perché. Come anticipato, la riforma è stata inserita nel PNRR grazie alla pressione delle organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. Quando i suoi componenti decisero di impegnarsi a tal fine, era ben chiaro che la riforma inizialmente sarebbe partita senza fondi aggiuntivi. Infatti, **il PNRR non può prevedere incrementi strutturali di spesa corrente;** in altre parole, si trattava di collocare una riforma che richiede robusti incrementi di spesa corrente in un involucro istituzionale che li vieta. Ciononostante, si è puntato a perseguire quest'obiettivo perché **gli impegni vincolanti del PNRR e i tempi per la sua realizzazione prestabiliti a livello europeo parevano rappresentare una possibilità unica** per riformare – dopo un'attesa di almeno 25 anni - un settore molto debole politicamente. Il ragionamento è stato: “miriamo a includere la riforma nel PNRR, in modo da avere la certezza che si farà, e poi lavoriamo perché questa diventi l'occasione per incrementare l'attenzione verso il tema e, di conseguenza, anche i relativi fondi”. Il prossimo futuro dirà se questa è stata la strategia giusta. Infatti, se è vero che la Delega impegna il Governo a preparare i Decreti Legislativi entro il gennaio 2024, è indubbio che senza le necessarie coperture finanziarie questi non possano emanati.

Box 12 - Il rischio di fraintendere la Legge Delega

I numerosi richiami alle risorse disponibili presenti nella Legge Delega sono da leggere con cautela. In una varietà di passaggi si ritrova la frase “nell’ambito delle risorse disponibili” e suoi derivati (come, ad esempio, le espressioni: “nell’ambito delle facoltà assunzionali vigenti”, “razionalizzazione dell’offerta” e “efficientamento”). Anche se alcuni osservatori vi hanno rintracciato l’intenzione di contenere l’impegno pubblico nel settore, tutte queste locuzioni non hanno alcun significato sostanziale. Sono state inserite, da ultimo, su richiesta della Ragioneria Generale dello Stato proprio perché è parso evidente che molte delle indicazioni del testo presuppongono incrementi di spesa. La Ragioneria, garante della tenuta dei conti pubblici, in assenza di nuove risorse, ha ritenuto opportuno inserire tali richiami. Un’interpretazione ottimistica può portare tuttavia ad immaginare che queste anziché porte che si chiudono sono viceversa occasioni di porte che potrebbero aprirsi, ovvero con la riforma si dispone di circostanze ufficiali per stanziare i nuovi fondi in relazione ai nuovi obiettivi.

5.2 La parola alla politica

Come anticipato, la Legge Delega precisa che i Decreti Delegati richiedenti maggiori risorse potranno essere emanati solo nel momento in cui la relativa copertura finanziaria sarà resa disponibile. Poiché qualunque azione di miglioramento degli interventi ha bisogno di fondi ulteriori, dunque, **la relativa messa a terra potrà avvenire solo a patto che vengano contestualmente reperiti gli stanziamenti che servono**. L’ammontare del budget necessario suggerisce che l’unica strada praticabile consista in un incremento dei finanziamenti graduale nel tempo, spalmato su più anni.

D’altra parte, esiste un inscindibile connubio tra risorse economiche e scelte politiche. L’interrogativo cruciale, pertanto, è **se e in quale misura la politica deciderà di dare rilievo alla non autosufficienza, tra i tanti settori in competizione per ottenere maggiori finanziamenti pubblici**. La recente esperienza lascia supporre che vi sia ancora un buon tratto di strada da percorrere in questa direzione. La riforma, si è visto, è stata proposta prima dal Governo Draghi e poi confermata dal Governo Meloni. Inoltre, nel voto parlamentare sulla Legge Delega, l’opposizione non si è espressa contro ma si è astenuta. La riforma, quindi, si distingue per un elevato grado di consenso. Il rovescio della medaglia è che fino ad ora i leader politici l’hanno trascurata, non vi hanno investito politicamente e non l’hanno portata all’attenzione dell’opinione pubblica. Dunque, si tratta di una riforma a due facce, contemporaneamente poco controversa e poco considerata. Invece, al fine di recuperare gli indispensabili finanziamenti, è **necessario che diventi una priorità politica**.

