



IL SINDACATO DELLE PERSONE

GUIDA UILP

**Decreto Legislativo 29/2024 in materia di
Politiche in favore delle persone anziane In
attuazione della Legge 33/2023**

PREMESSA

Siamo di fronte ad un cosiddetto decreto “omnibus”, che affronta a 360 gradi il tema dei servizi rivolti alle persone over 65enni.

Un Decreto che dà una prima ma, non esaustiva risposta alle nostre aspettative con misure non immediatamente applicative, bensì con il rinvio ad ulteriori decreti interministeriali (17) per rendere operativi i servizi.

Lo schema di decreto si compone di tre sezioni:

- ▶ la prima attua i principi di delega concernenti la governance generale della politica nazionale in favore delle persone anziane e definisce i contenuti delle politiche di promozione dell’invecchiamento attivo e della prevenzione autonomie per persone con disabilità;

- ▶ la seconda attua i principi di delega concernenti la semplificazione e l'evoluzione dei criteri di valutazione multidimensionale della persona anziana e della persona anziana non autosufficiente, l'integrazione tra settore sociosanitario e settore sociale nei percorsi di presa in carico della persona anziana non autosufficiente, rafforza il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali e definisce il continuum assistenziale mediante la definizione della rete territoriale dei servizi che favoriscono la domiciliarità delle cure scongiurando ospedalizzazioni incongrue e inserimenti evitabili in residenze. Inoltre, questa terza sezione definisce principi di riferimento per la riqualificazione di tutti i servizi dedicati agli anziani non autosufficienti (domiciliari, residenziali e semiresidenziali);
- ▶ la terza attua i principi di delega, nell'ambito delle risorse disponibili, varando la misura universale sperimentale che, su base volontaria, consentirà alle persone non autosufficienti più deboli economicamente di fruire dell'indennità di accompagnamento e di una misura che sostiene il costo dei servizi di assistenza domiciliare; inoltre, vengono introdotte misure di sostegno al ruolo sociale e ai percorsi di reinserimento lavorativo per i caregiver familiari.

OGGETTO E FINALITÀ (ARTICOLO 1)

È un provvedimento volto a:

- ▶ a promuovere e tutelare la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità;
- ▶ a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti,
- ▶ assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti.

DEFINIZIONI E DISPOSIZIONI DI COORDINAMENTO (ART. 2)

Vengono descritte le definizioni:

- ▶ «persona anziana» è la persona che ha compiuto i 65 anni;
- ▶ la «persona grande anziana» è la persona che ha compiuto gli 80 anni;
- ▶ la «persona anziana non autosufficiente» è la persona anziana che, in considerazione di una serie di indicatori - non è autonoma nelle attività fondamentali della vita quotidiana;
- ▶ lo «specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente» è quello valutato e graduato, esclusivamente ai fini dell'erogazione della prestazione universale.

CONSIDERAZIONI UILP

Crediamo che non siano semplici definizioni ma sono concetti chiari.

Con queste definizioni si stabilisce che prestazioni verranno offerte non in base al bisogno e/o alla condizione, bensì in base all'età.

Tutto ciò è inaccettabile.

Proprio per questo avevamo sostenuto la necessità di un binario unico tra le legge sulle disabilità e quella per la non autosufficienza delle persone anziane proprio perché riteniamo che occorra guardare all'offerta dei servizi non in base all'età ma alla condizione.

RUOLO DEL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LE POLITICHE IN FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA CIPA (ARTICOLO 3)

Il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della Popolazione Anziana (CIPA), garantisce il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti.

Il CIPA indica nel «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale.

CONSIDERAZIONI UILP

Riteniamo il CIPA un organismo molto importante per il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, in quanto in questo modo si affrontano a 360 gradi le tematiche relative alla terza età, con un approccio strategico delle azioni da intraprendere, salvaguardando al contempo le competenze dei vari Ministeri.

Riteniamo che il coinvolgimento delle parti sociali nella definizione delle politiche in favore delle persone anziane debba essere sostanziale e non formale facendo in modo di non limitarlo alla mera informazione o ascolto, seppur momenti importanti, inserendo espressamente il principio della partecipazione nei Decreti attuativi.

MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA FRAGILITA' E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE (ARTICOLO 4)

Si indicano le misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane attraverso campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione del Ministero della salute in coerenza con il Piano nazionale della prevenzione (PNP), il Piano nazionale di promozione vaccinale (PNPV), il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, nonché con il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

Sono previste linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio, sulla base delle quali, a livello regionale e locale, sono adottati appositi Piani d'azione mediante i quali si promuove l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali.

MISURE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO DELLE PERSONE ANZIANE DA ATTUARE NEI LUOGHI DI LAVORO (ART. 5)

Nei luoghi di lavoro, la promozione della salute, la cultura della prevenzione e l'invecchiamento sano e attivo della popolazione anziana sono garantiti dal datore di lavoro attraverso gli obblighi di valutazione dei fattori di rischio e di sorveglianza sanitaria previsti dal DLGS 81/2008 (Testo unico sulla sicurezza).

