



Confederazione Nazionale *dell'Artigianato e della Piccola e Media Impresa*

Senato della Repubblica

10^a Commissione permanente

(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

AS 506

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

Memoria Audizione CNA Pensionati

15 febbraio 2023

Sommario

1. Il contesto di riferimento: transizione demografica verso una longevità di massa.....	1
1.1. I numeri del processo di senilizzazione della popolazione italiana e del crescente	
 bisogno di cure sanitarie e socio-assistenziali.....	1
2. I principi e criteri direttivi della delega: le osservazioni di CNA Pensionati.....	4
3. L'importanza di attuare il PNRR in tema di salute.....	7
4. I risultati dell'osservatorio CNA Pensionati sulla silver economy: l'impatto della	
 sanità territoriale e della telemedicina su un consistente campione di ricerca.....	8

1. Il contesto di riferimento: transizione demografica verso una longevità di massa

La pandemia di Covid-19 ed i suoi effetti più nefasti hanno purtroppo colpito prevalentemente la parte più anziana della popolazione. Tale esperienza traumatica è stata “rivelatrice” rispetto alla portata delle misure che saranno necessarie per dare risposta alla “cura delle fragilità”, materia su cui il Paese sarà sempre più esposto a causa dell’attuale dinamica demografica. D’altra parte è proprio il PNRR ad “assicurare” la vastità di tale impegno (decine di miliardi di euro, in particolare con le misure presenti nelle Missioni 5 e 6) e la certezza del suo propagarsi nel tempo.

Secondo CNA Pensionati questa è l’occasione per un “cambio di paradigma” rispetto alla concezione delle politiche sanitarie e socio-assistenziali quale improduttiva spesa (prevalentemente) pubblica. Un’arretratezza concettuale che può essere superata, invece, con la presa d’atto della loro natura di investimenti fondamentali per la complessiva tenuta sociale del Paese.

La prospettiva di interventi e riforme ideate “mettendo al centro la persona” – grazie al nuovo ruolo riconosciuto al territorio (“casa come primo luogo di cura”) e al supporto delle tecnologie digitali sempre più accessibili e vicine all’esigenze degli utenti finali – deve essere infatti l’occasione da cogliere per un nuovo sguardo d’insieme, anche sulle opportunità che tali investimenti possono innescare a beneficio del sistema economico e produttivo del Paese.

1.1. I numeri del processo di senilizzazione della popolazione italiana e del crescente bisogno di cure sanitarie e socio-assistenziali

I numeri, d’altra parte, parlano chiaro. Di seguito, riportiamo alcuni recenti *report* che registrano la tendenza in atto.

- **ISTAT, Storia demografica dell’Italia dall’Unità a oggi¹**

Tra il 2002 e il 2019 la popolazione totale over 65 anni è passata da 10,662 milioni a 13,693 milioni, con una crescita di 3,301 milioni di unità.

Negli ultimi venticinque anni la popolazione italiana è invecchiata tanto da portare la media d’età da 38 a 44 anni.

¹ Produzione editoriale, a cura di Istat, 7 febbraio 2023.

Sono 14,46 milioni gli over 65 al 1° gennaio 2022. Di questi, 4,5 milioni sono over 80.

- **ISTAT, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia²**

Sono circa 3.860.000 gli anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,6% della popolazione di 65 anni e più).

- **Rapporto Benessere Equo e Sostenibile - BES, capitolo Salute³**

Continua a ridursi la proporzione rispetto al totale degli anziani di 75 anni e oltre affetti da gravi limitazioni o condizioni di multicronicità⁴, sebbene i livelli permangono comunque elevati e riguardano nel biennio 2020-2021 quasi la metà di questa fascia di età (al 1° gennaio 2021 i residenti italiani che avevano compiuto i 75 anni di età erano oltre 7 milioni, pari all'11,9% del totale della popolazione).

- **Rapporto BES, capitolo Qualità dei servizi⁵**

La fascia d'età con maggiori problemi di accesso alle prestazioni sanitarie si registra per le persone più anziane: si passa dal 14,6% dei 55-59 anni che hanno dichiarato di aver dovuto rinunciare ad almeno una prestazione sanitaria di cui aveva bisogno, al 17,8% nella fascia con più di 75 anni (contro una percentuale nazionale nel 2021 dell'11%).

