



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

PROPOSTE DI EMENDAMENTI

A.S. 506

**Disegno di Legge “Deleghe al Governo in materia di politiche
in favore delle persone anziane”**

Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza

Roma, 10 febbraio 2023

ORGANIZZAZIONI ADERENTI AL PATTO

Il Patto raggruppa 57 organizzazioni, la gran parte di quelle della società civile coinvolte nell'assistenza e nella tutela degli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.

Acli – Associazioni cristiane lavoratori italiani; AGeSPI – Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive; AIP – Associazione Italiana Psicogeriatria; 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; ANAP Confartigianato Persone – Associazione Nazionale Anziani e Pensionati; Anaste – Associazione nazionale strutture territoriali; A.N.N.A. – Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente; ANPA Confagricoltura - Associazione Nazionale Pensionati Agricoltori; ANP-CIA – Associazione Nazionale Pensionati Cia; A.R.I.S. – Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari; ASSIFERO - Associazione Italiana Fondazioni e Enti Filantropici; ASSINDATCOLF – Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico; Associazione Apnoici Italiani – APS; Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0; Associazione Comitato Macula; Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus; Associazione Prima la Comunità; Associazione Nazionale Pazienti Respiriamo Insieme – APS; Assoprevidenza – Associazione Italiana per la Previdenza Complementare; CARD ITALIA – Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti; CARER ETS – Associazione Caregiver Familiari; Caritas Italiana; Cittadinanzattiva; CNA Pensionati; Confederazione Parkinson Italia; Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali; Consorzio MU.SA. – Consorzio Mutue sanitarie; Diaconia Valdese; F.A.I.S. – Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati; Federazione Alzheimer Italia; Federazione Nazionale Coldiretti Pensionati; FEDERCENTRI – Associazione Centri Sociali Anziani; Fimiv – Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria; FIDALDO – Federazione Italiana Datori di Lavoro Domestico; FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche; FNPA Casartigiani – Federazione Nazionale Pensionati Artigiani; FNP CISL PENSIONATI; Forum Disuguaglianze Diversità; Forum nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'organo e di Volontariato; Forum nazionale del Terzo Settore; La Bottega del Possibile APS; Legacoopsociali; Movimento per l'invecchiamento attivo, diritti sociali e sanitari; Network Non Autosufficienza (NNA); Nuova Collaborazione – Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestico; Percorsi di secondo welfare; Professione in famiglia; S.I.G.G. – Società Italiana di Gerontologia e Geriatria; SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio; S.I.M.F.E.R. Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa; SOS Alzheimer; SPI-CGIL – Sindacato Pensionati Italiani; UIL Pensionati; UNEBA – Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale.

PREMESSA

Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza giudica positivamente il Disegno di Legge “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”. Lo considera, infatti, un buon punto di partenza per costruire un insieme di risposte all’altezza delle oltre 10 milioni di persone coinvolte nella non autosufficienza, tra anziani, familiari e operatori professionali.

Il Patto ritiene, tuttavia, che l’attuale versione del Disegno di Legge non contenga l’insieme dei dispositivi e degli strumenti necessari a tradurre in pratica gli obiettivi dichiarati. Le ragioni sono due: primo, vengono eluse alcune questioni di notevole importanza; secondo, diverse indicazioni inserite paiono da modificare.

Ora, pertanto, sarebbe necessario colmare le suddette carenze al fine di licenziare una Legge Delega solida, nella quale l’indicazione di obiettivi condivisibili sia accompagnata da adeguati dispositivi e strumenti per realizzarli. Solo così, infatti, dalla Legge Delega potranno scaturire Decreti Delegati in grado di affrontare le complessità dell’attuazione. Gli emendamenti illustrati di seguito provano a fornire un contributo in tale direzione.

