

Audizione Senato 8 Febbraio 2023

Valutazione AUSER del DDL 506 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” - Senato 27-1- 2023

Premessa

Il DDL 506 è un buon punto di avvio di una riforma da tempo attesa, frutto di un lavoro lungo e faticoso a causa dei numerosi interessi coinvolti e della delicatezza e complessità della materia. Auspichiamo che il confronto su di esso non ne rimetta in discussione i capisaldi, che consenta emendamenti migliorativi e la sua approvazione nei tempi previsti dal PNRR. La nota di Auser mette in luce le principali innovazioni da sostenere e le criticità da superare.

Le innovazioni più rilevanti

L'Invecchiamento attivo

La delega non si limita a intervenire solo sui bisogni degli anziani non autosufficienti (Long Term Care), ma estende il suo intervento al miglioramento delle condizioni di vita dell'insieme della popolazione anziana (Invecchiamento Attivo), cosa non prevista dal PNRR.

È Questa una scelta da sostenere eliminando alcune ambiguità.

Da sostenere perché l'esigenza di una politica nazionale per l'invecchiamento attivo da sempre è stata rivendicata da Auser e oggi è un'indicazione della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità.

Riguardo alle ambiguità bisogna evitare che l'Invecchiamento attivo sia considerato come questione d'interesse delle sole anziane. Questa preoccupazione emerge chiaramente dai principi e criteri direttivi di cui al Comma 2 dell'Art.2 e Comma 2 Art. 3, dove è evidente uno sbilanciamento tra l'attenzione alle persone anziane e un'idea di Invecchiamento attivo valido per tutte le età.

Per superare queste preoccupazioni e volendo sfruttare comunque i tempi del PNRR per avere una legge nazionale sull'Invecchiamento attivo entro il 2024, è opportuno che l'intera materia acquisti una maggiore compiutezza e organicità nell'ambito della Legge delega. A questo scopo può venire di aiuto l'importante lavoro svolto per la redazione delle “Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia d'invecchiamento attivo” dal “Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo” presso il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, che sono servite di base sia per la Dichiarazione ministeriale e sia per la Dichiarazione congiunta della Società civile e della ricerca scientifica nella Conferenza dell'UNECE del Giugno 2022.

In allegato 1 sono riportati i Principi e criteri per l'Invecchiamento attivo, dedotti dai precedenti contributi, di cui tenere conto.

Il Comitato interministeriale per la popolazione anziana (CIPA)

Con l'istituzione del *Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)* si individua, presso la Presidenza del Consiglio, un punto di governo nazionale delle politiche per l'invecchiamento attivo e per la non autosufficienza. A questo scopo il CIPA dovrà redigere con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, d'intesa con

la Conferenza unificata e sentite le parti sociali e le associazioni di settore, il “Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana” e il “Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”. Sulla base dei suddetti piani nazionali dovranno essere adottati i corrispondenti piani regionali e locali.

Il CIPA dovrà, inoltre promuovere: l'armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS), con i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA); l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi; l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale.

Indubbiamente l'istituzione del CIPA costituisce un fattore importante ai fini della governance unitaria delle politiche per l'invecchiamento attivo e di quelle per la non autosufficienza. Tuttavia non si può non rilevare con preoccupazione la progressiva segmentazione del sistema di welfare sociosanitario e, nel contempo, il venire meno di quadri di riferimento unificanti, tanto più quando le programmazioni settoriali si riducano a una mera ripartizione di risorse come nel caso dei Patti della salute che, di fatto, hanno sostituito il Piano sanitario nazionale.

Sistema Nazionale popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)

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.

In particolare lo SNAA dovrà programmare e monitorare in modo integrato l'insieme dei servizi e degli interventi. Lo SNAA, inoltre, dovrà costruire le condizioni per: fornire risposte unitarie e appropriate; promuovere l'approccio specifico della non autosufficienza; rendere la non autosufficienza riconoscibile dalle istituzioni e dalla politica.

Con lo SNAA, quindi, si compie una scelta netta: si supera la ricerca della integrazione generale tra servizi sanitari e sociali a favore di un obiettivo più limitato, ma forse più realistico, della integrazione dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza.

Il rischio che si intravede in questa scelta sta nella previsione che la piena collaborazione e il coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni debba avvenire nel rispetto delle competenze di ognuno a titolarità istituzionali invariate. L'esperienza dimostra che gli ostacoli che limitano questa possibilità potrebbero rendere vana la scelta di rinunciare alla costruzione di un sistema sociosanitario integrato a copertura dell'insieme dei bisogni di assistenza per tutte le età per non mettere in discussione l'attuale architettura istituzionale.