Nel 2020 la popolazione di oltre 65 anni che ha usufruito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI⁶) ammontava a circa 390.000 persone, pari al 2,8%. All'aumentare dell'età cresce il ricorso a tale servizio: è pari all'1% tra le persone di 65-74 anni e aumenta al 4,6% tra gli ultrasettantacinquenni.

- **Fonte rielaborazione dati INPS, Ministero della Salute e Ministero del Lavoro e Ministero della Salute⁷**

² Statistiche report - Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia Anno 2019, a cura di Istat, 14 luglio 2021.

³ Rapporto BES 2021, a cura di Istat, pp. 31 - 53.

⁴ Vedi BES, le patologie più diagnosticate sono l'ipertensione ed i problemi osteoarticolari (artrosi/artrite).

⁵ Rapporto BES 2021, a cura di Istat., pp. 228 - 241.

⁶ Vedi definizione BES: un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali (igiene personale, cura della persona, assistenza ai pasti, etc.) a favore gli anziani non autosufficienti nella loro abitazione.

⁷ Anziani, tutta un'altra vita, a cura della rivista Vita, dic 22 - gen 23.

ADI - Assistenza domiciliare integrata, spesa: 1,5 miliardi di euro (dato 2017), spesa media per presa in carico ovvero per anziano effettivamente assistito: 1.872 €.

SAD - Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale, spesa: 348 mln €, spesa media per utente: 2.037 €.

IDA - Indennità di accompagnamento, spesa 12,1 mld €, assegno standard da 529 € al mese, l'11,8% delle persone anziane in Italia percepisce l'Ida (dato 2018).

Sono 407.000 le badanti regolarmente occupate in Italia alla fine del 2019, di cui il 92% donne e per la larghissima maggioranza straniere. Se ne stimano almeno il doppio considerando il sommerso.

▪ **Rapporto INAPP⁸**

Invecchiare oggi in Italia rispetto a 20 anni fa vuol dire maggior occupazione (+11%), autonomia e indipendenza (+3,3%), miglior prospettiva di salute (+9,1%), rischio povertà più contenuto (-7,6%). Ma vuol dire anche essere uno dei riferimenti principali per il sistema di welfare “*informale*”, sia nella cura di nipoti o altri bambini (+4,3% rispetto al 2010), sia nella cura di altri anziani, o persone in condizioni di disabilità.

⁸ Rapporto 2021, a cura di Inapp, luglio 2022..

2. I principi e criteri direttivi della delega: le osservazioni di CNA Pensionati

CNA Pensionati aderisce al “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” fin dalla sua fondazione. Il Patto costituisce un’ampia coalizione sociale nata al fine di valorizzare al meglio l’occasione storica offerta dalla riforma nazionale dell’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia⁹, anche essa prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il Governo in carica, riprendendo il lavoro svolto dall’esecutivo precedente, lo scorso 19 gennaio 2023 ha approvato in Consiglio dei Ministri il cd. “Ddl Anziani”, che oltre ad una parte dedicata all’invecchiamento attivo, assorbe la maggior parte delle proposte fatte dal Patto e che possono essere sintetizzate con alcuni concetti chiave: nascita di un nuovo settore dello stato sociale, un sistema integrato per superare la frammentazione, la tutela pubblica della non autosufficienza, una sola valutazione per accedere alle risposte e servizi facili da raggiungere. Nella specie, è utile fare ordine delle principali misure contenute nel disegno di legge delega, rilevandone aspetti positivi e criticità, a partire da quei principi e criteri direttivi che, nel loro pratico svolgimento in sede di adozione dei decreti delegati, potranno, sin da subito, produrre un effetto materialmente percepibile sulla vita di utenti e beneficiari:

- *in primis* appare opportuno focalizzare l’attenzione sull’**art. 5, comma 2, lett. a), punto 1** del testo, concernente l’introduzione della **prestazione universale sulla non autosufficienza**. Una prestazione che sarà concessa su richiesta, a valle di una valutazione multidimensionale sui bisogni di assistenza (si v. l’art. 4, comma 2, lett. e) del provvedimento). Sostituirà, assorbendole, l’indennità di accompagnamento ed altre prestazioni attualmente in vigore, sulla falsariga di quanto già avvenuto con l’assegno unico per i figli. Da questo punto di vista, sarebbe utile configurare con l’esercizio della delega un puntuale regime giuridico dell’universalità della prestazione senza sperimentare discipline transitorie e di prova (come adesso invece indicato dalla disposizione *de qua*), prevedendo, al contempo, una maggiorazione del contributo per chi, in prospettiva, opti per una dote di prestazioni e servizi, in luogo del mero trasferimento economico;
- di fondamentale ausilio per delle condotte legalmente orientate da parte delle famiglie è la volontà del Governo, **fissata nelle successive proposizioni normative di cui**

⁹ PNRR, a cura del Governo, pp. 215-216 (Riforma 1.2 “Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti” in “M5C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”).

all'art. 5, di provvedere alla ricognizione e al riordino delle agevolazioni contributive e fiscali, al fine di sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio e di modo da promuovere l'occupazione di qualità, la certificazione e la qualificazione lavorativa nel settore dei servizi socio-assistenziali;

- sempre in tema di servizi sulla non autosufficienza, è essenziale che il legislatore delegato metta capo **all'art. 4, comma 2, lett. 1)**, del provvedimento in esame, con riguardo alla finalità integrativa degli istituti **ADI - Assistenza domiciliare integrata** (in capo all'ASL/distretto sanitario) e **SAD - Servizio di assistenza domiciliare** (in capo all'ATS/servizi sociali comunali). Solo in ragione dell'inveramento di questa opera di integrazione dei servizi domiciliari esistenti sarà possibile raggiungere l'obiettivo del PNRR del 10% degli over 65 coperti da interventi di cura ed assistenza "a domicilio" entro il 2026. Sotto tale profilo, auspichiamo un ulteriore passo in avanti del ragionamento, mediante il recupero della proposta di prevedere il c.d. ADISS (Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria e sociale), vale a dire un nuovo istituto in grado di combinare l'integrazione sociosanitaria e la durata adeguata ai bisogni dell'anziano;
- foriero di opportunità, per politiche adeguatamente indirizzate alle persone anziane, è anche **l'art. 3, comma 2, lett. a)**, del disegno di legge in esame, se si considerano gli ulteriori principi e criteri direttivi ivi fissati, in vista dell'apprestamento di **interventi dedicati all'invecchiamento attivo e alla promozione dell'autonomia degli anziani**, a cominciare: dalla sedimentazione della cultura della prevenzione, dal contrasto all'isolamento sociale, dalla promozione di interventi di sanità preventiva, dal promovimento di attività di utilità sociale, dalla facilitazione degli spostamenti, dal favorire nuove forme di domiciliarità e coabitazione solidale, ecc.;
- altri punti qualificanti dell'atto legislativo in questione attengono al coordinamento delle politiche nazionali in favore degli anziani, con specifico riferimento alla positivizzazione dei modelli organizzativi approntati allo scopo, quali, fra tutti, quello concernente l'istituzione del **CIPA - Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana** (cfr. **art. 2, comma 3**) e quello relativo allo **SNAA - Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente** (**art. 4, comma 2, lett. b)**), il quale, con il compito di procedere alla programmazione integrata, alla

valutazione e al monitoraggio dei servizi centralizzati e periferico-territoriali rivolti alle persone anziane non autosufficienti, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA per il tramite dei piani di cui all'art. 2, comma 3, lettera a), del disegno di legge. Momenti, questi, da presidiare in futuro, sia a livello nazionale che regionale-territoriale;

- in ultimo, a risultare decisivo per l'effettiva capacità dei decreti delegati di tutelare la dignità e promuovere, di pari tempo, le condizioni di vita, cura e assistenza delle persone anziane, sarà la concretizzazione dell'intendimento di Governo di recare **armonizzazione fra i LEPS e i LEA** (si v. l'art. 2, comma 3, lett. b)).