L'ELENCO DEGLI EMENDAMENTI

N°	Titolo	Articolo e comma
1	<i>Funzioni del CIPA</i>	Art 2, c 3
2	<i>Strumenti del CIPA</i>	Art 2, c 3
3	<i>Definizione e funzioni dello SNAA</i>	Art 4, c 2
4	<i>Conoscenze necessarie per il buon governo dello SNAA</i>	Art 4, c 2
5	<i>Livelli essenziali delle prestazioni</i>	Art 4, c 2
6	<i>Collegamento informativo tra le valutazioni nazionale e regionale</i>	Art 4, c 2
7	<i>Servizi domiciliari</i>	Art 4, c 2
8	<i>Cure palliative</i>	
9	<i>Servizi semiresidenziali</i>	Art 4, c 2
10	<i>Servizi residenziali</i>	Art 4, c 2
11	<i>Introduzione progressiva della prestazione universale</i>	Art 5, c 2
12	<i>I servizi alla persona nella prestazione universale</i>	Art 5, c 2
13	<i>Superamento dell'assorbimento dei contributi comunali nella prestazione universale</i>	Art 5, c 2
14	<i>Formazione delle assistenti familiari</i>	Art 5, c 2
15	<i>Compartecipazione alla spesa</i>	Art 5, c 2
16	<i>Prestazione complementari per la non autosufficienza</i>	Art 5, c 2

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 1 – Funzioni del CIPA

All'Art 2, comma 3, lettera a) sopprimere:

“tenuto conto di quanto previsto nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione, del Piano nazionale della cronicità e del Piano per la non autosufficienza”,

All'Art 2, comma 3, lettera a) dopo:

“nella popolazione anziana”

Aggiungere

“, che sostituisce il Piano per la Non Autosufficienza.”

All'Art 2, Comma 3, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

“c-bis) monitora l'attuazione del “Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana” e del “Piano nazionale integrato per la non autosufficienza nella popolazione anziana” di cui alla lettera a) e approva annualmente una relazione sullo stato di attuazione degli stessi, recante l'indicazione delle azioni, delle misure e delle fonti di finanziamento adottate. La relazione è trasmessa alle Camere, entro il 31 maggio di ogni anno, dal Presidente del Consiglio dei ministri o da un Ministro da lui delegato.”

Relazione illustrativa

La proposta rafforza le funzioni del CIPA affinché sia effettivamente in condizione di svolgere il proprio ruolo di coordinamento nazionale delle complessive politiche rivolte agli anziani. A tal fine:

- viene semplificata la relazione tra i Piani di responsabilità del CIPA e gli altri Piani dell'amministrazione centrale. Inoltre si evitano duplicazioni prevedendo la sostituzione dell'attuale Piano non Autosufficienza.

- viene prevista una specifica attività di monitoraggio dei Piani nazionali di responsabilità del CIPA. Senza un simile monitoraggio, il CIPA non sarebbe in grado di verificare l'esito delle sue decisioni e, dunque, di modificarle e aggiornarle di conseguenza.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 2 – Strumenti del CIPA

All'ART 2, comma 3, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:

“c-bis) svolge, sull’attuazione degli interventi del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nelle materie di competenza, le funzioni di indirizzo, impulso e coordinamento tecnico, tenendo informata la Cabina di regia di cui all’articolo 2 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.”.

All'Art 2 dopo il comma 4, aggiungere i seguenti:

“4-bis. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri è istituito un Comitato tecnico di supporto del CIPA, composto da due rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri e due rappresentanti per ciascuno dei Ministeri di cui al comma 4, primo periodo, designati dai rispettivi Ministri nell’ambito degli esperti nelle specifiche materie, anche non appartenenti alle pubbliche amministrazioni. Ai componenti del Comitato tecnico di supporto del CIPA non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. La Presidenza del Consiglio dei ministri assicura il supporto tecnico e organizzativo alle attività del CIPA nell’ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.”.

4-ter. Il Comitato tecnico di cui al comma 4-bis ha il compito di istruire le questioni all’ordine del giorno del CIPA. Il Comitato svolge attività istruttoria e di supporto tecnico in sede di predisposizione degli schemi di decreto legislativo di cui alla presente legge.”

Relazione illustrativa

La proposta ha il medesimo obiettivo della precedente, rafforzare il CIPA, ma si concentra sugli strumenti a disposizione del Comitato. Questi ultimi vengono ampliati in due direzioni:

-assegnando al CIPA funzioni di indirizzo, impulso e coordinamento tecnico sulle materie del PNRR riguardanti gli anziani. Si vuole così rispondere alla criticità verificatasi sinora che ha visto questa riforma del PNRR procedere in modo del tutto separato dagli investimenti rivolti agli anziani previsti nello stesso PNRR;

- dotando il CIPA di una struttura tecnica di supporto. Pare complicato immaginare che il CIPA possa svolgere gli impegnativi compiti a cui è chiamato senza un adeguato affiancamento tecnico.

