

Osservazioni sullo Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della legge delega 33/2023

- 12.2.2024

link: [Dossier SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL per l'attuazione della legge delega 33/2023](#)

Abbiamo più volte dichiarato che i Decreti attuativi la legge delega 33/2023 devono affermare il principio di equità del diritto alle cure e all'assistenza con una copertura di carattere pubblico, universale ed uniforme, superando la frammentarietà e riducendo le disuguaglianze tra aree del Paese. Per dare così risposte certe a milioni di persone anziane e alle loro famiglie, che affrontano quotidianamente grandi disagi, sofferenze e rischi di impoverimento, e per affermare i diritti, la dignità, il valore della persona in ogni fase della vita, come vuole la nostra Costituzione.

Il 25 gennaio scorso, il Consiglio dei Ministri ha approvato uno "[Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane](#)", in attuazione della legge delega 33/2023, sul quale esprimiamo le seguenti valutazioni e proposte:

- Il confronto preventivo all'adozione dello schema di D.Lgs con le organizzazioni sindacali è stato "frammentato", pur avendo SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL presentato precise proposte per l'attuazione della legge 33/2023 (*si veda il Dossier allegato*).
- Lo schema di D.Lgs in oggetto è stato licenziato - per rispettare la scadenza del 31 gennaio 2024 (prevista dalla legge delega) - nella forma "omnibus": contiene cioè diverse materie che potevano essere trattate con singoli specifici decreti. Così molti articoli, anche condivisibili, sono ripetitivi di quanto già affermava la legge delega, ma **non la traducono immediatamente in misure operative**. Nei fatti, **si rinvia l'adozione della legge delega** a ben diciassette provvedimenti attuativi da adottarsi nei prossimi mesi, e di conseguenza si rinviando le procedure operative.
- Lo schema **non prevede finanziamenti aggiuntivi** per tutti i servizi contemplati dal decreto, ma solo riutilizzo di fondi già esistenti, in contraddizione con la necessità di rendere esigibili le misure previste.
- In riferimento all'articolato, riteniamo opportuno indicare, accanto a osservazioni, anche alcune proposte:

| | |
|--|-------------------|
| La definizione di " persona anziana " (ultra 65enne) e " persona grande anziana " (ultra 80enne) va precisata per usufruire dello stesso diritto nell'accesso a servizi e a prestazioni. | Art. 2 |
| Le funzioni per il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) e per il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) vanno meglio specificate onde evitare la creazione di un sistema anziani separato dal SSN e dagli altri servizi sociali, ma favorire invece un maggior coordinamento e integrazione tra i diversi soggetti istituzionali. In questo senso, è positivo che il Piano non autosufficienza sia considerato parte integrante del Piano nazionale interventi e servizi sociali ex Legge 328/2000. | Art. 3 Art. 21 |
| Le indicazioni sulla "prevenzione delle fragilità, la promozione della salute e l'invecchiamento attivo, sono prive di un approccio di genere e in buona parte rinviate a provvedimenti successivi. Sull'invecchiamento attivo occorre inserire riferimenti espliciti alle raccomandazioni condivise nella conferenza dell'UNECE di Roma 2022 dal Forum della Società Civile e della Ricerca Scientifica. E occorre prevedere misure più concrete e operative per l'invecchiamento attivo e in buona salute "in tutte le politiche" pubbliche nazionali, regionali e locali. Il piano nazionale per l'invecchiamento attivo deve prevedere l'istituzione dell'Osservatorio nazionale per l'invecchiamento attivo. | Art. 4, 5, 6 |