3. L'importanza di attuare il PNRR in tema di salute

La riforma principale prevista per la Missione 6 del PNRR, per inciso la salute, è rappresentata dall'assistenza territoriale, finalizzata al riordino dell'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria del SSN. È stata già oggetto di attuazione nel corso dello scorso anno per il tramite del decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

L'intervento si è posto l'obiettivo di definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, allo scopo di individuare *standard* strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale. Il decreto in parola ridisegna, quindi, la sanità territoriale, individuando tutta una serie di presidi: nuova centralità del distretto sanitario, case della comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali, ecc. Impalcatura, questa, preordinata a consentire l'implementazione di un sistema di cure primarie votato alla prossimità e alla domiciliarità. La messa a terra di tale riforma è propedeutica, fra l'altro, ad assicurare gli investimenti previsti per le cure domiciliari, con il già citato obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il 2026, il 10% della popolazione *over* 65. In questo senso, occorre dire che anche gli investimenti in telemedicina possono promuovere un'ampia gamma di funzionalità volte a sostenere la prevenzione e la cura in ambito territoriale e domiciliare.

Dunque è quanto mai necessaria una riflessione, da parte del legislatore, sulla costruzione di una cornice condivisa che faccia da ponte tra le varie misure del PNRR in tema di salute e assistenza. Il rischio è quello di fallire rispetto alla necessaria ricomposizione territoriale delle tante e molteplici indicazioni – separate tra loro, si veda anche la c.d. “Legge quadro sulla disabilità”¹⁰ o il recente varo del disegno di legge sull'autonomia differenziata – che vanno nell'ottica di una forte integrazione tra sanitario e sociale.

¹⁰ PNRR, a cura del Governo, pp. 215 (Riforma 1.1 “*Riforma organica del sistema di riconoscimento della condizione di disabilità, dei sostegni per la vita indipendente e delle misure per la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità*” in “*M5C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*”).

4. I risultati dell'osservatorio CNA Pensionati sulla silver economy: l'impatto della sanità territoriale e della telemedicina su un consistente campione di ricerca

Nel solco dei ragionamenti appena effettuati, ci preme mettere in luce come nel periodo febbraio/aprile 2022, la nostra articolazione del sistema CNA, denominata, per l'appunto, CNA Pensionati, nel rivolgersi ai propri associati, ha svolto una prima **indagine sulla silver economy**, verificando l'impatto della sanità territoriale e della telemedicina su un consistente campione¹¹. Tra i principali risultati è emerso che, nell'ultimo anno, il 19,1% degli intervistati è stato ricoverato in **ospedale**, con un livello di soddisfazione complessivamente soddisfacente, ma migliorabile (su una scala da 1 a 6, il 31% delle risposte indica valutazioni basse: da 1 a 3). Analogo discorso per quanto concerne la valutazione sul **medico di base** che spesso si limita a fare ricette, dedicando poco tempo a visite e ascolto.

Il 63,7% degli intervistati non conosce il **numero verde** (di regione/comune) a cui rivolgersi per avere informazioni sui servizi sanitari. In tale contesto, il 47,2% del campione indica la necessità di avere un **supporto professionale** (infermiere, OSS, ecc.) per prestazioni sanitarie a domicilio (es. iniezioni, misurazione pressione/saturazione, ecc.), il 40,4% l'esigenza di avere **supporto o aiuto a domicilio durante il giorno e la notte**, il 37% avere un **numero di telefono** di un servizio h24 (es. comune, asl, guardia medica ecc.) a cui rivolgersi in caso di necessità; l'8,6% indica l'esigenza di contattare telefonicamente CNA per un aiuto.

Relativamente ai **servizi di telemedicina**, il 22,5% del campione li ha utilizzati nell'ultimo anno (prevalentemente videochiamate con il medico di base). In tale contesto si rileva una soddisfazione migliore rispetto a quanto osservato per quanto concerne i servizi ricevuti da medico di base e ospedale (su una scala da 1 a 6, il 23,5% delle risposte indica valutazioni basse: da 1 a 3).

Tra i servizi di telemedicina, si evidenziano prevalentemente: teleconsulto con il medico di base (21%), verifica tempi di attesa al pronto soccorso (15,4%), ritiro e consegna referti (14,2%), servizio prenotazione CUP (13,4%), prenotazione farmaci (7%), ritiro e consegna certificati (5%), consegna ricette mediche al paziente (4,4%).

¹¹ Sono stati intercettati 3.000 associati in modalità mista attraverso la piattaforma web di rilevazione e raccolta questionari cartacei da parte delle articolazioni territoriali della Confederazione.