A.S. 506

Disegno di legge Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 3 – Definizione e funzioni dello SNAA

All'Art 4, comma 2, sostituire la lettera b) con le seguenti:

b) definizione del Sistema nazionale per le persone anziane non autosufficienti (SNAA) come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta dell'insieme di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti. Lo SNAA, pertanto, poggia sui principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni, nel rispetto delle competenze di ognuno. Lo SNAA si articola in:

- 1) un sistema di governance istituzionale multilivello statale, regionale, locale;*
- 2) un sistema di programmazione integrata multilivello statale, regionale, locale;*
- 3) misure per il coordinamento tra gli ambiti territoriali distrettuali e gli ambiti territoriali sociali.*

b-bis) Nell'ambito delle attività dello SNAA rientrano:

- 1) il sistema unico di valutazione dei bisogni di salute e assistenza articolato su due livelli: la valutazione multidimensionale unificata e la valutazione di competenza delle UVM nei territori;*
- 2) l'erogazione delle misure assistenziali di competenza statale erogate dall'Istituto nazionale di previdenza sociale;*
- 3) il coordinamento e l'integrazione della filiera assistenziale di tipo residenziale e l'erogazione delle relative prestazioni;*
- 4) il coordinamento e l'integrazione della filiera assistenziale di tipo domiciliare e l'erogazione delle relative prestazioni;*

b-ter) Lo SNAA programma in modo integrato tutti i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolti alle persone anziane non autosufficienti, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore. Vi concorrono i seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze:

- 1) a livello statale, il CIPA, cui compete l'adozione del "Piano nazionale integrato per la non autosufficienza nella popolazione anziana;*
- 2) a livello regionale, la Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, composta dal Presidente della giunta o suo delegato, che la preside, dagli Assessori competenti, dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci degli Ambiti territoriali sociali, dai Direttori generali delle Aziende sanitarie e dalla Direzione regionale INPS. Ad essa compete l'elaborazione del "Piano regionale integrato per la non autosufficienza nella popolazione anziana", in cui viene definita la programmazione di tutte le misure regionali a titolarità pubblica dedicate agli anziani non autosufficienti, con la definizione degli obiettivi di servizio in attuazione*

dei LEA e dei LEPS riferiti alle persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi di servizio finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;

3) a livello locale, la Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti, le cui competenze sono attribuite alla Conferenza dei sindaci di Ambito integrata dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria di riferimento. Alle sedute della Rete territoriale partecipano il Responsabile dell'Ambito territoriale sociale e il Responsabile del Distretto sanitario. La Rete territoriale elabora il "Piano locale integrato per la non autosufficienza nella popolazione anziana" in cui viene definita la programmazione di tutte le misure locali a titolarità pubblica dedicate agli anziani non autosufficienti, con la definizione degli obiettivi di servizio in attuazione dei LEA e dei LEPS riferiti alle persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi di servizio finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali.

Relazione illustrativa

La frammentazione istituzionale e degli interventi rappresenta uno dei principali limiti delle politiche per gli anziani non autosufficienti in Italia. La versione attuale del testo dichiara l'intenzione di superarlo, attraverso la costituzione dello SNAA, ma non ne definisce chiaramente il profilo e non lo dota degli strumenti adeguati allo scopo. La proposta intende ovviare al suddetto limite affinché la riforma possa raggiungere la prima finalità che le attribuisce il PNRR: "introdurre un sistema organico d'interventi in favore degli anziani non autosufficienti" (pp 212-213).

Questi i principali obiettivi della proposta:

- offrire risposte unitarie e appropriate. È il vantaggio più evidente. Oggi, da una parte, anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, con una 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;
- promuovere l'approccio specifico della non autosufficienza. Si creano le condizioni per rimediare al diffuso ricorso a modelli d'intervento solo parzialmente adatti alle condizioni degli anziani. Riconoscere la non autosufficienza come un settore specifico significa, infatti, costruire un contesto adatto a promuovere le metodologie intervento che le sono peculiari;
- non si possono chiedere migliori risposte se non si riesce a rappresentare con chiarezza il settore alle istituzioni e alla politica. Se si vuole che lo promuovano, occorre metterli in condizione di riconoscerlo: la frammentazione attuale, però, impedisce di farlo. Istituire lo SNAA, invece, significa accreditare la non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare, che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, chiari obiettivi e confini definiti.
- promuovere il cambiamento possibile. Le alternative, infatti, sono mantenere il caotico e frammentato quadro attuale oppure perseguire irrealistiche ipotesi di ingegneria istituzionale tese a trasferire competenze dal sociale alla sanità (o viceversa), a partire dal livello centrale. La strada della SNAA, cercare tutte le forme di coordinamento ottenibili senza alterare le attuali competenze istituzionali, pare l'unica praticabile per provare veramente a cambiare. Ma lo SNAA deve essere ben progettato.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 4 - Conoscenze necessarie per il buon governo dello SNAA

