Due riforme, due modi di attuarle

A cura di Marco Noli, | 17 dicembre 2024

Premessa

Il PNRR prevedeva l'approvazione, entro il 2021, di una legge delega in materia di disabilità (L. 227/21), a cui avrebbero dovuto fare seguito entro il secondo semestre 2024 i relativi decreti attuativi. A oggi sono stati emanati il D.lgs. 222/2023[note]D.lgs. n. 222 del 13.12.2023 "Disposizioni in matria di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma , lettera e) della l. 22.12.2021vn. 227".[/note], il D.lgs. 20/2024[note]D.lgs. n. 20 del 5.02.24 "Istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione cella delega conferita al Governo"[/note] e il D.lgs. n. 62/204 nell'area della disabilità[note]D.lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato[/note]. Inoltre, era attesa entro il primo trimestre del 2023 una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, approvata con la l. 33/2023 a cui è seguito il decreto attuativo, D.lgs. 29/2024[note]D.lgs. n. 29 del 15. 3.2024 "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3,4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33"[/note].

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

Scorrendo la Tabella n. 1 relativa al Dlgs 62/24 ci si rende conto che l'articolato, in coerenza con la delega in materia di disabilità, si concentra sui temi della ridefinizione di tale condizione, della valutazione multidimensionale, dell'accomodamento ragionevole e del progetto di vita. Anche se è bene precisare che il D.lgs. 62/2024 è entrato in vigore dal 30 giugno 2024 mentre le nuove procedure di valutazione multidimensionale e i progetti di vita saranno operativi in via sperimentale in alcune provincie nel 2025[note]La sperimentazione in Lombardia sarà attuata nella provincia di Brescia (art.9 c. 1, D.lgs. n.71/24[/note]. Solo nel 2026 saranno operativi in tutto il paese salvo eventuali decreti correttivi

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

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

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

La Legge 33/23, "Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", è invece una legge delega a tutti gli effetti e affronta tutti i temi relativi a queste politiche. Conseguentemente, il D.Lgs 29/24 spazia su tutti temi della legge e, come già segnalato, talora riscrive e corregge la stessa legge delega. La lettura congiunta delle due norme sugli anziani evidenzia un perimetro molto ampio di interventi, spesso affastellati e trattati in modo confuso e poco organico. Le due scelte legislative in questione sono molto diverse: solo il tempo potrà dire quale sia stata la migliore.

Definizioni

In entrambi i decreti delegati è presente un articolo destinato alle definizioni. Il Dlgs 62/2004 dà la definizione di persona con disabilità, modificando quella contenuta nella legge 104/92 e riprendendo quella espressa dalla Convenzione ONU. Introduce poi 14 definizioni di termini utilizzati nel decreto delegato[note]Definisce: a) condizione di disabilità; b) persona con disabilità;

c) ICF; d) ICD; e) durata compromissione; f) Profilo di funzionamento; g) WHODAS: WHO Disability Assesment Schedule; h) sostegni; i) piani di intervento; l) valutazione di base; m) valutazione multidimensionale; n) progetto di vita; o) domini della qualità della vita; P budget di progetto.[/note] ed effettua una congruente revisione terminologica[note]Sostituisce le parole “handicap” in “condizione di disabilità”, persona handicappata, disabili, diversamente abile” in “persona con disabilità” , “situazione di gravità” in “con necessità di sostegno elevato o molto elevato” , “disabile grave” in persona con necessità di sostegno intensivo”[/note] dei termini di uso comune oggi.