Valutazione Multidimensionale

Si riformano positivamente i Percorsi di valutazione, che passano dagli attuali cinque/sei a due, uno di responsabilità statale, e l'altro di competenza delle Regioni. Le due valutazioni sono in connessione tra loro: la seconda valutazione parte dai risultati della prima. Si introduce una valutazione multidimensionale unificata, da farsi secondo criteri standardizzati e omogenei, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare, ove attivamente presente, superando la valutazione delle sole condizioni bio-mediche. Sulla base della VM è formulata la previsione del “Budget di cura e assistenza” quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni, dei servizi e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo Piano.

Prestazione universale per la non autosufficienza

Si introduce (in via "sperimentale e progressiva") la "Prestazione universale per gli anziani non autosufficienti". Gli anziani potranno decidere se ricevere l'indennità di accompagnamento o optare per la Prestazione universale. La prestazione sarà graduata secondo il bisogno assistenziale e potrà essere usufruita, a scelta del beneficiario, come trasferimento monetario o come corrispettivo di servizi di assistenza.

Questa seconda ipotesi, a parere di Auser, deve essere decisamente rafforzata prevedendo nella Delega il riconoscimento di un importo superiore a quello dei trasferimenti monetari, così da incentivare lo sviluppo dei servizi e un utilizzo più appropriato delle risorse pubbliche. Con l'introduzione della Prestazione si supera quella che è considerata la criticità principale della Indennità di accompagnamento che non riconosce l'esistenza tra la popolazione non autosufficiente di diverse condizioni di reddito e stati di bisogno.

Distretti sanitari – Ambiti Territoriali Sociale – Case Comunità

Si promuove l'omogeneo sviluppo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) su tutto il territorio nazionale e l'integrazione funzionale tra Distretto sanitario e ATS, allo scopo di garantire l'effettiva integrazione operativa dei processi, dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza.

Entrambe le misure mirano a potenziare il sistema locale di risposte integrate per la non autosufficienza, ben sapendo che gli Ambiti hanno bisogno di essere rafforzati in molte parti del Paese.

Secondo la delega questo dovrebbe consentire la semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e messa a disposizione di punti unici di accesso (PUA), collocati presso le Case di Comunità, orientati ad assicurare alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie il supporto informativo e amministrativo per l'accesso ai servizi dello SNAA.

A riguardo c'è da dire che questo obiettivo, che dovrebbe realizzare compiutamente il Distretto sociosanitario, di fatto, è seriamente depotenziato dalle attribuzioni prevalentemente sanitarie attribuite dal D.M. 77/2022 alle Case della Comunità.

LEA e LEPS

Con la delega si prevede l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti, mentre per i LEA restano in vigore le attuali procedure.

In più occasioni L'Auser ha messo in evidenza la necessità di integrare LEA e LEPS al fine di garantire un'organica offerta di servizi. Mantenendo separati il monitoraggio dei LEPS da quello dei LEA, si compromette seriamente la possibilità di realizzare l'integrazione dei servizi. Un monitoraggio unitario dell'insieme dei per la non autosufficienza è condizione imprescindibile per politiche integrate.

Servizi domiciliari ADI – SAD

Consideriamo l'attuale formulazione del testo un passo indietro rispetto alla precedente formulazione in cui si prevedeva che i servizi delle Asl (Adi) e quelli dei Comuni (Sad) convergessero in un unico servizio di Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria e sociale (ADISS). Integrando i servizi dei Comuni con quelli del Asl l'obiettivo è di garantire un mix di prestazioni adeguate ai bisogni dell'anziano. Oltre all'integrazione è decisivo il riferimento alla durata adeguata del servizio considerando che attualmente gli interventi

domiciliari più diffusi (ADI delle ASL) garantiscono poche ore di assistenza per alcuni mesi, mentre la non autosufficienza si estende per anni.

Nuove forme di domiciliarità

Nella Delega sono previste nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale, “da realizzarsi, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell’ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali”. Queste dovranno essere aperte a familiari, volontari e prestatori esterni di servizi.

Queste condivisibili indicazioni sono però decisamente parziali e non d’immediata comprensione. Infatti, non sono indicati gli obiettivi e non sono definiti gli elementi caratterizzanti di queste forme di risposta. Le tipologie di soluzioni proposte, inoltre, adottano una terminologia datata che non tiene conto delle innovazioni nazionali e internazionali.

Ne consegue che la previsione può essere considerata il punto di partenza per la definizione di una complessiva progettualità in materia di “comunità intenzionali”, in particolare nel quadro della tutela del diritto di invecchiare a casa propria e avendo ben presenti le opportunità che offrono le nuove tecnologie digitali nella cura e assistenza a distanza.

Le principali criticità

Qui di seguito si mettono in evidenza quelle criticità che secondo Auser, se non superate, sono tali da compromettere l’efficacia della riforma.