1. All'Art. 4, comma 2, sostituire la lettera c) con le seguenti:

“c) ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, adozione di un sistema di monitoraggio nazionale dei servizi e degli interventi rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente, derivante dall'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi nell'ambito dello SNAA;

c-bis) al fine di individuare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte per i diversi target di utenza, definizione di un'apposita griglia dei fabbisogni e delle risposte, quale strumento standardizzato utilizzabile dalle amministrazioni territoriali per mettere a confronto i profili di fabbisogno assistenziale degli utenti, come rilevati attraverso la Valutazione Multidimensionale Unificata, e i servizi e gli interventi corrispondentemente somministrati;”

Relazione illustrativa

Questa proposta muove dalla convinzione che sia necessario costruire un solido sistema di conoscenza a sostegno del governo dello SNAA. Due le azioni proposte:

i) si prevede un sistema nazionale di monitoraggio unitario che consideri l'insieme dei servizi e degli interventi resi nell'ambito dello SNAA. Pare infatti incongrua una riforma dei servizi e degli interventi tesa, come questa, a ricomporre la frammentazione in unitarietà che non implichi un percorso analogo sul versante del monitoraggio. Semplicemente, non può esserci un sistema integrato senza un monitoraggio integrato perché il secondo è uno strumento fondamentale per il primo;

ii) si vuole, inoltre, verificare la coerenza tra i bisogni della popolazione coinvolta e le risposte fornite. La mancanza di informazioni comparabili sul profilo degli anziani assistiti nelle diverse Regioni lo ha sinora precluso, ma d'ora in poi si disporrà dei dati provenienti dalla Valutazione Multidimensionale Unificata, di cui all'art 4, comma 2, lettera h.: una novità come questa non può essere sprecare. Pertanto, si prevede che lo Stato proceda, in accordo con le Autonomie Locali, all'individuazione di una tassonomia condivisa degli interventi appropriati per le diverse tipologie di anziani seguiti. La Griglia Fabbisogni Risposte è lo strumento che associa a ogni profilo l'insieme delle risposte appropriate. Nei vari territori si metteranno a confronto gli interventi ipotizzati per le differenti casistiche di soggetti sottoposti alla Valutazione Unificata con il complesso di quelli effettivamente erogati. Per i vari target di utenza si potranno quindi identificare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte di Regioni e Ambiti/Distretti, stabilendo azioni mirate allo scopo.

A.S. 506
Disegno di legge
Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 5 – Livelli essenziali

Dopo Articolo 4, comma 2, lettera c), inserire comma c-bis

c-bis) Al fine di garantire la coerenza e l'armonizzazione tra i livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, e i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) di cui all'art. 1, comma 2, lettera c, nella sua articolazione multilivello il sistema SNAA:

1) individua, coordina e integra i Livelli essenziali di erogazione che definiscono le prestazioni, gli interventi, le attività sanitarie a rilevanza sociale e di quelle sociali a rilevanza sanitaria considerate indispensabili per rispondere a un accertato e valutato bisogno complesso legato alle non autosufficienze; i Livelli essenziali di processo che definiscono i percorsi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi: orientamento e accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi di salute raggiunti; i livelli essenziali di organizzazione che definiscono l'insieme delle condizioni istituzionali, tecnico-professionali, amministrative e contabili, essenziali e indispensabili per l'effettiva realizzazione dei livelli essenziali di erogazione o di processo;

2) Per ogni gruppo di Livelli Essenziali definisce contenuti, parametri, standard e modalità che qualificano il singolo livello essenziale sia in ambito sanitario che in ambito sociale secondo l'articolazione multilivello statale, regionale, locale.

Relazione illustrativa

Diversi motivi sostengono questa proposta:

- colloca l'insieme dei servizi e interventi elencati nella Disegno di Legge nell'ambito dei Livelli Essenziali, LEPS e LEA, rivolti alle persone anziane non autosufficienti. È un aspetto chiave per la riforma, il cui primo obiettivo dovrebbe, appunto, consistere nello sviluppo dei livelli essenziali, con titolarità e finanziamento pubblico.