| | |
|---|---------------------|
| <p>Da segnalare che per l'Invecchiamento Attivo dei lavoratori (art. 5) si fa riferimento solo al ruolo dei Datori di lavoro ma non delle parti sociali. Inoltre che non c'è alcun riferimento alle condizioni del mercato del lavoro in grado di rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione.</p> <p>Non sono previsti progetti per il servizio civile per anziani attivi.</p> <p>Manca un'azione riferita alle dipendenze, soprattutto da gioco d'azzardo patologico, fenomeno importante e in crescita nella popolazione over 60.</p> <p><i>Le nostre proposte di dettaglio sono contenute nel documento SPI CGIL, FNP, CISL UILP UIL – AUSER, ANTEAS, ADA “Proposte per i decreti legislativi in attuazione della legge 33/20231 in riferimento all'Invecchiamento Attivo” (vedi Dossier).</i></p> | |
| <p>Sulla mobilità delle persone anziane, si rinvia ad un altro decreto riservando una quota del Fondo Trasporto Locale (28 milioni annui) da ripartire alle Regioni, per finanziare servizi di trasporto pubblico appositamente dedicati. Al riguardo, occorre precisare che gli investimenti pubblici per accessibilità e agibilità dei trasporti pubblici sono finalizzati a nuovi modelli di viabilità più adatti e attenti alle vulnerabilità e fragilità. Rispetto alle politiche sulla mobilità, occorre prevedere anche misure di prevenzione e garanzia di sicurezza stradale.</p> | Art. 7 |
| <p>Sul turismo di benessere e turismo lento vengono indicati programmi e convenzioni ma sono enunciazioni generiche su un tema che potrebbe avere più concretezza.</p> | Art. 8 |
| <p>Occorre chiarire se la prevista sperimentazione sulla Telemedicina è aggiuntiva rispetto agli obiettivi della Missione 6 Componente 1 Sub investimento 1.2.3. circa la popolazione anziana da coinvolgere. L'individuazione del target “persone grandi anziane (ultra80enni) con almeno una patologia cronica” può escludere persone di altre età che potrebbero avere maggiori bisogni. Inoltre, non è “credibile” che le prestazioni aggiuntive possano essere svolte con le risorse umane, strumentali e finanziarie, disponibili a legislazione vigente.</p> | Art. 9 |
| <p>Sul dialogo e l'incontro intergenerazionale nelle scuole e università più che misure operative si elencano auspici (anche in questo caso senza maggiori oneri per la finanza pubblica).</p> | Art. 11 |
| <p>Le soluzioni potenzialmente più interessanti sulle nuove forme dell'abitare, che possono prevenire le istituzionalizzazioni degli anziani, sono rinviate a successive norme, e sono riferite al solo cohousing, mentre occorre prevedere misure riferite anche agli alloggi individuali (che oggi riguardano la maggior parte degli anziani). Si prevedono connesse forme di rigenerazione urbana, anche qui rinviando a successivo decreto che va preceduto da un adeguato confronto con il sindacato e le associazioni. Sul cohousing prevedere dei progetti di coabitazione tra studenti universitari e pensionati anche per contrastare il caro affitti.</p> | Art. 15, 16, 17, 18 |
| <p>Sul divario e la facilitazione digitale, i progetti sono condivisibili ma di difficile realizzazione senza risorse adeguate.</p> | Art. 19, 20 |
| <p>Sull'attuazione dei Livelli Essenziali Sociali della non autosufficienza - LEPS NA e su funzioni e potenziamento degli Ambiti Territoriali Sociali ATS, si ribadiscono concetti condivisibili, già espressi nella legge delega, ma si rinvia ad atti successivi, per i quali auspichiamo un preventivo confronto anche con il sindacato.</p> | Art. 22, 23, 24 |
| <p>Poco vincolanti - e comunque rinviate a successiva norma (rinvio di 12 mesi, nell'ambito del medesimo decreto previsto per lo strumento di valutazione multidimensionale uniforme di cui all'art. 27 e rinvio a un altro decreto la definizione dei criteri per l'individuazione dei requisiti dei servizi domiciliari sanitari e socio sanitari (art. 31) - le condivisibili previsioni sull'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria territoriale e domiciliare, e quindi sul rapporto tra ASL-Distretti e Comuni-ATS (ad esempio per i Punti Unici di Accesso).</p> <p>Per rendere più vincolanti le norme rinviate, occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendere obbligatorio l'Accordo di collaborazione organizzativa tra Comuni-ATS e ASL-Distretti, e la loro coincidenza territoriale; | Art. 26, 29, 31 |