5.3 La programmazione e la governance unitaria delle risorse pubbliche

L'impossibilità per la Legge Delega di stanziare nuove risorse ha portato, di fatto, alla mancata considerazione anche dei temi riguardanti la loro programmazione. Questa carenza va colmata nei prossimi passaggi, a partire dai Decreti Legislativi. Definire il "quanto" dello stanziamento pubblico, infatti, in materia di finanziamento è un'azione necessaria ma non sufficiente: si devono anche **definire le modalità opportune per utilizzare i fondi nel modo più coordinato e unitario possibile.**

L'attuale quadro degli stanziamenti pubblici, invece, si contraddistingue per un'elevata frammentazione delle risorse tra i diversi livelli di Governo responsabili delle varie filiere istituzionali; ciascuno gestisce le risorse in maniera separata dalle altre. Si tratta di linee di finanziamento non esplicitamente dedicate ai bisogni degli anziani; ogni soggetto istituzionale, nella gestione dei propri fondi, individua la quota da allocare a favore degli anziani non autosufficienti. Benché il tema non venga esplicitamente affrontato nella Delega, **l'impianto introdotto attraverso lo SNAA offre l'opportunità di modificare il quadro illustrato: anzi, il buon funzionamento del Sistema lo richiede.** Infatti, pur mantenendo la competenza istituzionale delle diverse filiere di provenienza, si apre la strada alla ricomposizione dei diversi canali di finanziamento attraverso i meccanismi di programmazione e di governance unitaria. La definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi afferenti allo SNAA potranno avvenire in modo contestuale, unitario e integrato, nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance. Se questa innovazione funzionerà, lo Stato, le Regioni e i Comuni saranno spinti a cooperare alla ricomposizione delle fonti finanziarie di diversa natura per massimizzare il livello quali-quantitativo delle risposte ai bisogni dell'utenza dello SNAA.

6. LO STATO E I TERRITORI

6.1 Più Stato e più territori

Gli interventi della riforma vengono disposti dal livello centrale, mentre la loro realizzazione vedrà in prima linea le Regioni e i Comuni. È indubbio che nell'assistenza agli anziani vi sia bisogno di un maggior ruolo dello Stato (sinora assai ridotto), tanto per promuoverne lo sviluppo quanto per ridurre le differenze territoriali. L'assunzione di maggiori responsabilità statali – non a caso – rappresenta un tratto condiviso dalle riforme già condotte in negli altri Paesi Europei. D'altra parte, gli attori decisivi nell'attuazione della riforma e, quindi, nel determinare l'esito finale, saranno le Regioni e i Comuni. Bisogna valorizzare le loro competenze così come riconoscere l'esistenza di sistemi locali di welfare per la non autosufficienza radicati nei diversi contesti e la loro eterogeneità. L'operazione da compiere, dunque, è cruciale e delicata: **trovare il punto di equilibrio tra un maggiore ruolo dello Stato e il rafforzamento delle autonomie locali.**

6.2 Le strade da seguire

La questione dell'equilibrio tra Stato e territori attraverserà l'intero lavoro di elaborazione dei Decreti Legislativi. Infatti, tanto più ci si avvicina all'operatività, quanto più il tema acquista rilievo. Si tratta di un aspetto decisivo ma sinora sottovalutato. La capacità di affrontarlo efficacemente rappresenterà uno snodo decisivo del processo riformatore: tre paiono i passaggi chiave.

Primo, l'ascolto dei territori. Nel lungo iter di predisposizione della Legge Delega, il livello statale non ha mai coinvolto Comuni e Regioni. Una simile scelta è stata dannosa all'epoca mentre ora - che si entra nel vivo delle cose da fare - ripeterla diventerebbe fatale. Durante la stesura dei Decreti, dunque, la voce dei Comuni e delle Regioni dovrebbe essere ascoltata con attenzione.

Secondo, l'investimento nello SNAA. In materia di governance e programmazione, la Legge Delega compie una scelta precisa: i rapporti tra Stato, Regioni e Comuni nell'assistenza agli anziani saranno regolati attraverso lo SNAA. È un sistema multilivello finalizzato a ricomporre l'insieme degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti in un complesso unitario di attività e processi, mettendo in relazione permanente le istituzioni titolari (appunto Stato, Regioni e Comuni). Lo strumento è promettente ma – come anticipato – complesso da far fruttare. Nei Decreti Delegati, dunque, bisognerebbe investire fortemente nella sua definizione affinché possa prendere vita all'altezza delle aspettative e non risultare, invece, una “scatola vuota” segnata da molti oneri procedurali e da ridotti contenuti.