- utilizza una definizione tripartita di livelli essenziali (di erogazione, di processo e di organizzazione) che coglie la complessità del settore e la riconduce ad una tipologia chiara e fruibile. Questa, peraltro, è in linea con l'evoluzione normativa in altri ambiti del welfare e con i risultati del dibattito tecnico;

- considera a fianco dei livelli di erogazione anche quelli di processo e di organizzazione, scelta necessaria al fine di fornire un pacchetto sufficientemente ampio di tutele alla popolazione anziana non autosufficiente.

In sintesi, la riforma non può che essere incardinata in un sistema di livelli essenziali e questi ultimi hanno bisogno dell'opportuna declinazione multidimensionale.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 6 – Collegamento informativo tra le valutazioni nazionale e regionale

All'articolo 4, comma 2 lettera *h*), alla fine del punto 1 aggiungere:

“La valutazione multidimensionale unificata nazionale viene resa fruibile in forma completa e digitalizzata alle UVM territoriali, per quanto necessario alle funzioni di cui al numero 2”.

Relazione illustrativa

La presente proposta riguarda le due valutazioni delle condizioni dell'anziano previste nel testo: quella di competenza nazionale e quella di competenza regionale. Si vogliono collegare operativamente i due livelli di valutazione, nel testo attuale non connessi, attraverso processi e strumenti che rendano effettivo l'interscambio informativo.

L'assenza di un simile collegamento produrrebbe diverse conseguenze negative:

- duplicazioni e inutili sovrapposizioni tra le diverse valutazioni;
- impossibilità per i responsabili di una delle valutazioni di disporre delle informazioni già raccolte con l'altra;
- danneggiamento del percorso assistenziale dell'anziano (e dei suoi familiari).

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 7 – Servizi domiciliari

1. All'Art. 4, comma 2 lett. 1), sostituire il punto 2:

“2) la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni socio-sanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano”

Con

“2) 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 familiari e assistenti familiari, da definire in relazione alle condizioni dell'anziano e dei suoi familiari”

Relazione illustrativa

La riforma assegna opportunamente la priorità ai servizi domiciliari. Tuttavia, tale obiettivo sarà fortemente ridimensionato a meno che non si assicuri agli anziani in carico la possibilità di ricevere la giusta gamma di risposte richieste dalla specifica situazione (servizi medico-infermieristico-riabilitativi-diagnostici, sostegno all'anziano nell'espletamento delle attività fondamentali della vita quotidiana, affiancamento a caregiver familiari e assistenti familiari, ecc.) La frequente mancanza di questo mix, infatti, costituisce un limite di fondo degli attuali servizi domiciliari.

È necessario prevedere servizi domiciliari progettati a partire da uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Per adottare quest'ottica è però indispensabile - come impone la multidimensionalità della condizione di non autosufficienza - poter contare su una pluralità di interventi eterogenei, da modulare diversamente in ogni singolo caso.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 8 – Cure Palliative

1. All'articolo 4, comma 2, dopo la lettera l) aggiungere la seguente:

“l-bis) con riferimento ai servizi di cure palliative di cui alla legge 10 marzo 2010, n. 38 e agli articoli 23, 31 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, previsione:

1) 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 per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;

2) dell'erogazione di servizi specialistici di cure palliative in tutti i luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti, quali il domicilio, l'ospedale, l'ambulatorio, l'hospice e i servizi residenziali;

3) del diritto alla definizione della pianificazione condivisa delle cure di cui all'articolo 5 legge 22 dicembre 2017, n. 219, come esito di un processo di comunicazione e informazione tra il soggetto anziano non autosufficiente e l'équipe di cura, mediante il quale il soggetto interessato, il suo fiduciario o chi la rappresenta legalmente esprime la propria autodeterminazione rispetto ai trattamenti cui desidera o non desidera essere sottoposto;”.

