



## AUDIZIONE

### Schema D.Lgs. recante politiche in favore delle persone anziane ([AG 121](#))

*Presso*

XII COMMISSIONE “Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale”

Camera dei Deputati

*15 Febbraio 2024*

Ringraziamo per la convocazione in Audizione il Presidente On. Ugo Cappellacci, gli Onorevoli Deputati e le Onorevoli Deputate della Commissione.

È noto che una legge quadro sulla non autosufficienza è stata rivendicata per anni dalle organizzazioni sindacali dei pensionati e confederali. Un risultato positivo di questa mobilitazione è stato raggiunto con l’inserimento di una “Riforma relativa alle persone anziane non autosufficienti” tra gli obiettivi del PNRR (Missione 5 Componente 2), in attuazione del quale è stata emanata la Legge delega n.33 del marzo 2023. Legge delega che riconosceva la necessità di intervenire su un bisogno crescente nel nostro Paese, e individuava le linee per un’ambiziosa ma impegnativa riforma a favore della popolazione anziana non autosufficiente. La Legge 33/2023, ricca di buone intenzioni, rinviava ad almeno tre decreti legislativi da emanare entro gennaio 2024 l’effettiva attuazione della riforma.

Alla fine di gennaio siamo venuti a conoscenza dello schema di decreto attuativo unico che, purtroppo, nella sua forma attuale sembra tradire gran parte delle promesse, e dunque inevitabilmente deludere le aspettative degli anziani e delle loro famiglie.

In primo luogo, troppi sono i **rinvii** a futuri provvedimenti, che testimoniano solo una residuale attuazione delle delega, frutto della fretta di non mancare le scadenze del PNRR. Inoltre, lo schema include troppe macrotematiche, che avrebbero avuto bisogno di essere sviluppate con specifici decreti, facendo emergere una grande debolezza dell’impianto complessivo.

Inoltre, quanto temevamo un anno fa, e che riportavamo nell’audizione dell’8 febbraio 2023, vale a dire che la riforma rischiasse di “*prefigurare un semplice travaso, anziché un incremento, di risorse*” si è a tutti gli effetti concretizzato: nello schema di decreto sul tavolo mancano totalmente **finanziamenti** aggiuntivi.

Così disegnata, la riforma non garantirà la presa in carico universale della condizione di fragilità della persona anziana non autosufficiente tramite un rinnovato sistema di servizi. Al contrario, lo schema di decreto eccede la delega, introducendo tre diverse fasce di popolazione anziana (65, 70, 80 anni) che, a parità di bisogni, riceveranno risposte differenziate, senza graduazione, e verranno in parte escluse dall’accesso a servizi e prestazioni. Inoltre, viene purtroppo privilegiata la logica del trasferimento monetario con la nuova misura della Prestazione Universale, riservata però alla sola categoria dei “grandi anziani” con bisogno assistenziale

gravissimo e in stato di povertà il che implica una forte limitazione della platea dei beneficiari, anche a fronte delle scarse risorse allocate per la sperimentazione.

Il decreto attuativo avrebbe dovuto rimettere al centro una vera integrazione tra servizio sanitario nazionale e sistema socio-assistenziale, armonizzando, semplificando l'accesso e rimettendo al centro il diritto alla cura per tutti e tutte.