Terzo, poche e fondamentali indicazioni statali. Durante la stesura dei Decreti Legislativi, si entrerà nello specifico della definizione degli interventi (domiciliari e residenziali, servizi e prestazioni monetarie e così via). Nel farlo, l'individuazione dell'opportuno confine tra le responsabilità dello Stato e l'autonomia di Regioni e Comuni rappresenterà un impegno ineludibile e costante. La logica di fondo dovrebbe essere chiara: lo Stato definisce poche indicazioni, quelle ritenute fondamentali, e

viene valorizzato il ruolo degli enti locali; queste indicazioni chiave diventano i livelli essenziali (LEA e LEPS) e la loro realizzazione viene verificata attraverso il nuovo sistema di monitoraggio. L'azione statale dovrebbe, quindi, puntare su pochi aspetti, cogliendo quelli che fanno la differenza e monitorarli con attenzione. Non bisognerebbe, inoltre, chiedere inutili cambiamenti a quelle realtà territoriali che già realizzino (in tutto o in parte) le indicazioni previste. Com'è noto, infatti, solo valorizzando quanto di buono già viene fatto, poco o tanto che sia, è possibile attuare politiche di sviluppo del welfare locale destinate al successo.

Tabella 8 – Lo Stato e i territori

Tema	Strada da seguire
Elaborazione della Legge Delega	<ul style="list-style-type: none"> • Attento ascolto di Comuni e Regioni • Deciso investimento sullo SNAA
Governance e programmazione	<ul style="list-style-type: none"> • Lo SNAA strumento forte di regolazione, non “scatola vuota” • Poche indicazioni fondamentali (livelli essenziali) da parte dello Stato e loro monitoraggio
Definizione degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione degli interventi positivi già realizzati nei territori

7. UN GIUDIZIO D'INSIEME

7.1 Tiriamo le fila

Gli obiettivi della riforma sono stati presentati nel secondo capitolo e discussi nei successivi. Giunti a questo punto, riprendiamo quanto emerso sin qui per formulare una sintetica valutazione d'insieme della Legge Delega.

La costruzione di un settore unitario

Cominciamo da regolazione e governance dei rapporti tra gli attori coinvolti (il “come”, discusso nel capitolo 3): l'obiettivo della riforma consiste nel costruire un sistema il più possibile organico e unitario toccando tutti i livelli, da quelli relativi all'assetto istituzionale a quelli che riguardano direttamente anziani e famiglie. Si vuole così superare quella caotica frammentazione delle misure pubbliche che oggi danneggia in profondità questo ambito del welfare.

Le indicazioni contenute nella Legge Delega paiono **sufficientemente robuste e coerenti da creare le condizioni per raggiungere l'obiettivo**. Innanzitutto, **le disposizioni inserite sono piuttosto complete**. Sul piano della programmazione, c'è **l'introduzione dello SNAA** (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente), che comporta il governo condiviso e la realizzazione congiunta delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti, con il mantenimento delle attuali titolarità istituzionali (siano esse statali, regionali o comunali). Sul piano del percorso di anziani e famiglie, si prevede **il nuovo sistema delle valutazioni della condizione dell'anziano**, che ne riduce il numero a due soltanto, le collega e introduce nuovi strumenti adeguati. Si articola in una valutazione di responsabilità statale (Vamu), realizzata con un nuovo strumento, e in una di titolarità locale (Uvm), tra loro collegate; la seconda inizia dalle informazioni raccolte con la prima. A livello della conoscenza, la Delega comprende **l'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio unitario dello SNAA**, che considera congiuntamente il complesso dei servizi e delle prestazioni forniti alle persone anziane non autosufficienti. Il monitoraggio si basa sull'integrazione dei differenti sistemi informativi esistenti.