Il datore di lavoro adotta ogni iniziativa diretta a favorire le persone anziane nello svolgimento, anche parziale, della prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto della disciplina prevista dai contratti collettivi nazionali di settore vigenti.

MISURE PER FAVORIRE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO MEDIANTE LA PROMOZIONE DELL'IMPEGNO DELLE PERSONE ANZIANE IN ATTIVITA' DI UTILITA' SOCIALE E DI VOLONTARIATO (ART. 6)

Si introducono misure specifiche volte a favorire l'invecchiamento attivo, mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché attraverso misure volte a favorire lo scambio intergenerazionale, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, adottato dal CIPA.

In particolare:

- ▶ la realizzazione di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, volte ad agevolare lo scambio intergenerazionale, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane e valorizzare il loro contributo anche nelle attività dei centri con funzioni socioeducative e ricreative a sostegno dei giovani, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie;

- ▶ la promozione di azioni e iniziative di carattere formativo e informativo tese a contrastare la discriminazione in base all'età;
- ▶ la promozione, di azioni volte a favorire lo scambio intergenerazionale, attraverso iniziative tese a riconoscere il ruolo che le persone anziane possono avere per le giovani generazioni in quanto risorse per la comunità di riferimento e depositarie del patrimonio storico e culturale, dei saperi, con particolare riferimento agli antichi mestieri, specie nei settori dell'artigianato, dell'enogastronomia e delle eccellenze dei prodotti italiani;
- ▶ la facoltà per le istituzioni scolastiche di inserire, nel piano triennale dell'offerta formativa iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni, anche in rete con altre istituzioni scolastiche e attuate in collaborazione con centri di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, enti locali, nonché con i soggetti del terzo settore operanti nella promozione dell'impegno degli anziani in attività di utilità sociale;

Inoltre le Regioni e gli Enti Locali possono promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, iniziative per favorire l'invecchiamento attivo, fra le quali:

- ▶ interventi di agricoltura sociale, di cura di orti sociali urbani e di creazione e manutenzione dei giardini, anche con la partecipazione di bambini e bambine, ragazze e ragazzi;
- ▶ attività condotte a favore delle persone anziane da parte di istituti di formazione favorendo l'attività di testimonianza e di insegnamento da parte di persone collocate in quiescenza;

- ▶ il sostegno a spazi e a luoghi di incontro, di socializzazione e di partecipazione, valorizzando anche il ruolo dei centri per la famiglia;
- ▶ azioni volte a promuovere l'educazione finanziaria delle persone anziane, anche al fine di evitare truffe ai loro danni;
- ▶ iniziative volte all'accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e finalizzate al mantenimento di buone condizioni di salute, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale.

CONSIDERAZIONI UILP

L'invecchiamento attivo è un tema che riguarda tutta la popolazione e non solo quella anziana.

Affrontare il tema dell'invecchiamento attivo significa discutere dei temi in campo lavorativo e previdenziale, nel settore dei servizi sociosanitari ed in quello della salute.

Tra l'altro quando si affrontano le misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro, si fa riferimento soltanto ai datori di lavoro e non anche al sindacato e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza territoriale (RLST).

PROMOZIONE DELLA MOBILITÀ DELLE PERSONE ANZIANE (ARTICOLO 7)

Con decreto del Ministro delle Infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze sono individuati livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane nei contesti urbani ed extraurbani.

I livelli di servizio sono definiti previa ricognizione dei servizi di mobilità attivati dalle competenti amministrazioni territoriali a supporto della mobilità delle persone anziane.

CONSIDERAZIONI UILP

Si rinvia ad un Decreto la definizione dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane.

Per noi è molto importante il confronto con le parti sociali perché la mobilità delle persone, soprattutto quelle anziane è fondamentale anche per evitare fenomeni di isolamento o autoisolamento.

Inoltre, la mobilità è un tema che deve essere affrontato con un approccio strategico integrato: dalla sicurezza stradale all'innovazione urbana, dalla mobilità sostenibile all'inclusione sociale.

Vanno previsti maggiori fondi per la ciclomobilità e il trasporto pubblico locale.

