

**Seminario on-line svolto il 30/3/2023, organizzato dal Coordinamento Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali della Regione Piemonte sulla legge "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" approvato in via definitiva dalla Camera dei deputati il 21 marzo 2023.  
Il testo che segue è quello delle slide presentate nell'intervento di Maurizio Motta**

Conviene esaminare la legge delega anche alla luce di altre norme che hanno introdotto livelli essenziali delle prestazioni per i servizi sociali (denominati LEPS). Il che peraltro è avvenuto in modo molto caotico, ad esempio con la legge di Bilancio per il 2022 (l. 234/21), e il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 (Dpcm 3/10/2022).

Vorrei dunque qui:

- non "descrivere" la legge delega, ma evidenziare solo alcuni snodi critici, tra i molti della legge
- anche con qualche proposta per i decreti delegati e le scelte locali. E citando meccanismi già immessi da altre norme nazionali

### **1) GLI STRUMENTI DI GOVERNO LOCALE**

A) La legge delega assegna ruoli di programmazione e gestione dei servizi sociali locali agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS, definiti nell'art. 1, c. 1, lettera b). E prevede che:

- Art. 4, c. 2, lettera c): i decreti delegati dovranno definire il Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNNA) "*cui concorrono secondo le rispettive competenze... a livello locale l'ATS e il distretto sanitario*". Ma "concorrono" a me pare sinceramente una formulazione troppo generica.
- Art. 4, c. 2, lettere g) e h) : i decreti delegati dovranno prevedere "*un omogeneo sviluppo degli ATS*" e "*integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS*". E anche qui mi pare si resti su criteri troppo generici

B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 prevede che gli ATS sono la sede della programmazione locale e "*realizzano i LEPS*". Gli ATS sono definiti dalla Regione (di concerto con gli Enti Locali) come territorio e strumenti. Il PNNA prevede un dettagliato schema di Accordo di programma tra ASL e ATS per definire "come fare" integrazione tra servizi sanitari e sociali per non autosufficienti, schema che va adottato dalle Regioni; e prevede risorse mirate a potenziare gli operatori sociali degli ATS dedicati alla non autosufficienza

Non c'è dubbio quindi che la normativa nazionale punti ad accelerare il ruolo degli ATS come governo locale del welfare sociale, e che le Regioni abbiano rilevanti scelte da gestire allo scopo. Ed in Piemonte natura e ruolo degli ATS sono da definire meglio

### QUALCHE PROPOSTA

A) Sugli organi di governo locale (ATS) sarebbe utile almeno chiarire:

- La "forma" degli ATS, anche solo che il loro reticolo territoriale sia coerente con quello delle ASL e/o dei distretti
- Le loro funzioni: solo programmare il welfare sociale locale (poi gestito dai Consorzi o Unioni di Comuni), oppure anche gestirlo? La legge delega attribuisce agli ATS "la gestione" (art.1). Ed inoltre elenca molte politiche locali da attivare anche per anziani

autosufficienti: per l'invecchiamento attivo, per contrastare la solitudine, di rigenerazione urbana. Ma non chiarisce "chi" deve gestirle a livello locale, e quindi quali compiti in merito tra ATS e Comuni.