- 1) La rigida divisione per **fasce di popolazione** anziana rispetto all'accesso ai Punti Unici di Accesso per la valutazione della condizione di non autosufficienza (riservato agli over 70) e l'eventuale percezione della Prestazione Universale (riservata agli over 80) introduce elementi discriminatori ingiustificati.
- 2) La revisione, prevista dalla delega, dei criteri minimi per **autorizzazione e accreditamento** dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali, è rinviata a futuro provvedimento e non riguarda comunque i servizi socio-assistenziali in toto, né le condizioni e la congruità del personale impiegato. Tra rinvii e assenza di disposizioni, la delega in materia non viene attuata adeguatamente, e i pochi contenuti non favoriscono la centralità del servizio pubblico ma prefigurano un ampliamento della platea dei soggetti erogatori, con rischio di ulteriore privatizzazione della sanità.
- 3) È positivo che, per com'è disegnato nel decreto legislativo, i neonati **CIPA** (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana) e **SNAA** (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente) non creino un sistema separato e parallelo al SSN o ai Servizi Sociali. Il sistema di **governance multilivello**, organizzato dal decreto (art. 21), parrebbe includere tutti i livelli e le competenze territoriali e aprire a un coordinamento delle politiche rivolte alle persone anziane, sin qui agite in modo frammentario e dispersivo. Tuttavia, l'operatività di una vera integrazione viene rinviata, perché mancano nel decreto le linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali, organizzative e finanziarie degli ATS, il che impedisce di fatto l'erogazione dei **LEPS** (Art.24 c.5). Ancora, l'obiettivo di integrazione funzionale tra ATS e Distretto sanitario non viene realizzata, seppur già indicata dalla L. 382/2000 e rilanciata dalla Legge delega. Viene inoltre rinviata a futuro decreto la definizione del sistema di monitoraggio con criteri e indicatori relativi allo stato di attuazione dei LEPS (art 22), indicato dalla delega per orientare le attività degli ATS, mentre viene totalmente omissivo il riferimento al correlato sistema sanzionatorio per raggiungimento degli obiettivi di servizio, che pure il decreto era delegato ad adottare.
- 4) Il decreto attuativo individua poi il LEPS con richiamo alla L. di bilancio 2022 (Art. 1, c. 162 e 163 della L. 30 dicembre 2021, n. 234) ma non opera alcuna integrazione con i LEA, che pure era richiesta dalla L. delega.
- 5) È positivo che la valutazione dei bisogni, quale condizione per l'accesso a servizi e prestazioni a favore della popolazione anziana non autosufficiente, sia centralizzata presso i **Punti Unici di Accesso** (art 27) presso le Case della Comunità, a conferma delle previsioni del DM 77. Tuttavia, purtroppo, l'operatività della valutazione, e dunque l'accesso a servizi e prestazioni, sono impediti dal decreto attuativo, che rinvia a successivi decreti la definizione dei seguenti elementi: i criteri di accesso prioritario ai PUA (c.3); la composizione e il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (c.7); lo strumento omogeneo a livello nazionale della Valutazione Multidisciplinare Unificata (c.7); le modalità di funzionamento della piattaforma informatica per integrazione dei dati disponibili alle diverse amministrazioni (art 28). Questi rinvii di fatto rendono i PUA non operativi e le prestazioni non erogabili.
- 6) L'obiettivo auspicabile di promuovere il potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti, contenuto nella L. delega, non viene purtroppo operato con

un'adeguata presa in carico e un rafforzamento dei servizi e degli interventi pubblici. L'intervento si riduce al **trasferimento monetario (Prestazione Universale)** pari a 850€, le cui modalità attuative sono rinviate a futuro decreto (art 34), peraltro riservato a una platea di beneficiari (art 35) che si aggira intorno ad appena 25.000 persone, pari allo 0,6% della popolazione anziana non autosufficiente. Questa è l'unica misura a sostegno delle famiglie che assumono direttamente **assistenti familiari** (c.d. badanti) o acquistano servizi di cura e assistenza forniti da imprese qualificate (art 36). Si lasciano dunque le famiglie completamente sole sul mercato privato a sopperire alla carenza di servizi pubblici.