MISURE VOLTE A FAVORIRE IL TURISMO DEL BENESSERE E IL TURISMO LENTO (ARTICOLO 8)

Il Ministero del turismo, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, promuove:

- ▶ promuove la stipula di convenzioni su base nazionale tra i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali e le strutture ricettive, termali, balneari, agrituristiche e i parchi tematici, al fine di assicurare, a prezzi vantaggiosi, la fruizione delle mete turistiche alle persone anziane;
- ▶ la realizzazione, a prezzi vantaggiosi, di soggiorni di lungo periodo nelle strutture ricettive situate in prossimità dei luoghi legati al turismo del benessere e alla cura della persona in favore di persone anziane;
- ▶ convenzioni con organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, programmi di «turismo intergenerazionale» che consentano la partecipazione di giovani che accompagnino le persone anziane;

- ▶ iniziative volte a favorire la socializzazione tra persone anziane autosufficienti e non autosufficienti, anche mediante lo svolgimento di attività ricreative e di cicloturismo leggero;
- ▶ l'adozione di programmi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche presso le strutture ricettive, termali e balneari, favorendone l'accessibilità e la fruizione;
- ▶ l'adozione di misure atte a garantire l'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura delle persone anziane anche non autosufficienti.

CONSIDERAZIONI UILP

Sul turismo di benessere e il turismo lento vi sono solo enunciazioni generiche rinviando la loro definizione ad ulteriori decreti interministeriali, mentre questo tema andrebbe affrontato con maggiore concretezza.

Su questo versante è indispensabile costruire una strategia nazionale con un approccio a 360 gradi di natura culturale, storica, sportiva, enogastronomica.

Tra l'altro come tutti i servizi del decreto anche queste misure sono a finanza invariata.

MISURE PER LA PROMOZIONE DI STRUMENTI DI SANITÀ PREVENTIVA E DI TELEMEDICINA PRESSO IL DOMICILIO DELLE PERSONE ANZIANE (ARTICOLO 9)

Sono previste misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane.

Le prestazioni di telemedicina saranno individuate in coerenza con linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare previste dal PNRR.

Nell'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane e grandi anziane potranno essere coinvolti, oltre agli enti pubblici e privati accreditati, anche la rete delle farmacie territoriali e gli infermieri di famiglia e comunità.

CONSIDERAZIONI UILP

Va chiarito se le misure della telemedicina siano integrative a quelle già messe in campo con il PNRR.

L'individuazione del target delle persone grandi anziane (over 80 anni), con almeno una patologia cronica escluderebbe da questo servizio persone di età inferiore ma con un bisogno assistenziale maggiore.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE (ARTICOLO 10)

Si prevede che nell'ambito dei Punti Unici di Accesso (PUA), previsti e promossi dal PNRR nell'ambito della riforma della medicina del territorio, sono assicurate alle persone anziane l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e socio sanitari.

Sempre nei PUA c'è la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale anche in favore delle persone anziane autosufficienti.

VALORIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ VOLTE A PROMUOVERE L'INCONTRO E IL DIALOGO INTERGENERAZIONALE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE E NELLE UNIVERSITÀ (ARTICOLO 11)

Sono previste misure di promozione dell'incontro e della coesione tra le generazioni e finalizzati a valorizzare per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, le esperienze significative di volontariato, maturate in ambito extrascolastico sia presso le strutture residenziali o semiresidenziali sia a domicilio, all'interno del curriculum dello studente anche ai fini del riconoscimento di crediti scolastici.

MISURE PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA E SPORTIVA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA (ARTICOLO 12)

Sono previste misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva a favore della popolazione anziana attraverso iniziative e progetti di competenza del Ministro per lo sport e i giovani, anche avvalendosi della società Sport e salute S.p.a. e degli enti del terzo settore, di concerto con i Ministri competenti per materia, sentito il CIPA.

MISURE PER INCENTIVARE LA RELAZIONE CON ANIMALI DA AFFEZIONE (ART. 13)

Le Regioni e le Province autonome, anche coinvolgendo gli enti del terzo settore, promuovono l'accesso degli animali da affezione nelle strutture residenziali e nelle residenze protette con finalità di tipo ludico-ricreativo, educativo e di socializzazione, individuandone le relative modalità.

Le Regioni e le Province autonome, per il triennio 2024-2026, promuovono la realizzazione di progetti che prevedano la corresponsione di agevolazioni per le spese medico-veterinarie per incentivare l'adozione di cani ospitati nei canili rifugio e dei gatti ospitati nelle oasi feline da parte delle persone anziane con un nucleo familiare composto da una sola persona e in possesso di un Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità inferiore a euro 16.215.

Per sostenere il benessere psicologico delle persone anziane attraverso l'interazione delle stesse con gli animali d'affezione, con decreto del Ministro della salute, sono individuati i requisiti reddituali delle persone anziane beneficiarie, le modalità di donazione e distribuzione gratuita di medicinali veterinari destinati alla cura degli animali d'affezione a enti del terzo settore, e alle strutture di raccolta e ricovero degli animali abbandonati, nonché le modalità di utilizzazione dei predetti medicinali da parte dei medesimi enti e strutture e i farmaci esclusi dalla donazione.