- Come rafforzare il rapporto tra ASL e Comuni, almeno potenziando le funzioni degli organismi dei Sindaci all'interno delle ASL (Conferenza dei Sindaci e Comitato dei Sindaci di distretto (dal D. Lgs 502/92 e smi)
  - Se incentivare un governo locale sovracomunale su più materie molto collegate, che interagiscono nel disagio sociale. Ossia non solo "assistenza sociale", ma anche politiche abitative e del lavoro. Una domanda da non eludere: se si desiderano forti sinergie tra diverse politiche, e integrazione tra i rispettivi servizi, una preconditione necessaria non è anche che i governi di quelle politiche siano più unificati?
- B) Se costruire integrazione sociosanitaria (come connessione tra servizi sociali e sanitari) è utile, è però necessario prima chiarire che cosa "non deve essere" l'integrazione sociosanitaria, ossia le funzioni di ASL e ATS/Comuni sulla non autosufficienza. Per essere molto concreti sul punto:
- tra i LEPS introdotti dalla legge 234/2021 (art. 1, comma 162) c'è il ruolo dei servizi sociali nel garantire la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità. Io lo trovo un modo davvero bizzarro di definire livelli essenziali: paradossalmente una famiglia che ha autonomamente assunto un assistente familiare potrebbe chiedere ai servizi sociali anche solo di sostituirla; ed i LEPS si connotano come diritti soggettivi esigibili. Dunque è un problema anche "il modo" con cui si iniettano caoticamente LEPS nel welfare pubblico
  - l'integrazione sociosanitaria non deve essere l'attribuzione ai soli servizi sociali di tutta l'assistenza tutelare ai non autosufficienti, senza un ruolo del SSN. Ma tornerò su questo punto cruciale

## **2) IL PRIMO ACCESSO DEGLI UTENTI NON AUTOSUFFICIENTI**

- A) La legge delega prevede, Art. 4, c. 2, lettere i) ed l) che si semplifichi presso i PUA (Punti Unici di Accesso), collocati nelle Case della Comunità, l'accesso ai servizi del Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNNA). E presso i PUA si svolga la valutazione multidimensionale degli utenti per fare poi il Piano di assistenza (PAI)
- B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 dettaglia molte azioni per potenziare i PUA (anche con risorse mirate), e definisce bene come LEPS ("LEPS di processo") l'allestimento del percorso di accesso del cittadino, anche esponendo specifici "Obiettivi di servizio" da raggiungere in ogni anno dal 2022 al 2024

## QUALCHE PROPOSTA

Il tema del percorso di accesso (e dei PUA) è molto importante per utenti e famiglie: basti pensare alle loro difficoltà per "sapere dove andare a chiedere che cosa", oppure nel peregrinare faticosamente tra più sportelli/servizi diversi. Ma sarebbe utile prevedere meglio:

- A) Chi gestisce i PUA. Il Piano Nazionale Non Autosufficienza prevede che abbiano sede o nelle "Case della comunità" (del SSN), o in altre sedi scelte dalla programmazione locale. E prevede che l'accordo di programma tra ASL e Ambiti Sociali lo chiarisca. Dunque è scelta regionale e/o locale collocare i PUA, e definire bene "chi gestisce che cosa"
- B) Obiettivi e strumenti dei PUA:

- Nel loro primo accesso alle famiglie dei non autosufficienti interessa non solo sapere come arriveranno alla valutazione in UVG o agli interventi dell'ASL e dei servizi sociali, ma anche conoscere tutto ciò che potrebbero chiedere ad altri enti/servizi pubblici. Contrariamente a quanto prevede la legge delega, il PUA dunque dovrebbe informare su "tutto ciò che i non autosufficienti potrebbero chiedere", a qualunque Ente/servizio pubblico
- E se il PUA vuole svolgere questa cruciale funzione deve essere dotato di strumenti, come potrebbe essere un "catalogo informatizzato sempre aggiornato di tutti gli interventi per i non autosufficienti". Strumento che non può crearsi ogni singolo PUA, ma deve essere fornito da una redazione dedicata

Altrimenti c'è il rischio che la famiglia venga a conoscenza in ritardo, o solo per caso, che esiste l'indennità di accompagnamento, o le detrazioni per lavori di riduzione delle barriere architettoniche in casa, o le varie agevolazioni fiscali.

### 3) POTENZIARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Per "curare a casa" (come dice il PNRR... "la casa come primo luogo di cura") davvero un non autosufficiente occorre:

- Potenziare gli interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici (come la radiologia domiciliare e i prelievi per esami), riabilitativi, e superare un intervento del medico di medicina generale come operatore che lavora da solo.
- Ma soprattutto fornire molti più sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana (per andare a letto ed alzarsi, usare i servizi igienici, mangiare, vestirsi, essere lavati). E' proprio la mancanza di questi sostegni che oggi costringe a ricoveri indesiderati in RSA, o ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, od a portare per disperazione i non autosufficienti al Pronto Soccorso, o al crollo od impoverimento delle famiglie.