Inoltre, le diverse disposizioni sono complementari tra loro. In primo luogo, perché riguardano, rispettivamente, la dimensione macro della programmazione e del governo delle politiche e quella micro, riferita all'esperienza di anziani e famiglie, strettamente interconnesse. In secondo luogo, perché è prevista la condivisione delle informazioni e dei dati necessari a rendere possibile la realizzazione di un sistema. In più, non potendo esistere l'una senza le altre, sono anche interdipendenti. Ad esempio, non è possibile immaginare un percorso unitario dell'anziano in presenza di un assetto di governance disorganico e diviso, così come uno SNAA in grado di operare efficacemente senza un sistema di monitoraggio unitario alla base. E così via.

Infine, sono ambiziose ma realizzabili. Da una parte, sono ambiziose perché vogliono affrontare in modo innovativo il nodo di fondo della frammentazione. Dall'altra, sono fattibili perché realmente

traducibili in atti concreti (in tempi adeguati e con modalità, velocità e difficoltà differenti nei vari territori). Si evitano, dunque, i rischi abituali delle Leggi Delega: dare indicazioni irrealizzabili perché troppo ambiziose o pure enunciazioni di principio, prive di ricaduta attuativa. Ci si colloca, in altre parole, sul piano di un “riformismo ambiziosamente realista”.

La definizione di opportuni modelli d'intervento

Un altro obiettivo della riforma riguarda il profilo delle risposte fornite ad anziani e familiari (il “cosa”, discusso nel capitolo 4): definire opportuni modelli d'intervento, individuandoli a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Oggi, invece, non di rado le istituzioni disegnano le risposte senza prendere in adeguata considerazione le specifiche condizioni dei soggetti coinvolti. **I contenuti della Delega sembrano creare le condizioni per compiere questo passaggio**, benché il grado di avanzamento delle elaborazioni risulti **diversa tra le varie misure**.

Consideriamo i tre interventi pubblici principali per ammontare di risorse dedicate: servizi domiciliari, servizi residenziali e indennità di accompagnamento. Nell'assistenza a casa, si prevede l'introduzione **di quel modello di servizio domiciliare specifico per la non autosufficienza dell'anziano che in Italia non è mai esistito**. La sua impostazione garantisce una presa in carico di durata adeguata ai bisogni dell'anziano, che coinvolga professionalità plurime e diverse secondo le peculiarità dei singoli casi e assicuri risposte unitarie da parte di sociale e sanità. A sua volta, **l'indennità viene trasformata nella prestazione universale per la non autosufficienza**. L'accesso alla misura continua a verificarsi esclusivamente in base al bisogno di assistenza mentre l'importo non è più uguale per tutti ma cresce all'aumentare delle necessità assistenziali. Infine, i beneficiari possono scegliere un contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi, oppure la fruizione di servizi alla persona (svolti sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura, sia da assistenti familiari regolarmente assunte), ricevendo così un importo maggiorato.

Per domiciliarità e indennità, dunque, la direzione di cambiamento è tracciata, pur rimanendo necessari vari aggiustamenti, mentre così non è per **la residenzialità**. Per il suo futuro, infatti, manca ancora **un progetto strategico, quanto mai indispensabile**. Il testo della Legge Delega, tuttavia, crea **lo spazio per occuparsene nei Decreti Legislativi**, dato che indica la necessità di agire su dotazione di personale, competenze e ambienti di vita delle strutture, cioè le principali leve da muovere per rafforzare il settore. La Delega contiene anche significative indicazioni riferite a specifici soggetti, a partire **dalle opportune tutele per gli adulti con disabilità che invecchiano** e dalla previsione **del diritto alle cure palliative** per chi ne avesse bisogno. Quanto alle assistenti familiari, la parte a loro dedicata è da considerare congiuntamente alle maggiorazioni dell'importo della prestazione universale per chi le impiega regolarmente. Nell'insieme, vengono messi in campo **i principali strumenti che lo Stato può attivare in relazione a queste figure per promuoverne un lavoro regolare e di qualità**: i) sostegni alla spesa delle famiglie, ii) incentivi all'emersione, iii) promozione della formazione e delle competenze. Invece, **l'ampia parte sui caregiver presente nel testo approvato dal precedente Governo**, fortemente promossa dal Patto, è **stata tolta** in prospettiva di una legge