PROGETTI DI SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE (ARTICOLO 14)

Nel rispetto del Piano triennale 2023-2025 per la programmazione del servizio civile universale, approvato con decreto del Ministro per lo sport e i giovani 20 gennaio 2023 e pubblicato nel sito internet istituzionale, i soggetti iscritti all'Albo degli enti di servizio civile universale possono presentare progetti di servizio civile universale, afferenti alle Aree «Animazione culturale con gli anziani» e «Adulti e terza età in condizioni di disagio» rispettivamente nei settori di intervento «Educazione e promozione culturale, paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport» e «Assistenza».

Le finalità dei progetti devono essere volte a:

- ▶ sviluppare e rafforzare il rapporto relazionale tra le diverse generazioni, diffondendo la conoscenza dei servizi offerti sui territori e favorendo l'inclusione sociale delle persone anziane, intesa come partecipazione alla vita sociale, economica e culturale;
- ▶ sviluppare e promuovere un sistema di sostegno, solidarietà e aiuto anche alle persone anziane in condizioni critiche e alle loro famiglie (caregiver), attraverso servizi di supporto, cura e accompagnamento, volti a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità.

CONSIDERAZIONI UILP

Interessanti le misure che riguardano l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato e i progetti di servizio civile a favore delle persone anziane, ma noi continuiamo a richiedere un progetto specifico di impegno lavorativo diretto delle persone anziane attraverso “**progetti di servizio civile per anziani attivi**” sul modello di quello per i giovani.

LINEE GUIDA IN MATERIA DI SENIOR COHOUSING E DI COHOUSING INTERGENERAZIONALE (ARTICOLO 15)

Si prevede che il CIPA, predisponga linee guida volte a definire le caratteristiche ed i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (cohousing intergenerazionale).

Le forme di coabitazione sono realizzate nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari, ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi, nonché ad iniziative e attività degli enti del terzo settore.

CRITERI E PRESCRIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI DI COABITAZIONE MEDIANTE RIGENERAZIONE URBANA E RIUSO DEL PATRIMONIO COSTRUITO (ARTICOLO 16)

Si prevede la realizzazione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale.

Si dovrà garantire: l'ampliamento dell'offerta abitativa; l'accessibilità ad una rete di servizi; l'accessibilità ai servizi-sanitari, anche nell'ottica di promuovere interventi di sanità preventiva a domicilio; la disponibilità di servizi comuni aggiuntivi ideati per favorire la socialità e garantire l'assistenza medico-sanitaria; mobilità dei beneficiari, anche agevolando la fruizione da parte degli stessi di spazi verdi e di luoghi di socializzazione.

PROGETTI PILOTA SPERIMENTALI (ARTICOLO 17)

Si prevede la possibilità per le Regioni, le Province autonome e i comuni, di avviare azioni volte alla selezione di iniziative progettuali di coabitazione, anche sperimentali, nonché delle iniziative di coabitazione sviluppate nell'ambito dei progetti degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) ammessi al finanziamento dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, a valere sulla Missione 5 – Inclusione e coesione del PNRR.

La priorità verrà data agli interventi di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito.

CONSIDERAZIONI UILP

Condivisibile, seppur rinviate ad ulteriori Decreti, le soluzioni che prevedono forme di interventi e modelli di coabitazione solidale, che possono aiutare anche alla deistituzionalizzazione delle persone anziane.

Tuttavia riteniamo che vadano previste inoltre forme di sostegno per gli alloggi individuali anche per contrastare il caro affitti.

E' necessario prevedere dei progetti di coabitazione tra studenti universitari e pensionati anche per contrastare il caro affitti.

Chiediamo alla politica una legge specifica sulla rigenerazione urbana con adeguate risorse per affrontare le sfide dell'agenda urbana.

RETE DEI SERVIZI DI FACILITAZIONE DIGITALE (ARTICOLO 19)

Si promuovono azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie in favore delle persone anziane, attraverso specifiche attività di formazione e di supporto da effettuarsi presso i 3 mila punti di facilitazione digitale, realizzati in attuazione dell'Investimento del PNRR.

L'attuazione della misura è in corso.

Sono stati sottoscritti gli accordi con tutte le Regioni e Province autonome che sono soggetti attuatori della misura (i testi degli accordi sono disponibili sul portale istituzionale del Dipartimento per la trasformazione digitale).

I punti di facilitazione digitale sono punti di accesso fisico, solitamente presso biblioteche, scuole e centri sociali, che erogano servizi di facilitazione ed educazione per l'inclusione digitale.

In particolare, presso i punti di facilitazione sarà possibile, a titolo esemplificativo, supportare le persone anziane nell'utilizzo di servizi quali:

- ▶ App IO;
- ▶ Sistemi di Pagamenti Elettronici (pagoPA)
- ▶ Servizi Anagrafici tramite ANPR;
- ▶ Fascicolo Sanitario Elettronico e Servizi sanitari diversi da FSE (es. prenotare visite ed esami con il Centro Unico di Prenotazione, scegliere il medico di famiglia, ritirare referti, richiedere l'assistenza domiciliare);
- ▶ Servizi previdenziali e assistenziali (es. accedere a prestazioni assistenziali e previdenziali, servizi per l'immigrazione);

PERCORSO PER LE COMPETENZE TRASVERSALI E PER L'ORIENTAMENTO PER RIDURRE IL DIVARIO DIGITALE (ART. 20)

Le scuole del secondo ciclo di istruzione promuovono la costruzione di percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento che aiutino le persone anziane ad acquisire confidenza nell'utilizzo di strumenti digitali.