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

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

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

Valutazione di base e multidimensionale

Entrambi i decreti legislativi affrontano estesamente il tema della valutazione, che – anzi- costituisce il cuore del Dlgs 62/24, anche se le relative disposizioni saranno operative solo in via sperimentale e in alcune province dal 2025. Entrambi i decreti, pur indicandole con denominazioni diverse, prevedono due valutazioni: una nazionale finalizzata, ad accedere alle provvidenze economiche e alle diverse agevolazioni statali, e una regionale e locale, finalizzata all’elaborazione del progetto d’intervento. Il D.lgs. 62/24 denomina valutazione di base quella che consente di accedere alle provvidenze economiche e alle varie agevolazioni nazionali, e valutazione multidimensionale quella locale, più specialistica, legata alla presa in carico e all’elaborazione del progetto di vita. La valutazione di base unifica tutte le valutazioni esistenti in un procedimento unitario che confluisce interamente alla competenza INPS[note]Il decreto declina puntualmente aspetti gestionali e amministrativi di tale procedimento, precisando che le Commissioni di accertamento saranno gestite esclusivamente dall’INPS: pertanto viene definita la loro composizione e vengono previste le necessarie assunzioni con i relativi finanziamenti per il loro potenziamento.[/note], che in futuro gestirà tutto l’iter , dalla presentazione e gestione delle istanze, alle valutazioni e all’erogazione di eventuali provvidenze economiche per le minorazioni civili.

Il D.lgs. 62/24 specifica, poi, alcuni criteri scientifici che saranno alla base della definizione dei criteri di valutazione di base, rimandando per la loro emanazione a un successivo decreto. A causa delle loro specificità, sorge qualche dubbio per il fatto che alla valutazione di base vengano ricondotte anche quella relativa al collocamento mirato e quelle sui minori. Interessante, invece, è la previsione dell’obbligo d’ informare la persona con disabilità (o chi lo rappresenta) al termine della visita, fermi restando i benefici a cui da diritto per la certificazione ottenuta, del diritto ad accedere all’elaborare e attivazione un progetto di vita individuale.

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

Il D.Lgs 29/24 introduce invece un’organizzazione che prevede l’attivazione dei PUA (Case di Comunità), ancora in divenire; si dilunga poi in un eccesso di elementi organizzativi che rischiano di vanificare l’obiettivo della semplificazione del percorso di valutazione[note]Anche perché affidati a successivi decreti da emanare entro il 2025, che prevedono un iter approvativi complessi.[/note].

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

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

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

Progetto di vita e PAI

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

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

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

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

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

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

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

LEPS e LEA

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

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

La legge 33/24 prevede tra i suoi principi i criteri direttivi per l’individuazione dei LEPS, da integrare con i LEA, accettando il presupposto che i LEPS in materia di non autosufficienza fossero ancora da definire. Invece il D.lgs. 29/24 per l’individuazione del LEPS richiama la legge di bilancio 2022, dando quasi per assodato che il LEPS[note]Sono: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; b) servizi sociali di sollievo e servizi sociali di supporto per le persone anziane e alle loro famiglie.[/note] siano quelli definiti in tale sede, precisando che “sono attuati in via graduale e progressiva, nei limiti delle risorse disponibili”. Si prevede poi un decreto di attivazione del sistema di monitoraggio con i relativi criteri, gli indicatori riguardanti lo stato di attuazione dei LEPS e gli obiettivi di servizio, nonché gli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli stessi o dei LEP.

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

Integrazione sociosanitaria, domiciliarità e assistenza residenziale

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

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

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

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

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

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

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

La riforma dell’indennità di accompagnamento

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

IL D.Lgs 29/24 però di fatto vanifica la riforma prevista nella legge delega. Infatti, per non modificare l’indennità di accompagnamento, ha introdotto una prestazione aggiuntiva che denomina prestazione universale, come previsto dalla legge delega, ma ne stravolge il senso. Questa, infatti, è una prestazione sperimentale aggiuntiva di Euro 850 mensili, in vigore dal 1.1.2025 al 31.12.2026, finalizzata a remunerare il costo dei servizi[note]Per costo dei servizi si intende costo del lavoro di cura e assistenza, svolta da lavoratori domestici regolarmente assunti o l’acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza forniti da imprese qualificate nel settore dell’assistenza sociale.[/note]. Il beneficio viene riconosciuto alle persone anziane non autosufficienti che abbiano:

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

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

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

Conclusione

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

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

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

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

Il percorso delle leggi delega e dei decreti attuativi ha sicuramente rappresentato un passo in avanti e ha messo meglio a fuoco sia l’area della disabilità che quella della non autosufficienza; nel contempo, ha evidenziato i nodi critici su cui occorre lavorare per dotare finalmente anche il nostro paese di una riforma delle LTC e degli interventi a favore delle persone con disabilità completa. Ora occorre dimostrarsi all’altezza delle sfide che ci attendono.