Relazione illustrativa

La proposta mira ad assicurare il diritto degli anziani non autosufficienti alle cure palliative, le quali:

- sono normate dalla legge 38/2010 e sono previste nei Lea sanitari (DPCM 12/1/2017);
- rappresentano la cura olistica di individui di ogni età con gravi 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;
- prevedono sempre 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 malata e alla sua famiglia;
- comportano, come dimostra la letteratura scientifica, anche una riduzione della spesa sanitaria, poiché coniugano l'appropriatezza clinica con la riduzione di ricoveri inappropriati in ospedale e in Pronto Soccorso.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 9 – Servizi semiresidenziali

1. All'articolo 4, comma 2, sostituire la lettera *m*) con la seguente:

“m) con riferimento ai servizi semiresidenziali, promozione dell’offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali integrate da attività di socialità e di arricchimento della vita. A tal fine sono definiti:

- 1. la tipologia delle prestazioni che devono essere erogate e gli standard di personale minimo che devono essere garantiti nelle diverse tipologie di strutture semiresidenziali;*
- 2. gli obiettivi di servizio relativi alla diffusione dei servizi semiresidenziali nel territorio;*
- 3. il modello di integrazione con le reti sanitarie e sociali di comunità secondo quanto previsto dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.”.*

Relazione illustrativa

Questa proposta persegue due diverse finalità.

Anzitutto precisa ulteriormente la natura dei servizi semiresidenziali, laddove si aggiunge che le relative risposte sono “integrate” da attività di socialità e di arricchimento della vita. Il termine “integrate” intende richiamare la natura plurima dell’offerta che questo servizio può assicurare, che sovente comprende prestazioni sanitarie di base o specialistiche e trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali.

Specifica, inoltre, che l’indicazione di promuovere gli interventi previsti nei servizi semiresidenziali come qui definiti deve successivamente essere affiancata dalla declinazione operativa di vari aspetti: l’esplicitazione delle tipologie di prestazioni da erogare e degli standard minimi di personale, l’individuazione degli obiettivi di servizio, le modalità d’integrazione con le reti sanitarie e sociali di comunità.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 10 – Servizi residenziali

1. Al termine di Art. 4, comma 2, lettera n) aggiungere:

“A tal fine sono definiti:

- a) la tipologia delle prestazioni che devono essere erogate nelle diverse tipologie di strutture residenziali;*
- b) gli obiettivi di servizio relativi alla diffusione dei servizi residenziali nel territorio;*
- c) il modello di integrazione con le reti sanitarie e sociali di comunità, in coerenza con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77”.*

Relazione illustrativa

L'attuale versione del testo fornisce indicazioni per le strutture residenziali ma non le affianca all'indicazione del percorso da compiere successivamente per tradurle in pratica. Questa proposta intende aggiungere la previsione di tale percorso, che comprende la definizione delle tipologie di prestazioni da erogare e degli standard minimi di personale, l'esplicitazione degli obiettivi di servizio e le modalità d'integrazione con le reti sanitarie e sociali di comunità.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 11 – Introduzione progressiva della prestazione universale

1. All'Art. 5, comma 2, lettera a, punto 1, prima riga,
Sopprimere le parole “sperimentale e”

Relazione illustrativa

Diverse motivazioni suggeriscono di superare la possibilità d'introdurre sperimentalmente la prestazione universale. In particolare:

- in Italia, le nuove misure adottate con questa modalità non diventano quasi mai interventi a regime. L'eccesso di sperimentazioni è un male storico del nostro welfare;
- le caratteristiche dell'indennità di accompagnamento sono immutate da ben 43 anni (dal 1980): la nostra viene unanimemente considerata la misura disegnata peggio tra quelle comparabili in Europa;
- la prestazione raccoglie il sostegno degli esperti e dei soggetti coinvolti nell'assistenza agli anziani perché coniuga tre aspetti: i) le tutele (l'indennità di accompagnamento viene mantenuta e la prestazione è esclusivamente una possibilità alternativa ad essa), ii) l'equità (chi ha un fabbisogno assistenziale più elevato riceve un importo superiore rispetto a oggi), iii) l'appropriatezza (la prestazione può essere impiegata per ricevere servizi alla persona, regolari e di qualità). In questo caso, per riconoscere l'appropriatezza di una simile scelta, viene erogato un importo superiore a quello del semplice trasferimento monetario. Si propone, dunque, l'introduzione progressiva della prestazione universale. L'avviamento della nuova misura dovrà essere attentamente monitorato, in modo da apprendere dall'esperienza e realizzare gli aggiustamenti che la pratica potrà suggerire.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 12 – I servizi alla persona nella prestazione universale

1. All'Art. 5, comma 2, lettera a, punto 1

dopo le parole “*sotto forma di trasferimento monetario*” aggiungere “*o, con un riconoscimento di una maggiorazione dell'importo, di servizi alla persona svolti sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura sia da assistenti familiari regolarmente assunte*”