Competenze istituzionali invariate

Nello schema di legge delega le riforme previste si dovrebbero realizzare a competenze istituzionali invariate. Che la cosa possa avvenire, come la realtà insegna¹, suscita forti dubbi. La via maestra sarebbe quella di mettere mano al titolo V della Costituzione. Tuttavia il tema è quanto mai controverso e di complessa soluzione e subordinare a esso la riforma comporterebbe il rischio di rinviarla a tempi indeterminati. È indubbio però che un chiarimento si impone. Quanto avvenuto nel corso della emergenza sanitaria sta a dimostrarlo in modo chiarissimo. Non è più sostenibile un sistema sanitario che si dice nazionale, ma che, di fatto, si differenzia in 21 realtà regionali e all’interno di ognuna di esse. Tutto questo è fonte non tanto d’inefficienze, ma, cosa ancora più grave e contraddittorio con lo spirito della nostra Costituzione, è causa di discriminazioni di diritti fondamentali.

Quindi, bando a idee addirittura di rafforzare l’autonomia delle Regioni, la soluzione più immediata sta nel recuperare e dare forza a tutta la strumentazione nazionale che negli ultimi anni è stata depotenziata a partire dalla funzione della programmazione sanitaria e sociale nazionale. Si tratta di capire quali sono le leve statali da agire, trovando una sintesi tra unità d’indirizzo politico e valorizzazione dell’autonomia locale.

Nel contempo è necessario intervenire sulla governance dei sistemi sociosanitari regionali sollecitando l’unificazione della direzione politica e amministrativa sanitaria con quella sociale. Esiste una correlazione stretta tra processi d’integrazione sociosanitaria e unificazione della governance. Nelle Regioni dove questo è avvenuto, il processo d’integrazione ha beneficiato di un impulso straordinario: unificazione degli assessorati, integrazione stretta tra gli organi amministrativi, integrazione nella programmazione, integrazione delle risorse.

¹ https://www.auser.it/wp-content/uploads/2021/11/anziani_non_autosufficienti_e_integrazione_sociosanitaria.pdf

Riguardo alla governance locale occorre maggiore consapevolezza, a partire dai Sindaci, che la frammentazione delle politiche sociali, in particolare dei piccoli Comuni, impedisce alla radice ogni ipotesi credibile d'integrazione sociosanitaria.

Risorse invariate

In diversi passaggi dello Schema di legge delega 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”). Sappiamo che queste formule hanno un carattere precauzionale, tuttavia sono anche indicative di una situazione che non declina a favore di una riforma che per essere realizzata ha bisogno di risorse aggiuntive. Il passaggio cruciale è nel secondo comma dell’art. 8, dove viene indicato che ogni singola parte della riforma potrà essere tradotta in pratica solo quando si troveranno i relativi fondi. Fino a quando questi non saranno reperiti molte parti del DDL non potranno essere applicate. È naturale, dunque, ritenere che il tema delle nuove risorse è questione strategica.

Il problema, dunque, è dove trovare le risorse aggiuntive: è questo l’interrogativo cui dare risposte certe a garanzia del futuro della riforma. Avendo presenti il quadro delle attuali disponibilità pubbliche e private per la LTC, le risorse ricavabili, e le soluzioni adottate in altri Paesi, la riflessione non sarà semplice perché comporterà scelte molto serie. A fronte di questa esigenza, al di là dalla necessaria razionalizzazione degli attuali flussi di spesa e delle risorse del Piano di ripresa e resilienza che comunque avranno un carattere transitorio e non interessano la spesa corrente, la strada che riteniamo sia da percorrere è quella di fare del Fondo per la non autosufficienza un volano adeguato in consistenza e tempi, a costruire una politica per la LTC a 360°. *La via maestra per realizzare questo obiettivo è quella della fiscalità generale, a partire dalla prossima legge di Bilancio. Questo, come già previsto in Delega, nel quadro di una politica per la prevenzione (invecchiamento attivo) al fine di ridurre al minimo l’insorgenza di limitazioni funzionali nei longevi e di forte integrazione sociosanitaria per una spesa pubblica efficiente ed efficace.*

Residenze sociosanitarie assistenziali

Nel testo della delega si prevedono misure per perseguire adeguati livelli d’intensità assistenziale, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze e misure per perseguire requisiti strutturali che assicurino ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza dei residenti. Manca tuttavia un progetto d’insieme per la residenzialità in Italia. Un’idea sul modo in cui lo Stato possa sostenerle, promuovendone la presenza (estremamente difforme tra le regioni) e qualità. Altri Paesi hanno elaborato modelli di residenzialità costruiti promuovendo una offerta di nuovi modelli abitativi. Nel corso della pandemia numerose sono state le proposte di riforma delle RSA a partire dalle proposte della Commissione presieduta da Monsignor Paglia. Anche l’Auser ha avanzato le sue proposte², il tema di fondo è di costruire un modello di RSA che consenta all’anziano di coltivare una vita di relazioni essenziali al suo benessere.