interamente dedicata a tutti i caregiver indistintamente (non solo a quelli di anziani). In attesa della suddetta normativa, il punto chiave è che il sostegno di coloro che prestano aiuto dev'essere centrale nell'elaborazione dei tanti aspetti dei Decreti Legislativi che li riguardano, a partire dalla domiciliarità. Nel complesso, quanto affermato sopra sembra valere anche per il disegno delle indicazioni qui considerate: sono ambiziose ma realizzabili. Vi è però una differenza fondamentale: mentre sulla parte di regolazione e governance si può agire anche in assenza di risorse addizionali, **qualunque azione migliorativa degli interventi** – sia per ampliare l'offerta sia per innovarla – **richiede maggiori finanziamenti.**

L'ampliamento dell'offerta

L'obiettivo consiste nell'incrementare l'offerta di servizi alla persona grazie allo stanziamento di nuove risorse (il "quanto", discusso nel capitolo 5). S'intende in tal modo affrontare il problema dell'**insufficiente dotazione di servizi, domiciliari, semi-residenziali e residenziali**, che accomuna – benché in misura differente – le varie aree del Paese. Tuttavia, **la collocazione dell'argomento nel PNRR ha impedito alla Legge Delega di dotarsi di nuovi stanziamenti** perché il Piano non può prevedere incrementi strutturali di spesa corrente. Il tema dei nuovi fondi, legato al compimento di precise scelte politiche finalizzate a individuarli, sarà decisivo da qui in avanti.

Tabella 9 – Gli obiettivi della riforma nella Legge Delega – Punti chiave

Obiettivo riforma	Legge Delega
Costruzione di un settore unitario	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione di cambiamento coerente con l'obiettivo complessivamente delineato • Nuovi dispositivi, tra loro complementari: SNAA, riforma valutazioni, monitoraggio unitario
Definizione di opportuni modelli d'intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione di cambiamento coerente con l'obiettivo per domiciliarità e per i. di accompagnamento • Nessuna direzione di cambiamento definita per residenzialità
Ampliamento dell'offerta	<ul style="list-style-type: none"> • Tema non affrontato (il PNRR non lo consente)

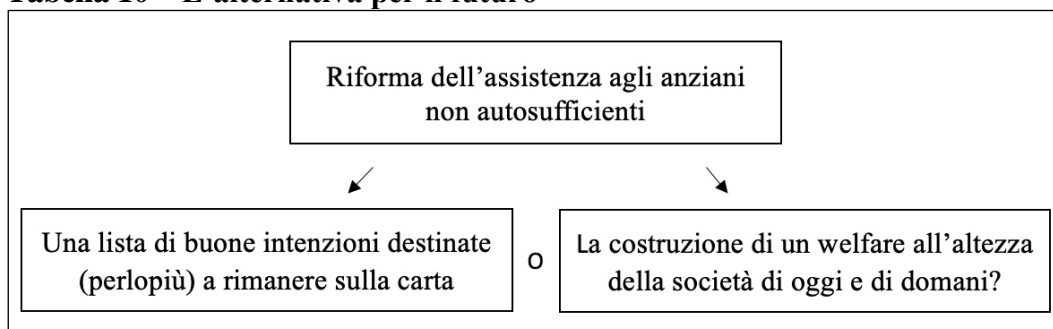
Uno sguardo complessivo

Seppur nel contesto di una Legge che non brilla per chiarezza, **nessuna grande questione riguardante il disegno dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia viene elusa** nella Delega, si tratti della riforma dell'indennità di accompagnamento, della revisione degli strumenti di valutazione, dell'individuazione di una nuova governance (SNAA) o altre. Inoltre, laddove la Delega pare più debole, come in materia di servizi residenziali, il testo è formulato in modo tale da assicurare lo spazio necessario affinché le problematiche non trattate possano essere prese in considerazione nei Decreti.

La Delega non inventa niente di nuovo, nel senso migliore dell'espressione. I suoi contenuti, infatti, valorizzano gli insegnamenti dell'esperienza italiana in materia di non autosufficienza, nei suoi elementi positivi e nelle sue criticità, così come i messaggi provenienti dalle riforme già realizzate all'estero. Quest'impostazione spiega il diffuso sostegno assicurato alla Delega da parte degli addetti ai lavori, operatori, studiosi o organizzazioni della società civile. Per utilizzare uno slogan del Patto, "questi contenuti non sono innovativi, innovativo è metterli in atto".