I percorsi sono finalizzati all'acquisizione da parte delle persone anziane di una maggior dimestichezza con l'impiego delle nuove tecnologie.

Si prevede la possibilità per le istituzioni scolastiche di realizzare un PCTO- Percorso per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (ex alternanza scuola-lavoro), volto a consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale per introdurre gli anziani all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.

CONSIDERAZIONI UILP

Condividiamo l'attenzione posta dal decreto al tema dell'esclusione digitale della popolazione anziana.

Il tema della digitalizzazione è ormai un aspetto fondamentale per la vita quotidiana di tutti i cittadini.

La formazione è l'aspetto chiave nel processo di trasformazione digitale per tutte le figure professionali coinvolte, i caregiver e gli assistenti familiari per consentire opportunità digitali per tutte le persone, a prescindere dal reddito, età e alfabetizzazione senza escludere nessuno.

A tal proposito proponiamo un grande progetto di alfabetizzazione digitale nazionale, che prenda spunto dal programma televisivo "Non è mai troppo tardi" condotto dal maestro Alberto Manzi, che negli anni Sessanta del secolo scorso ridusse in modo significativo l'analfabetismo tra la popolazione adulta.

DEFINIZIONE E ARTICOLAZIONE MULTILIVELLO DEL SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (ARTICOLO 21)

La definizione del Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non autosufficiente (SNAA), è costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza, necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente.

I soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA sono: le Amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'INPS, le Regioni e le Province Autonome, le ASL, i Comuni singoli o associati in Ambiti Territoriali Sociali (ATS).

La coerenza della programmazione si realizza in base alle rispettive competenze, agli strumenti e alle risorse finanziarie disponibili, secondo il seguente riparto:

- ▶ a livello centrale il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale 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, assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità;
- ▶ a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni singoli o associati in ATS e le ASL adottano i propri piani assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e delle associazioni rappresentative delle persone anziane, anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità;
- ▶ a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.

Lo SNAA persegue i propri obiettivi attraverso la programmazione integrata delle misure sanitarie e sociali a titolarità pubblica che interessano le persone anziane non autosufficienti, nel rispetto dei principi di appropriatezza, tempestività ed efficacia delle prestazioni, degli interventi e dei servizi destinati alle medesime persone anziane non autosufficienti, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali.

Il CIPA promuove una migliore armonizzazione dei LEPS con i LEA e l'allocazione delle relative risorse.

Il CIPA adotta:

- ▶ il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana;
- ▶ il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, che costituisce parte integrante del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Le Regioni e le Province autonome elaborano i Piani regionali corrispondenti ai Piani nazionali e li trasmettono al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione dei LEPS.

Sulla base dei dati di monitoraggio e della relativa valutazione, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali procede agli interventi di verifica e all'adozione, nel rispetto delle previsioni di legge, delle eventuali misure correttive.

Alla realizzazione della programmazione integrata dello SNAA concorrono le attività concernenti l'attuazione delle linee di intervento progettuale a valere sulla Missione 5 – Inclusione e coesione e sulla Missione 6 - Salute, unitamente a quelle concernenti la rigenerazione urbana e la mobilità accessibile e sostenibile, del PNRR.

CONSIDERAZIONI UILP

Il Sistema nazionale per gli anziani non autosufficienti (SNAA), a cui la Legge delega aveva assegnato un ruolo di governance anche sanitaria, in questo decreto attuativo ne esce un po' ridimensionato sul versante dell'integrazione tra sanitario e sociale.

Inoltre, il Decreto non affronta come avevamo auspicato il diritto della persona anziana non autosufficiente malata cronica ad essere assistita al domicilio, vedendo riconosciuta anche una quota sanitaria da parte delle ASL, per rispondere ai bisogni della vita quotidiana, così come oggi già avviene nel caso di ricovero in RSA.

E purtroppo con molta probabilità, l'assistenza a domicilio continuerà a restare penalizzata.

INDIVIDUAZIONE ED EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (ARTICOLO 22)

Si prevede che i LEPS siano attuati in via graduale e progressiva, nei limiti delle risorse disponibili e siano erogati dagli ATS nelle seguenti aree:

- ▶ assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
- ▶ servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
- ▶ servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

SISTEMA DI MONITORAGGIO DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (ARTICOLO 23)

Il sistema di monitoraggio dei LEPS è definito con Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con il Ministro della Salute e con il Ministro per le Disabilità.