7) Nello schema di decreto legislativo manca l'attuazione della legge delega su tutto il piano dei **servizi**:

- **Telemedicina** (art 9): c'è rinvio a futuro decreto per la definizione di prestazioni di telemedicina domiciliare, che prevede la mera attivazione di tre servizi sperimentali per 18 mesi senza risorse, con apertura di spazi a soggetti privati e farmacie territoriali. La sperimentazione risulta sottodimensionata rispetto al target del PNRR (10% degli over 65).
- **Domiciliarità** (art 29): il decreto non attua la delega rinviando a future linee guida l'unificazione degli istituti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (sanitaria) e della Servizio di Assistenza Domiciliare (sociale); il decreto inoltre non prevede il potenziamento di questi servizi rispetto ai bisogni effettivi dell'utenza, che rimane ampiamente scoperta (subinvestimento M6C1 1.2.1. Aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino alla presa in carico degli over 65 entro il primo semestre 2026). Manca e mancherà dunque nel nostro paese un rinnovato sistema unico per la domiciliarità che assicuri la continuità assistenziale.
- **Semi-residenzialità e Residenzialità**: se la delega aveva indicato la necessità di una promozione dell'offerta dei servizi semiresidenziali complementari nonché una riforma dei servizi residenziali idonea a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale con rimodulazione della dotazione di personale e ambienti, nulla di tutto ciò viene realizzato in sede attuativa. Il decreto categorizza invece i servizi (residenziali e semi) in socio-assistenziali (art 30) e socio-sanitari (art 31), tradendo la delega e separando radicalmente i soggetti erogatori e le fonti di finanziamento (per i primi, ATS e Fondo politiche sociali; per i secondi, SSN e FSN). Manca dunque l'integrazione tra sociale e sanitario, così come manca l'auspicata radicale trasformazione di strutture che si sono rivelate in molti casi vere e proprie istituzioni totali. L'offerta dei servizi semi residenziali non viene ridefinita, e l'aggiornamento dei criteri nazionali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali (solo sanitarie) è rinviato. Citare tra i criteri la "congruità del personale" rispetto all'utenza – senza però allocare risorse per assunzioni con applicazione del CCNL di riferimento – risulta in una presa in giro nei confronti degli operatori e degli utenti.

8) Il Titolo I del decreto attuativo è completamente dedicato al tema dell'**invecchiamento attivo**. Ruolo privilegiato, nell'attuazione di queste politiche, viene assegnato al volontariato, al servizio civile, agli enti del terzo settore e al coinvolgimento delle giovani generazioni. Le risorse pubbliche stanziare per la promozione di queste attività risultano molto esigue. Si rintraccia dunque la volontà di non porre in capo al soggetto pubblico la promozione della prevenzione, demandando queste attività al mondo del privato sociale e del volontariato. Inoltre, il costante rinvio ad ulteriori provvedimenti è presente in quasi tutto il Titolo I, rischiando di lasciare tutte le disposizioni nell'alveo delle dichiarazioni di intenti. Inoltre, non sono mai previsti, come richiesto dai sindacati dei pensionati, momenti di confronto con le parti sociali. Alcuni elementi sono meritevoli di essere dettagliati:

- Le attività di **volontariato** che coinvolgono le persone anziane non possono essere sostitutive del lavoro di qualità, retribuito e svolto da personale adeguatamente formato;
- Il coinvolgimento degli **studenti**, senz'altro da sostenere, non può tradursi nel rischio di un impiego improprio delle giovani generazioni al ruolo di caregiver;

- Sono tutte da costruire le soluzioni potenzialmente per le nuove forme dell'abitare, in riferimento a progetti di **cohousing** mediante rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito. Se va visto con favore lo scopo di prevenire le istituzionalizzazioni degli anziani, desta però preoccupazione il riferimento a del cohousing intergenerazionale tra anziani e "giovani in condizioni svantaggiate", che restituisce la volontà del legislatore di non intervenire su formazione e autonomizzazione di questi ultimi, operando una ghettizzazione dei soggetti vulnerabili di tutte le età.
- L'individuazione dei "livelli di servizio" funzionali all'adeguamento dei servizi di **trasporto pubblico locale** alle esigenze delle persone anziane sono rinviati a futuro decreto, così come la definizione dei criteri per la presentazione di progetti a promozione dell'**attività sportiva e del turismo del benessere**.