Relazione illustrativa

Questa proposta intende qualificare il ruolo dei servizi alla persona nell'ambito della prestazione universale, in particolare:

- identificando i servizi a cui i beneficiari potranno accedere qualora optino per questa opzione anziché per il trasferimento monetario. Si tratta di servizi professionali di cura erogati da organizzazioni specializzate e di quelli svolti da assistenti familiari assunte con contratto di lavoro regolare;
- prevedendo per gli utenti che scelgono i servizi alla persona un importo maggiore, pensato per coniugare la libertà di scelta tra le due opzioni con la promozione di quella più appropriata. Peraltro, va sottolineato che, se fosse prevista l'identica cifra per tutti i possibili utilizzi della prestazione, l'attuale suddivisione in due alternative non avrebbe significato;
- sostenendo i caregiver familiari, sui quali l'indennità di accompagnamento- non prevedendo alcun tipo di supporto professionale da parte di operatori qualificati- fa ricadere la completa responsabilità dell'organizzazione della cura agli anziani;
- favorendo l'emersione delle assistenti familiari, sovente oggi occupate in modo non regolare;
- promuovendo l'occupazione nei servizi di welfare, che rappresentano un ambito con un grande potenziale occupazionale ancora poco sfruttato nel nostro Paese.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 13 – Superamento dell’assorbimento dei contributi comunali nella prestazione universale

1.All’Art. 5, comma 2, lettera a, punto 1

sopprimere le parole “*e alle ulteriori prestazioni di cui al secondo periodo*”;

sopprimere le parole “*e le ulteriori prestazioni di cui all’articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n.234*”

Relazione illustrativa

Le prestazioni di cui all’articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n.234 sono contributi monetari rivolti alle persone anziane non autosufficienti, diversi dall’indennità di accompagnamento, utilizzabili esclusivamente per ricevere servizi da i) operatori di soggetti organizzati o i) da assistenti familiari regolarmente assunte. Tali contributi sono finanziati dagli ATS (Ambiti Territoriali Sociali), che costituiscono aggregazioni locali di più Comuni.

In linea teorica, la scelta di assorbirle nella prestazione universale può apparire condivisibile perché le modalità di utilizzo sono le medesime. In astratto, dunque, pare un’opportuna azione di semplificazione. A livello operativo, tuttavia, ciò significherebbe creare una serie di ostacoli che impedirebbero alla prestazione di essere attivata, per le seguenti ragioni:

- gli importi di questi contributi sono stabiliti dai singoli ATS e variano territorialmente. L’importo della prestazione, invece, è da definire a livello nazionale. Non è possibile, dunque, considerare i primi nel calcolo del secondo;
- la prestazione viene fornita esclusivamente in base al fabbisogno di assistenza mentre i contributi comunali sono erogati perlopiù ad anziani con risorse economiche inferiori a una certa soglia. È una differenza cruciale, che non rende assimilabili le due misure;
- la prestazione è responsabilità dello Stato, mentre i contributi dei Comuni. È arduo immaginare che i secondi vogliano trasferire risorse proprie al primo;
- a fronte di una spesa di 11,5 miliardi di Euro per l’indennità di accompagnamento (Inps), quella dei Comuni per i contributi propri non supera i 130 milioni (Istat), pari all’1% del valore precedente. Pertanto, il valore aggiunto delle risorse comunali sarebbe marginale.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 14 – Formazione delle assistenti familiari

1. All'Art. 5, comma 2, lettera b), dopo il punto 1), aggiungere

“2) definizione delle modalità di formazione delle assistenti familiari impegnate nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio, mediante linee di indirizzo nazionali per la qualificazione del lavoro di cura e il relativo iter formativo, che definiscano un repertorio di competenze e qualificazioni oltre che criteri univoci di valutazione delle competenze pregresse comunque acquisite, in linea coi livelli di inquadramento presenti nella Contrattazione Collettiva Nazionale di Lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativo;

Relazione illustrativa

Si propone di inserire questa parte dedicata alla formazione delle assistenti familiari per le seguenti ragioni:

- il tema delle competenze è fondamentale per le assistenti familiari, il cui grado di preparazione risulta oggi estremamente variabile;
- non esiste un profilo di formazione per le assistenti familiari unico in tutto il Paese, mentre ne sono presenti vari, ed eterogenei, nelle diverse Regioni;
- è necessario arrivare progressivamente ad una situazione nella quale un livello minimo di competenze sia patrimonio di tutte le assistenti familiari;
- occorre tendere a un sistema territorialmente omogeneo quanto a capacità professionali di assistere e “trattare” la non autosufficienza, nelle sue diverse e molteplici manifestazioni.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 15 – Compartecipazione alla spesa