Con questo Decreto sono definite le modalità attuative per la messa a disposizione di sistemi informativi e gestionali allo scopo di agevolare le attività di presa in carico e di trasmissione obbligatoria alle banche dati del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS).

il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, ogni tre anni, effettua una verifica del grado di adeguatezza dei LEPS, sulla base delle attività di monitoraggio.

CONSIDERAZIONI UILP

La definizione concreta dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e per la non autosufficienza è la sfida che abbiamo di fronte.

Nel decreto si ribadiscono concetti condivisibili ma si rinvia ad ulteriori decreti interministeriali, per i quali sarà fondamentale prevedere il confronto con le parti sociali.

Si tratta di renderli esigibili su tutto il territorio nazionale.

Non possiamo più permetterci disuguaglianze territoriali e sociali tra chi vive in alcune zone rispetto ad altre, creando cittadini appartenenti a categorie diverse a seconda della residenza geografica.

Situazione che rischia di essere aggravata con l'approvazione dell'autonomia differenziata che prevede il passaggio dalla spesa storica ai costi standard ed il finanziamento dei LEP a legislazione finanziaria invariata.

FUNZIONI DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI (ARTI. 24)

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), attraverso un'ideale e stabile organizzazione, nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente, provvedono a garantire, sulla base degli indirizzi forniti dallo SNAA e dalla programmazione regionale, lo svolgimento omogeneo di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali.

Agli ATS sono attribuite le seguenti funzioni:

- ▶ coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- ▶ pianificazione e programmazione degli interventi in base ad una analisi dei bisogni;
- ▶ erogazione degli interventi e dei servizi;
- ▶ gestione del personale nelle diverse forme associative adottate.

SERVIZI DI COMUNITÀ, MODELLI DI RETE E SUSSIDIARIETÀ ORIZZONTALE (ARTICOLO 25)

Si definisce la Rete dei servizi territoriali per contrastare l'isolamento delle persone anziane non autosufficienti nell'ambito dei servizi di comunità, i modelli di rete e la sussidiarietà orizzontale.

In coerenza con le strategie che raccomandano un impegno dell'intera comunità a supporto delle persone a rischio di marginalizzazione e di esclusione sociale, concorrono in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali nonché la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, ivi inclusa la rete delle farmacie.

Ai fini dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari, l'insieme dei servizi di comunità e prossimità (servizi pubblici essenziali, rete dei servizi sociali e rete dei servizi sanitari inclusa la rete delle farmacie) concorre all'integrazione e attuazione dei LEPS con i LEA.

A queste finalità cooperano anche gli Enti del Terzo Settore con le modalità previste dagli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione.

INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI, SOCIOSANITARI E SOCIALI (ARTICOLO 26)

Per garantire la realizzazione integrata dei LEPS e LEA per le attività sociosanitarie e sociali, gli ATS , le ASL e i distretti sanitari, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base della programmazione regionale integrata e in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana provvedono a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi.

CONSIDERAZIONI UILP

E' necessario superare una volta per tutte la separazione tra sociale e sanità: tra interventi per l'assistenza domiciliare integrata forniti dalle ASL e i servizi di assistenza domiciliare (SAD), forniti dai Comuni. Ma per fare questo occorre potenziare e rendere operativi i distretti sociali al pari dei distretti sanitari, perché è qui che si costruisce l'integrazione sociosanitaria.

E questo si può fare solo dotando il "sociale" di un suo distretto con risorse umane, strumentali e finanziarie adeguate e, soprattutto, facendo coincidere i distretti sociali e quelli sanitari con le Case di Comunità.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE UNIFICATA (ART. 27)

Il SSN e gli ATS assicurano alla persona anziana affetta da almeno una patologia cronica e con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA) che hanno la sede operativa presso le Case della comunità.

I criteri di priorità per l'accesso ai PUA saranno definiti con Decreto del Ministro della salute.

Sempre con lo stesso Decreto si definiranno le modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata (UVMU), gli strumenti di valutazione scientificamente validati per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

La valutazione circa l'esistenza dei requisiti è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, dal medico di medicina generale, dal medico di una struttura del Servizio sanitario nazionale.

I PUA sono organizzati in conformità a quanto previsto dal Decreto 77/2022 (riforma medicina di territorio), avvalendosi anche di equipe operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN.

I PUA coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando la funzionalità delle UVM di cui fanno parte soggetti in possesso di idonea formazione professionale, appartenenti al SSN e agli ATS.

I PUA svolgono, a livello locale, funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office), nonché raccolta di segnalazioni dei medici di medicina generale e della rete ospedaliera, avviando l'iter per la presa in carico (back office) della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale.