| | |
|--|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - unificare/integrare la centrale operative di ADI sanitaria e SAD sociale, che attualmente sono inadeguati nell'intensità e durata rispetto ai bisogni bio psico sociali espressi dalle persone non autosufficienti e dalle famiglie e non coprono assolutamente l'utenza potenziale; - fissare come obiettivo vincolante la creazione di un nuovo sistema per la domiciliarità che assicuri – tramite il Piano di Assistenza Individuale e adeguati sostegni anche economici - la continuità assistenziale (h 24 x 365 giorni) secondo esigenza della singola persona, il coordinamento di tutte le risorse/servizi attivabili (assistenza sanitaria e socioassistenziale, assistenti familiari, caregiver, centri diurni, servizi di sollievo, ecc.) <p><i>Le proposte di dettaglio sono contenute nel documento SPI CGIL, FNP, CISL UILP UIL "...per attuare la legge 33/2923 ... sulla Domiciliarità (vedi Dossier)</i></p> | |
| <p>Per i criteri di accesso ai Punti Unici di Accesso (PUA), per la composizione e il funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali UVMS e per lo strumento della valutazione multidimensionale uniforme a livello nazionale, anche ai fini dell'individuazione dello specifico bisogno assistenziale graduato (art. 2), si rinvia a successivi decreti (<i>rinvio di dodici mesi</i>): la questione è centrale, ha effetti sull'accesso delle persone alle prestazioni e ai servizi (auspichiamo un adeguato confronto anche con il sindacato). Da approfondire e non condivisibile la previsione di aprire equipe private nei PUA.</p> | Art. 27, 28 |
| <p>Non si interviene adeguatamente su residenzialità e semiresidenzialità, si rinvia ancora un riordino normativo e operativo di strutture che si sono rivelate in molti casi - specie durante la pandemia – non adeguate ai tempi e alla nuova domanda di residenzialità. Queste strutture, invece, devono diventare familiari, aperte, integrate nelle comunità locali, di piccole dimensioni. Occorre passare dall'attuale modello di residenzialità del "posto letto" a un modello fondato sul "luogo di vita" e di continuum assistenziale della persona alla situazione di salute. <i>Le nostre proposte sono contenute nel documento SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL "Attuazione della legge33/2023 ... Servizi Residenziali" (vedi Dossier).</i></p> <p>Anche in questo caso le misure concrete vengono rinviate (di quattro mesi): definizione di nuovi standard per l'accreditamento, i cui principi, in linea di massima condivisibili, non sono però sufficientemente vincolanti.</p> | Art. 31 |