All'Art 5 comma 2 lett. C, aggiungere:

“C bis) al fine di promuovere la definizione di rette a carico degli anziani non autosufficienti accolti in presidi residenziali e semiresidenziali che rispondano ai criteri di equità verticale, di equità orizzontale e di equa contribuzione dei familiari previsione di una revisione complessiva della materia della compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza”.

Relazione illustrativa

La proposta viene presentata per le seguenti ragioni:

- lo stato di incertezza giuridica, la numerosità dei contenziosi e le rilevanti implicazioni, sia per anziani e famiglie che per il bilancio pubblico, indicano la necessità di una revisione complessiva della materia della compartecipazione alla spesa. Questo tema è assai rilevante per le strutture residenziali e, in alcuni casi, per quelle semiresidenziali;
- è necessario migliorare l'equità verticale (secondo cui “individui in condizioni diverse devono pagare rette diverse”), sia incrementando la capacità di tutelare chi sta peggio, sia assicurandosi che chi ha più possibilità contribuisca maggiormente;
- è necessario migliorare l'equità orizzontale (secondo cui “individui in condizioni simili devono pagare le stesse rette”), innanzitutto uniformando i criteri sulle risorse economiche da prendere in considerazione nella determinazione della retta;
- è necessario individuare un criterio equo ed uniforme in merito all'eventuale coinvolgimento dei familiari. Il contenzioso amministrativo in merito è significativo e costante, attestando che il quadro normativo è incompleto e confuso.

A.S. 506

Disegno di legge

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Proposta 16 - Prestazioni complementari per la non autosufficienza

1. All'articolo 5, comma 2, dopo la lettera c aggiungere la seguente:

“c-bis) definizione di prestazioni complementari rispetto alla normativa vigente in materia di assistenza agli anziani, in una prospettiva integrata, di utilizzo di risorse pubbliche e private che garantiscano equità e solidarietà nell'accesso alle cure. Tali prestazioni integrative sono adottate secondo principi mutualistici e solidaristici basati su criteri di non selezione dei rischi sanitari e di non discriminazione nei confronti di particolari gruppi o soggetti e si attengono ai seguenti principi:

1. individuazione dei profili di non autosufficienza di cui all'articolo 4, comma 2, lettera a) della presente legge;
2. definizione delle prestazioni da erogarsi sotto forma di servizi e/o rendite, secondo la valutazione multidimensionale integrata e il progetto assistenziale individualizzato di cui all'articolo 4, comma 2, lettera 1, numero 2 della presente legge;
3. copertura, anche attraverso specifiche agevolazioni fiscali, del rischio di non autosufficienza e dei relativi costi in età attiva, senza soluzione di continuità sino alla cessazione dell'attività lavorativa, su base collettiva (sia per i lavoratori dipendenti sia per i lavoratori autonomi e per altre forme di lavoro non ricomprese nei CCNL) e/o individuale;
4. previsione di modalità specifiche per adesioni di carattere individuale e volontario anche da parte di soggetti in quiescenza e per realizzare la continuità della copertura anche in caso di modifica contrattuale;
5. organizzazione del finanziamento delle prestazioni integrative di non autosufficienza secondo il criterio della capitalizzazione collettiva con accantonamento di capitali.

Relazione illustrativa

In considerazione del costante invecchiamento della popolazione, è necessario iniziare a prevedere prestazioni integrative, da affiancare al sistema pubblico per sostenere parte delle spese dei futuri non autosufficienti, ora in età attiva. La priorità deve quindi essere il rafforzamento del finanziamento pubblico e la definizione di diritti fondati sui livelli essenziali (LEA sanitari e LEP sociali) per la non autosufficienza. Le prestazioni integrative, a loro volta, hanno funzione complementare e integrativa¹.

¹ Nell'ambito del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, Spi-Cgil e Uilp-Uil non hanno partecipato all'elaborazione delle proposte alle quali si fa qui riferimento in quanto la materia trattata attiene a un sistema di relazioni industriali confederali Cgil, Cisl, Uil e di categorie dei lavoratori attivi, che regola autonomamente i rapporti contrattuali.