Se a seguito della valutazione multidimensionale, potremmo trovarci di fronte a 3 situazioni:

1. la persona anziana è ritenuta autosufficiente, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria.
2. Non è riconosciuta la condizione di non autosufficienza e, tuttavia, viene rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici della 104/1992, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente per via telematica all'INPS che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.
3. È riconosciuta la condizione di non autosufficienza l'UVM redige apposito verbale da trasmettere all'INPS per i provvedimenti di competenza e procede altresì, all'elaborazione di indicatori sintetici standardizzati e validati per graduare il fabbisogno assistenziale e per supportare le decisioni relative alla scelta tra le misure e i provvedimenti da assumere.

Se all'esito dell'UVM emergono fabbisogni di cura e assistenza, può procedersi alla redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Per garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale, le UVM, quando provvedono alla valutazione multidimensionale unificata per definire il PAI, si avvalgono di: un professionista di area sociale degli ATS (assistente sociale); uno o più professionisti sanitari designati dalla ASL o dal distretto sanitario.

Il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza, nonché, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a contratto con comuni, ATS e distretti sociosanitari.

Il PAI contiene gli obiettivi di cura e vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte.

Quando necessario, il PAI comprende anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI).

All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona.

L'UVM, nell'ambito del PAI, provvede a individuare il budget di cura.

Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale.

Tali attività sono garantite dalle ASL, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

- ▶ le risorse derivanti dal trasferimento alle Regioni e Province autonome delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai LEA;
- ▶ le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei caregiver degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

ATTIVITÀ DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO E PIATTAFORMA DIGITALE (ARTICOLO 28)

Si prevede che gli ATS e i distretti sanitari nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, provvedono ad individuare modalità semplificate di accesso agli interventi e ai servizi sanitari e sociali assicurando l'attuazione della governance integrata e garantendo il funzionamento efficiente ed efficace delle equipe integrate.

Le attività dei PUA si svolgono in collaborazione con la Centrale operativa 116117, sede del numero europeo armonizzato a valenza sociale (NEA) per le cure mediche non urgenti, con il servizio di emergenza urgenza, con le Centrali operative territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna regione e provincia autonoma.

CONSIDERAZIONI UILP

Da “maneggiare” con molto cura la questione relativa ai Punti Unici di Accesso (PUA) e il funzionamento della valutazione multidimensionale per la definizione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) che viene anch’essa rinviata ad un decreto interministeriale.

Per noi non è condivisibile la previsione che i PUA siano organizzati avvalendosi anche di equipe operanti presso strutture private accreditate.

MISURE PER GARANTIRE UN'OFFERTA INTEGRATA DI ASSISTENZA E CURE DOMICILIARI (ARTICOLO 29)

Gli ATS, le aziende sanitarie e i distretti, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dai Piani Assistenziali Individuali (PAI), mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate (ADI) rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD).

Le cure domiciliari integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura.

Su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale, sono definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia.

SERVIZI RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DIURNI SOCIOASSISTENZIALI (ARTICOLO 30)

Gli ATS garantiscono servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e diurno che garantiscano la continuità delle condizioni di vita e abitudini relazionali di tipo familiare.

I servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie.

I servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione rivolti a persone anziane anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura.

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIOSANITARI (ART. 31)

Il PAI sia definito tenuto conto della necessità di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della persona assistita e alla sua qualità di vita.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone anziane non autosufficienti i trattamenti che richiedono tutela sanitaria, lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, riorientamento in ambiente protesico secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa.

I servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari promuovono la qualità degli ambienti di vita, in modo da renderli amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, tenuto conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali.

Le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale nonché cure domiciliari integrate, connotandosi come Centri Residenziali Multiservizi (CRM).

Con decreto del Ministro della Salute, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, di criteri condivisi ed omogenei al livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad Enti del Terzo Settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario.

I requisiti sono presi secondo i principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative.

CONSIDERAZIONI UILP

Il Decreto non affronta, come avevamo auspicato, la riforma della residenzialità ed il diritto della persona anziana non autosufficiente malata cronica ad essere assistita al domicilio.

Come temevamo purtroppo gli interessi intorno a queste strutture sono troppi per pensare che essi possano essere scalfiti, anche solo minimamente.

L'intero sistema va riformato favorendo la permanenza delle persone anziane nelle proprie abitazioni o comunque nel proprio contesto sociale, assistendole in modo adeguato per ridurre al massimo l'istituzionalizzazione.

Servono linee guida forti nazionali per superare gli attuali standard e va prestata attenzione al sistema tariffario.

Va affrontato il tema della partecipazione e dei controlli che devono vedere coinvolte le parti sociali.

MISURE PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE (ARTICOLO 32)

L'accesso alle cure palliative è garantito a tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva 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.

Le persone anziane fragili, non autosufficienti, in condizioni croniche complesse e avanzate o che sviluppano traiettorie di malattie ad evoluzione sfavorevole, ricevono nell'ambito delle strutture della rete di cure palliative azioni coordinate e integrate guidate dalla pianificazione condivisa delle cure, che coinvolgono il malato e la famiglia o le varie figure di rappresentatività legale.