**Personale.** La Legge Delega prevedeva percorsi di formazione e caratteristiche dei profili professionali necessari per l'assistenza alle persone anziane nei servizi territoriali.

Nello schema di decreto:

- non si definiscono i profili professionale né il fabbisogno di personale in relazione al sistema dei servizi ed al loro modello organizzativo; conseguente diventa fragile il percorso della "presa in carico" della persona anziana e la risposta ai suoi bisogni si rallentano e non si sviluppano così, i processi d'integrazione dei sistemi territoriali sociali, sociosanitari e sanitari.

In riferimento alla formazione per le assistenti familiari, si interviene individuando percorsi formativi per acquisire i requisiti necessari per le attività di assistenza al domicilio. In questo caso l'individuazione dei percorsi di certificazione delle competenze delle assistenti familiari non deve però tradursi nella creazione di nuova qualifica professionali. Tali percorsi sono già definiti come nel caso dell'Operatore sociosanitario.

**Caregiver.** La definizione del ruolo e del profilo del Caregiver non può prescindere dallo sviluppo e dal potenziamento della rete dei servizi e della presa in carico dell'assistito. Anche al fine di consentire la reale possibilità ai caregiver di avere progetti di vita personali e scelte non obbligate anche in ambito lavorativo. Le attività di cura e assistenza prestate dai caregiver, gratuite e non professionali, dovranno essere incardinate nei piani assistenziali individuali, percorsi e attività indispensabili ad evitare che il carico assistenziale sia tutto sul caregiver. La definizione del profilo del caregiver è in parallelo all'iter di un decreto apposito e che deve trovare il raccordo nella sua fase di definizione.

**Risorse.** L'osservazione forse più rilevante è quella detta **totale carenza di risorse aggiuntive**.

Il decreto legislativo ripete ossessivamente clausole di invarianza finanziaria, con travaso di risorse da altri Fondi o dal PNRR. Con particolare riferimento agli oneri derivanti dalla Prestazione Universale, si provvede a valere sul Fondo per le non autosufficienze (150 mln totali nel 2025-2026), sul Programma nazionale «Inclusione e lotta alla povertà» (250 mln totali nel 2025-2026), Missione 5 del PNRR (100 mln) – limitando e sottraendo così risorse già stanziato per altre misure. L'urgente necessità di misure aggiuntive e straordinarie, più volte evidenziata dalla nostra organizzazione sindacale durante tutto il percorso della legge delega, è purtroppo rimasta inascoltata ancora una volta.

Si ricorda che le risorse del Fondo non autosufficienze raggiungono una minoranza di persone tra quelle in condizione di non autosufficienza. Occorrerebbe prevedere un processo di progressivo adeguamento del Fondo per sostenere le misure previste dal decreto e quelle ulteriori necessarie, per favorire il consolidamento strutturale del sistema dei LEPS sull'intero territorio nazionale e per garantirne l'integrazione con i LEA, e per riformare profondamente i servizi domiciliari e residenziali pubblici. Nelle condizioni attuali,

con il sottofinanziamento complessivo del SSN, già insufficiente a coprire i LEA, esprimiamo preoccupazione per come, a finanziamento invariato per il sociale, potranno essere sostenuti economicamente i LEPS.

Senza adeguamenti finanziamenti finalizzati a rendere esigibili i LEPS, sarà impossibile evitare il progressivo spostamento delle prestazioni sociali e socio sanitarie rivolte alla non autosufficienza in ambito privato, assicurativo o di mercato, lasciando al sistema pubblico tutta la fascia dei c.d. indigenti e demandando al sistema contrattuale dei Fondi Negoziali l'erogazione delle prestazioni non garantite, già oggi numerosissime. Sarebbe la negazione di un sistema di presa in carico pubblica e universale delle persone in condizione di fragilità, che si sospetta rientrare tra le intenzioni malcelate del Governo in carica.