Semiresidenze

² <https://www.auser.it/wp-content/uploads/2018/11/Ricerca%20Domiciliarit%c3%a0-%20impaginata.pdf>

Al di là della vaga esigenza di promuovere *“interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita”*, il testo è praticamente privo d'indicazioni. Una lacuna molto grave in considerazione dell'importante ruolo di questo servizio estremamente lacunoso in particolare nelle regioni del meridione.

Caregivers familiari

Nell'attuale stesura del DDL il tema dei caregiver familiari è stato sostanzialmente tolto. La scelta non è condivisibile in quanto l'obiettivo di una normativa unitaria per i caregiver di persone di ogni età può essere sicuramente perseguito introducendo nel DDL criteri di delega a copertura anche delle figura non previste nell'attuale formulazione. Adottare questo approccio apporterebbe un indubbio arricchimento all'insieme delle riforma.

Si sottolinea che il pacchetto di misure previsto nella precedente formulazione andava, comunque, decisamente rafforzato entrando più nel merito di bisogni e diritti di questa figura fondamentale nella assistenza ai non autosufficienti.

Il lavoro di cura

L'attenzione della Delega al lavoro di cura non è adeguato alla sfida del progressivo invecchiamento della popolazione. Troppo generico è il richiamo a *“identificazione dei fabbisogni regionali per assistenti sociali e pedagogisti”* o alla *“definizione di percorsi formativi”*. A parere di Auser è necessario dare indirizzi più di merito. La prospettiva deve essere il potenziamento delle risorse umane e delle competenze professionali pubbliche: non è più accettabile che nella medicina territoriale, nelle case della salute, nella assistenza domiciliare si continui a privatizzare e/o esternalizzare. Se si vuole realizzare una vera riforma della non autosufficienza, è indispensabile qualificare i servizi pubblici di adeguate figure professionali capaci anche di stare al passo della rivoluzione demografica e digitale. Anche nel merito degli assistenti familiari la delega, pur indicando la possibilità di rafforzare le agevolazioni contributive al fine di promuovere il loro impiego regolare e la qualità della loro occupazione, di fatto è priva un progetto d'insieme. Un progetto che richiederebbe una proposta compiuta su come collegare le assistenti familiari alla rete dei servizi, incentivarne le condizioni di lavoro regolari e promuoverne le competenze professionali. Ad esempio definendo in modo univoco il loro profilo professionale, la loro collocazione contrattuale, azioni per favorire l'aggregazione professionale di queste lavoratrici e lavoratori.

Allegato 1 - Principi e criteri per l'Invecchiamento Attivo

1. Promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative iniziative da svolgersi in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro.

2. Promozione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la solitudine, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva.

3. Promozione della lotta alle disuguaglianze, alla povertà e una crescita economica equa e sostenibile in risposta all'invecchiamento della popolazione.

4. Promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute in tutte le politiche pubbliche nazionali e locali.

5. Promozione e sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale di cui sono portatrici le persone anziane.

6. Promozione di sistemi di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socio-economiche.

7. Promozione di condizioni del mercato del lavoro in grado di rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione.

8. Promozione di modalità gradualali di uscita dal lavoro, che consentano la riorganizzazione di scopi e di ruoli, anche attraverso la promozione di iniziative di preparazione al pensionamento.

9. Promozione dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita.

10. Promozione dell'approccio di genere in una società caratterizzata dall'invecchiamento demografico.

11. Promozione del supporto alle famiglie che forniscono assistenza agli anziani.

12. Promozione di misure rivolte alle persone anziane in situazioni di emergenza collettiva.

13. Promozione della lotta all'ageismo in tutte le stagioni della vita.

14. Promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché in attività di sorveglianza, tutoraggio e cura delle altre fasce di età, svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie.

15. Promozione, anche attraverso interventi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione comunale, di programmi di adattamento del patrimonio abitativo, di nuove forme di domiciliarità, di azioni facilitanti l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro.

16. Promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie capaci di promuovere la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane al fine di favorire l'autonomia nella gestione della propria vita e di garantire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni.

17. Promozione del Fondo per il finanziamento di progetti a favore dell'invecchiamento attivo.

18. Promozione della ricerca sui processi di invecchiamento tenendo conto delle diverse situazioni socio, economiche, geografiche, sanitarie e ambientali per informare le politiche, basandole su prove evidenti.

19. Promozione dell'Osservatorio nazionale per l'invecchiamento attivo (buone pratiche).

20. Promozione di Tavoli permanenti sull'invecchiamento attivo e di promozione del partenariato a tutti i livelli istituzionali.