E (purtroppo) il PNRR finanzia soprattutto il potenziamento dell'ADI come è ora (infermieri a domicilio, in alcune Regioni a volte con poche ore di OSS).

- A) La legge delega non contiene un impegno strategico per potenziare l'offerta di supporti domiciliari tutelari negli atti della vita quotidiana. Ci sono solo gli art. 5 e 8 che si limitano a rinviare a fondi esistenti, e l'art. 4, comma 2, lettera n), che si limita a prevedere "l'integrazione tra ADI e SAD"; ma cosa vuol dire?
- B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 lascia intendere priorità all'assistenza domiciliare, ma non innesta specifiche risorse per potenziarla, salvo quelle per assumere operatori degli ATS per i PUA, e prevedere che il Fondo Non Autosufficienza (ma per tutte le sue finalità) crescerà da 822 milioni nel 2022 a 913 nel 2024

### 4) COME OFFRIRE ASSISTENZA DOMICILIARE TUTELARE?

Non solo con poche ore di OSS o con denaro alle famiglie (perché ci sono quelle che non riescono ad usarlo da sole). Occorre un'assistenza domiciliare che posso articolarsi in più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione.

- A) La legge delega non prevede nessun vincolo ad offrire questa gamma di possibilità. C'è solo:

- All'alt. 3, c. 2, lettera c) punto 2) un generico obiettivo di “accesso al continuum di servizi” previsti nella programmazione statale e regionale
- All'art. 4, c. 2, lettera l), punto 3) la previsione di un generico “Budget di cura e assistenza” del quale non si descrive costruzione ed uso, mentre è un meccanismo cruciale da definire

B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 prevede:

- Che si possano offrire interventi anche come assegni di cura alle famiglie per retribuire lavoro di cura o acquisto di servizi domiciliari
- Azioni del Ministero Lavoro e Politiche Sociali per la “...*progressiva costruzione del budget di cura*”

### 5) L'ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE INCLUDERE RUOLI E SPESA DEL SSN

Qualunque famiglia, od operatore sanitario, sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto la titolarità del SSN e con una sua compartecipazione finanziaria, per più ragioni:

- Perché già succede: i LEA già prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non solo le spese sanitarie o di professioni sanitarie, ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, etc). Dunque perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo che se la stessa persona è assistita a casa la tutela sia in parte a carico del SSN? Ma entro i LEA (e non con risorse “extra LEA”). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto incentiva solo il ricovero.
- Perché il SSN oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per degenze che spesso sono solo “posteggi” in attesa di un posto in RSA o in assistenza domiciliare). E il SSN spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in RSA (il 50% del costo totale). Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso SSN?
- Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra ASL, col concorso finanziario ASL negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente. Garantire a un non autosufficiente poche ore settimanali di OSS al domicilio serve ad evitare il ricovero solo per le famiglie che possono aumentare queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le altre che hanno meno risorse proprie.
- Perché i non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del SSN, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte, e non basta invocare una generica “integrazione sociosanitaria” (come purtroppo fanno anche i vigenti LEA)

A) La legge delega non prevede questo ruolo del SSN, né una integrazione dei LEA, ma soltanto impegni sui LEPS. C'è solo:

- All'art. 2), c. 3, lettera b) è prevista una “armonizzazione dei LEPS con i LEA”
- All'art. 4), c. 2, lettere e), f), g): la previsione di un monitoraggio dei LEPS, il coordinamento tra interventi sociali, sociosanitari e sanitari, la promozione di integrazioni funzionali tra distretti sanitari e ATS gestori dei servizi sociali

B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 è per definizione mirato solo alle funzioni dei servizi sociali, e si limita a