Un ultimo elemento di interesse è legato al fatto che oltre i 3/4 degli intervistati (76,4%) possiede uno smartphone e una buona percentuale di intervistati, il 52%, dichiara di avere una discreta confidenza con il mondo digitale.

In generale, il servizio ritenuto più utile dagli *over 65* è quello dell'**ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata), almeno dove funziona, perché in molte realtà appare essere molto limitata. Ne deriva una forte richiesta di potenziamento dei servizi distrettuali-territoriali, aspettativa coerente con le misure del PNRR.

Viene inoltre evidenziato il cronico problema delle **lunghe liste d'attesa** che penalizzano soprattutto i pensionati (il “flusso di utenti” maggiore per tale tipologia di prestazioni).

Per quanto riguarda il rapporto con il **medico di medicina generale** (MMG) emerge una contraddizione: da un lato viene considerato ancora un punto di riferimento, ma dall'altro viene segnalata la carenza che impedisce una assistenza capillare assistenza sul territorio. Viene segnalata anche la mancanza delle visite a domicilio e di un coordinamento nella rete territoriale, aspetti questi che dovranno essere affrontati con l'introduzione/implementazione delle CdC (Case della Comunità) e delle COT (Centrali Operative Territoriali).

Sulla base dei risultati emersi dall'indagine, riportiamo, di seguito, alcuni suggerimenti e considerazioni che potrebbero essere utili al processo di implementazione degli investimenti del PNRR in ambito sanitario ed assistenziale. Nel merito:

- la **telemedicina** deve essere concepita come un servizio dove si portano i dati del paziente a qualcuno che li sa analizzare e interpretare, così da restituire indicazioni utili per impostare la terapia e/o assistenza necessaria. Rappresenta, quindi, un **sistema integrato che deve essere presidiato** affinché, nei vari territori, non vengano vendute o prestate alle aziende sanitarie prodotti che non sono realmente utili, a spese dei fondi pubblici;
- **costruire alleanze e sinergie con gli operatori sanitari**, posto che il tema più rilevante del momento è quello dell'introduzione delle case della comunità, degli ospedali di comunità e delle centrali operative territoriali. L'agenzia nazionale dei servizi sanitari (Agenas) ha identificato circa 1.430 case della comunità sul territorio nazionale e 434 ospedali di comunità per ricoveri *post acuti* e cure intermedie a bassa intensità che possono essere affrontate con la presenza di infermieri e di medici di medicina generale

per una parte del loro tempo con un'applicazione innovativa dell'ACN firmata il 28 Aprile 2022;

- **favorire i servizi di prossimità**, in considerazione del fatto che tra i servizi di assistenza più frequentemente richiesti da *target* di popolazione di età avanzata vi è quella della **consegna dai farmaci al domicilio**. A questo proposito, è importante che le farmacie assumano il ruolo di presidio del Servizio Sanitario Nazionale sul territorio in forma capillare. La normativa sulle farmacie e il coinvolgimento nella fase di Covid-19 le qualifica sempre più come presidio sanitario territoriale, favorendo così il recupero da parte dei farmacisti del loro ruolo professionale. È importante che nel prossimo futuro si diffonda l'utilizzo di **ricette elettroniche** con validità prolungata, che dal medico passino direttamente in farmacia, la quale si organizza per recapitarle al domicilio del paziente fragile non in condizioni di autonomo ritiro. Si tratta di proposte che vanno nella direzione dell'auto-organizzazione della rete locale attraverso collaborazioni e alleanze. Del resto, un servizio di prossimità efficiente si ottiene organizzando tanti soggetti che insieme lavorano per un servizio comune;
- **promuovere azioni di comunicazione rivolte ai cittadini**, perché si sappia della graduale diffusione sul territorio delle case e degli ospedali di comunità. Affinché i servizi offerti vengano efficacemente utilizzati è quindi importante promuovere azioni di comunicazione rivolte alla cittadinanza sui nuovi luoghi di cura e sulle prestazioni erogate di cui i cittadini hanno diritto. Occorre suscitare interesse nelle persone verso i nuovi modelli assistenziali attraverso operazioni mirate di informazione. Altrimenti, il rischio è quello di creare nuovi servizi sul territorio che non sono conosciuti e riconosciuti come opportunità per il cittadino e per i professionisti stessi.