Arriviamo così ai **prossimi, decisivi, passaggi**, cioè l'insieme di azioni e di scelte che dovrebbero progressivamente tradurre le indicazioni normative in concrete risposte per anziani e famiglie. Sono tre: i) **la stesura dei Decreti Delegati**, ii) **le decisioni in materia di fondi**, iii) **l'attuazione nei territori**. Affinché la riforma abbia successo, è necessario che ognuno di questi passaggi venga risolto al meglio, superando le significative difficoltà che inevitabilmente si presenteranno lungo il percorso. L'impresa è fattibile, ma la sua complessità non può certo essere sottovalutata. La possibilità che la molteplicità di buone intenzioni e di obiettivi genericamente condivisibili enunciati nella Legge Delega resti sulla carta, senza sfociare in interventi concreti (o facendolo in misura inadeguata), è ben presente.

Tabella 10 – L'alternativa per il futuro



7.2 I rischi da fronteggiare

I primi passi del percorso di traduzione in pratica della legge riguardano la stesura dei Decreti Legislativi e le scelte in materia di finanziamenti. Di seguito vengono sintetizzati i principali pericoli che si stagliano all'orizzonte.

- **“L'esistenza del necessario sostegno politico è da verificare”**

A partire dai prossimi mesi, si dovranno reperire i (non pochi) stanziamenti indispensabili per dare sostanza alla riforma. La possibilità di trovarli è strettamente legata a un forte investimento politico sullo sviluppo dell'assistenza agli anziani in Italia, mentre le forze politiche hanno sinora dedicato un'attenzione esigua alla riforma e, più in generale, al settore. Ora che si è chiamati a sciogliere il nodo delle risorse dedicate, il riprodursi di un simile disinteresse risulterebbe fatale.

- **“Una forte collaborazione tra i diversi attori istituzionali è un obiettivo ambizioso”**

Passare dall'impianto generale della riforma, esposto nella Legge Delega, alle indicazioni puntuali previste dai Decreti significa entrare nel vivo delle annose questioni riguardanti la suddivisione delle responsabilità, dei poteri e degli oneri tra i vari soggetti istituzionali coinvolti a livello nazionale (innanzitutto tra Ministeri della Salute e del Welfare) e tra i livelli di governo (Stato, Regioni e Comuni). Tuttavia, senza una valida collaborazione tra tutti gli attori (spesso mancata in passato, com'è noto), il nuovo assetto integrato è destinato a rimanere un mero desiderio.

- **“La complessità tecnica della riforma viene sottovalutata”**

L'assistenza agli anziani è materia tecnicamente difficile, caratterizzata da una molteplicità di atti e di norme stratificatisi nel tempo, non sempre in modo razionale e con profili eterogenei tra le diverse Regioni. La riforma, dunque, richiede al livello statale di disegnare una strategia nazionale complessiva per riordinare e promuovere un ambito del welfare che, attualmente, risulta allo stesso tempo molto debole e molto strutturato; per lo Stato si tratta di un'assoluta novità. Purtroppo, non si è sinora registrata un'adeguata consapevolezza né della complessità tecnica della riforma né del fatto che la capacità di affrontarla costituisca un fattore decisivo per il suo buon esito.

- **“La riforma del PNRR indica una strada, gli investimenti del PNRR quella opposta”.**

La riforma introduce in Italia servizi domiciliari specificamente ideati per gli anziani non autosufficienti, oggi non esistenti. Tuttavia, lo stesso PNRR prevede fino al 2026 un notevole investimento finalizzato a diffondere ulteriormente l'attuale modello di domiciliarità, non pensato per loro (Adi prestazionale di breve periodo). In assenza degli auspicabili correttivi, un'incoerenza del genere rappresenterebbe un notevole ostacolo alla costruzione di una nuova domiciliarità e minerebbe, nel contempo, l'intera credibilità del percorso riformatore.