| | |
|---|----------------------------|
| <p>La misura che ha avuto più visibilità nei media è la Prestazione Universale PU, che dovrebbe nelle intenzioni dell'Esecutivo sostituire e integrare l'indennità di accompagnamento. È sperimentale e parte tra alcuni mesi: dal 1.1.2025 al 31.12.2026. Condividiamo il metodo della sperimentazione per evitare imprevisti e continuare a garantire l'unica prestazione statale garantita alle persone disabili e non autosufficienti al 100%. Purtroppo, la prestazione prevista dal decreto è destinata ad una piccolissima parte della popolazione non autosufficiente: persone ultra80enni in possesso dei requisiti per il riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento, con gravissime limitazioni e con un reddito Isee sotto i 6mila euro. La PU è riconosciuta a domanda, è composta dal valore dell'Indennità di Accompagnamento e da 850 euro/mese aggiuntivi, ma nel limite massimo di spesa di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 250 milioni per l'anno 2026 (la stima sul numero dei beneficiari è contenuta nella Relazione Tecnica dello Schema di D.Lgs: circa 25mila persone), forse un numero neanche sufficiente per la validare la stessa sperimentazione. In vista dei successivi decreti (rinvio di tre mesi) <i>che</i> devono disciplinare anche l'attuazione della sperimentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - occorre riconoscere, già dalla sperimentazione, che esistono diversi livelli di gravità del bisogno assistenziale – e la necessità di interventi precoci, in età meno avanzata, per prevenire aggravamenti - sui quali dovrebbe essere graduata la misura (come peraltro prevede la legge delega). - Occorre confermare la facoltà di scelta, reversibile, tra Indennità di Accompagnamento e Prestazione Universale da parte del cittadino. - L'assorbimento nella PU riguarda, oltre alla quota dell'Indennità di Accompagnamento, solo i contributi ex art. 1 comma 164 della Legge 234/2021, in ciò sembra esserci contraddizione con la legge delega art. 5 c.2 a 1. - Deve esserci un nesso tra Prestazione Universale e presa in carico (Piano di Assistenza Integrata PAI). - L'erogazione della PU dopo la sperimentazione non può essere limitata solo a persone in condizioni economiche difficili, ma va considerato il fabbisogno assistenziale. | <p>art. 34, 35, 36</p> |
| <p>La ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali non è sufficiente a costruire un sistema di sostegni alle persone e alle famiglie che assicurano le cure a casa. Vanno gradualmente riviste e potenziate le attuali agevolazioni contributive e fiscali, altrimenti si riduce enormemente la possibilità di costruire una nuova domiciliarità, che integrando nel Piano di Assistenza Individuale Integrato (PAI) tutte le risorse disponibili (dall'Assistenza Domiciliare socio sanitaria, ai servizi di sollievo, fino al sostegno dell'Assistente familiare e del caregiver e alle agevolazioni fiscali e contributive), deve poter assicurare una continuità anche fino a 24 ore tutti i giorni. Inoltre permane l'onere pesantissimo di rette e tariffe nei servizi residenziali e semiresidenziali.</p> | <p>Art. 37</p> |
| <p>Sul personale si interviene sugli assistenti familiari, in riferimento alla formazione, all'eventuale riconoscimento di requisiti professionali e alla creazione di albi regionali; e non si prevede il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali. L'unico riferimento indiretto sul restante personale si riscontra nell'articolo 31 comma 7 che rinvia a un decreto sui requisiti per l'accreditamento dei servizi pubblici e privati sanitari e socio sanitari, per il quale è indispensabile prevedere un confronto con le organizzazioni sindacali dei lavoratori interessati.</p> | <p>Art. 38</p> |
| <p>Sui caregiver la norma sembra intervenire ben oltre la delega assegnata dalla legge 33/2023, e in parallelo è previsto un decreto ad hoc su questa figura auspichiamo coerente con il percorso.</p> | <p>Art. 39</p> |
| <p>La limitazione a 70 anni del sistema di assistenza e cura previste dal Titolo II, riduce la platea di riferimento ma soprattutto esclude le persone anziane non autosufficienti nella fascia di età tra i 65 e i 70 anni. L'articolo 40 va perciò abrogato.</p> | <p>Art. 40</p> |
| <p>Sulle disposizioni finanziarie, come già detto, non si prevede nessun finanziamento aggiuntivo ai fondi già esistenti. Occorre invece accompagnare le norme previste in attuazione del D.Lgs con un percorso certo nei prossimi anni, per un progressivo e consistente incremento dei fondi, sociali e sanitario, per la non autosufficienza. Per fronteggiare seriamente l'invecchiamento della popolazione è fondamentale aumentare anche le risorse: le attuali non sono assolutamente proporzionate ai bisogni.</p> | <p>Art. 41</p> |