“stimolare integrazioni” con i servizi sanitari

## 6) PIU' DIRITTI ESIGIBILI PER I NON AUTOSUFFICIENTI

Oggi molte Regioni e ASL utilizzano (specialmente per gli interventi per i non autosufficienti) il criterio di intervenire “solo se e quando ci sono risorse finanziarie”. Perciò occorre che si arricchiscano contenuti proprio entro i LEA sociosanitari, per dare agli interventi natura di diritti davvero esigibili (interventi anche minimi, e non solo “un posto in lista d’attesa”). Ed è bene che ciò avvenga proprio entro i LEA perché:

- è bene che i LEA restino il principale contenitore che regola il SSN, per non frantumare la normativa; e per il profilo giuridico costituzionale che hanno i diritti entro i LEA
- perché i LEA sono le uniche prestazioni soggette a verifiche annuali del loro adempimento (e gli attuali indicatori di adempimento LEA sono deboli proprio per la non autosufficienza). La legge delega tuttavia (art. 4, c. 2, lettera e) prevede che si attivi un sistema di monitoraggio dei LEPS
- perché i LEA vigenti sono deboli nel definire sia l’assistenza domiciliare per non autosufficienti, sia l’integrazione sociosanitaria: nel loro Dpcm, al Capo IV (Assistenza sociosanitaria), ci si limita a prevedere che gli interventi del SSN “...sono *integrati da interventi sociali*”, il che non spiega nulla.

A) La legge delega non prevede alcun rafforzamento dei LEA, né più diritti entro il SSN. Di fatto la **legge poggia tutta sull’idea (non accettabile) che gli interventi domiciliari mirati alla tutela negli atti della vita quotidiana debbano essere compito dei soli servizi sociali, o delle famiglie.**

B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 molto introduce sui LEPS, ma sui LEA si limita a esporre ciò che già prevedono

## QUALCHE PROPOSTA SULL’ASSISTENZA DOMICILIARE

Che per comodità espongo qui come se fosse un testo da immettere nei decreti delegati

“Il piano di assistenza domiciliare tutelare deve obbligatoriamente potersi articolare in più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con supporti per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.”.

“Il piano di assistenza deriva dal budget di cura e assistenza, il quale è graduato per crescere all’aumentare del grado di non autosufficienza, ed è composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell’utente o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti. Tale budget viene trasformato nella retta per l’inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di

assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana”. E così si estenderebbe all’assistenza domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle RSA, dove questo budget di cura è appunto la retta

## **7) L’ASSISTENZA DOMICILIARE AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DEVE PREVEDERE MECCANISMI DI PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO ANALOGHI ALLA RESIDENZIALITÀ**

Propongo due attenzioni:

- Il budget di cura per l’assistenza domiciliare (cioè la spesa dalla quale ricavare il piano di assistenza) deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l’assistenza residenziale, perché non deve esistere alcuna forma di “convenienza economica”, né per le famiglie né le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare soltanto dall’appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini.
- Inoltre, al contrario di cosa accade ora in norme nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare se si può o meno accedere alle prestazioni (perché l’accesso va previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza), ma unicamente per definire la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino. Altrimenti, come oggi, accade (con l’ISEE) che sia escluso anche solo dalla possibilità di accedere ad interventi un non autosufficiente perché è comproprietario di un terreno invendibile, o perché aveva 12 mesi prima dei risparmi che quando chiede l’intervento ha già speso per la sua assistenza. E peraltro l’ISEE è un pessimo misuratore della condizione economica (e questo è un tema che meriterebbe non eludere)

A) La legge delega non prevede nulla su questi temi.

B) Il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/2024 non prevede nulla sul punto, tranne che gli interventi “*sono condizionati all’ISEE secondo la programmazione regionale*”

### QUALCHE PROPOSTA

Che per comodità espongo qui come se fosse un testo da immettere nei decreti delegati (o nella programmazione regionale)

“La valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l’accesso alle prestazioni e la loro fruibilità, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino, e considerando le risorse delle quali effettivamente dispone in quel momento”.