- **“La confusione del testo potrebbe distogliere l'attenzione da ciò che conta”**

Con una modalità espositiva priva di logica, la Delega affianca le indicazioni necessarie a migliorare sostanzialmente l'assistenza agli anziani a una moltitudine di principi generali privi di ricadute concrete e alla previsione di un eccesso d'interventi, molti dei quali abbastanza irrilevanti. Esiste dunque il pericolo che, nella stesura dei Decreti Delegati, questa confusione induca a concentrare energie e attenzione su aspetti marginali, a scapito di quelli realmente significativi per la vita di anziani e famiglie.

8. IL CONTRIBUTO DEL PATTO

All'inizio della guida è stato sintetizzato il percorso compiuto sinora dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, mentre successivamente è stato man mano richiamato il suo apporto alle diverse misure introdotte nella Legge Delega. Quanto emerso nelle pagine precedenti viene ora riassunto al fine di presentare una rendicontazione d'insieme del contributo offerto fino a oggi dal Patto. Questo contributo si è concentrato dapprima sull'attivazione della riforma dell'assistenza agli anziani e, in seguito, sulla sua elaborazione.

8.1 L'introduzione della riforma nel PNRR

La prima versione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Gennaio 2021) non prevedeva la riforma. Le organizzazioni del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza prepararono allora una dettagliata proposta per la sua introduzione. L'intensa attività di pressione compiuta a suo favore indusse il Governo a includere la riforma nella versione definitiva del PNRR, approvata a fine aprile 2021

Tabella 11 –L'introduzione della riforma nel PNRR e il Patto

Gennaio 2021	Gennaio-Aprile 2021	Fine aprile 2021
Versione del PNRR senza riforma	Elaborazione proposta e campagna del Patto	Versione definitiva del PNRR con riforma

8.2 L'elaborazione della Legge Delega

La tabella sintetizza i contenuti della Legge Delega, approvata dal Parlamento lo scorso 21 marzo, dovuti al Patto. Ci si riferisce alle sue proposte specifiche, non avanzate da nessun altro soggetto coinvolto nella predisposizione del testo (commissioni ministeriali, ministeri, attori sociali, parti politiche); di conseguenza, gli aspetti suggeriti sia dal Patto sia da altri non vengono qui presi in considerazione. Come si vede, la Delega recepisce ampiamente i suggerimenti di questa coalizione sociale.

Tabella 12 - Specifiche proposte del Patto inserite nella Legge Delega

Obiettivo	Specifiche proposte del Patto accolte
Costruire un settore unitario	<ul style="list-style-type: none">• Introduzione dello SNAA• Riforma delle valutazioni della condizione dell'anziano• Integrazione tra ambiti e distretti• Relazione annuale sul Piano nazionale
Definire nuovi modelli d'intervento	<ul style="list-style-type: none">• Durata e intensità adeguata dei servizi domiciliari• Indicazioni sulle cure palliative• Indicazioni sulla residenzialità• Tutela delle persone con disabilità pregresse• Prestazione universale per la non autosufficienza• Standard di competenze/formativi per assistenti familiari

9. GUARDANDO AVANTI

Il capitolo iniziale ha ricostruito i passi che hanno condotto alla Legge Delega, collocandoli nelle vicende degli ultimi decenni. Giunti al termine della guida, invece, ci si chiede quale valutazione si possa esprimere sul complessivo percorso riformatore compiuto sinora. Una risposta univoca non esiste e, anzi, questa cambia in misura significativa in base al termine di paragone scelto.

Rispetto al contesto precedente, cioè la situazione di gennaio 2021 (prima versione del PNRR) e la recente storia del welfare italiano, i passi in avanti sono stati significativi: è stata introdotta la riforma e la Legge Delega contiene tutte le indicazioni necessarie a innovare sostanzialmente questo settore del welfare. Rispetto all'obiettivo ultimo della riforma, cioè l'effettiva realizzazione di migliori risposte rivolte ad anziani e famiglie, d'altra parte, siamo solo all'inizio: mancano ancorai Decreti Legislativi, c'è il nodo della dotazione finanziaria da sciogliere e la fase attuativa risulterà inevitabilmente lunga e complessa.

Nella migliore delle ipotesi, se le buone premesse della Delega saranno mantenute nei passaggi successivi, per chi voglia contribuire a rafforzare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia ci sarà molto da lavorare nei prossimi anni.

Tabella 13 - Come giudicare il cammino riformatore sin qui?