Le reti locali delle cure palliative assicurano sul territorio l'erogazione dell'assistenza nell'ambito dei PAI:

- ▶ nelle strutture di degenza ospedaliera, compresi gli hospice in sede ospedaliera, per l'attività di consulenza, identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura, assistenza, facilitazione e attivazione dei percorsi di dimissioni protette;
- ▶ nelle attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;
- ▶ a domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM);
- ▶ nelle strutture residenziali sociosanitarie e negli hospice.

INTERVENTI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ DIVENUTE ANZIANE. PRINCIPIO DI CONTINUITÀ (ARTICOLO 33)

Le persone anziane che non sono state dichiarate non autosufficienti possono presentare istanza per l'accertamento della condizione di disabilità per accedere ai relativi benefici.

Le persone con disabilità già accertata, al compimento dei 65 anni di età hanno diritto a non essere dimesse o escluse dai servizi e dalle prestazioni già in corso di fruizione e hanno diritto alla continuità assistenziale nella medesima misura ad eccezione delle prestazioni di invalidità civile che, secondo la legislazione vigente, si convertono in assegno sociale.

Le suddette persone hanno diritto ad accedere, anche dopo i 65 anni di età ai servizi e alle attività specifiche per la condizione di disabilità, secondo quanto previsto dal progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato.

PRESTAZIONE UNIVERSALE (ARTICOLO 34)

Dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 è istituita, in via sperimentale, una prestazione universale mirata allo specifico bisogno assistenziale.

La nuova prestazione è mirata a promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

Sarà una commissione tecnico-scientifica, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il coinvolgimento delle Regioni e Province autonome, degli Enti Locali, ad individuare gli indicatori per la definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo.

Con uno o più decreti del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali saranno stabilite le modalità attuative e operative della prestazione universale.

PRESTAZIONE UNIVERSALE BENEFICIARI E OPZIONE (ARTICOLO 35)

La prestazione universale è erogata dall'INPS ed è riconosciuta, previa espressa richiesta, alla persona anziana non autosufficiente in possesso dei seguenti requisiti:

- ▶ età anagrafica di almeno 80 anni;
- ▶ un livello di bisogno assistenziale gravissimo;
- ▶ un ISEE per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, in corso di validità, non superiore a 6 mila euro;
- ▶ titolarità dell'indennità di accompagnamento.

Le persone anziane non autosufficienti che hanno diritto alla prestazione universale la possono richiedere, in modalità telematica all'INPS, secondo le relative modalità attuative e operative fissate dal Decreto ministeriale.

La richiesta può essere presentata anche presso gli Istituti di Patronato.

La prestazione universale a domanda del beneficiario, può essere revocata in qualsiasi momento, con conseguente ripristino dell'indennità di accompagnamento e delle eventuali ulteriori prestazioni per i soggetti già titolari delle stesse prima dell'opzione.

PRESTAZIONE UNIVERSALE OGGETTO DEL BENEFICIO (AR. 36)

la prestazione universale è erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona.

È esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento è erogata mensilmente ed è composta da:

- ▶ una quota fissa monetaria corrispondente all'indennità di accompagnamento;
- ▶ una quota integrativa, definita "assegno di assistenza", pari ad euro 850 mensili finalizzata a remunerare il lavoro di cura e assistenza svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore delle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale o all'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Pertanto l'assegno della prestazione universale ammonterà a 1.381,76 euro (531,76 euro per l'indennità di accompagnamento e 850 euro per l'assegno di assistenza).

Il Decreto PNRR stabilisce che i beneficiari della prestazione universale, che assumono lavoratrici e lavoratori domestici a tempo indeterminato, possono beneficiare di un esonero totale dal versamento della contribuzione fino a 3mila euro annui.

La prestazione universale, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento ed eventuali ulteriori prestazioni socio assistenziali come ad esempio l'assegno di cura.

La quota fissa monetaria della prestazione universale non è riconosciuta nel caso in cui la persona anziana risieda in strutture a totale carico pubblico.

In caso di accertamento del mancato utilizzo, in tutto o in parte, della quota integrativa dell'assegno di assistenza per la remunerazione o per gli acquisti di servizi, l'INPS procede alla revoca della sola quota integrativa definita "assegno di assistenza" e il beneficiario è tenuto alla restituzione di quanto indebitamente percepito.

Resta fermo il diritto della persona anziana non autosufficiente a continuare a percepire l'indennità di accompagnamento.

L'assegno di assistenza è riconosciuto nel limite di 250 milioni di euro per ciascun anno 2025 e 2026.

L'INPS provvede al monitoraggio della relativa spesa e qualora da questo monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, del numero di domande rispetto alle risorse finanziarie, si provvederà a rideterminare l'importo mensile della quota integrativa con un Decreto interministeriale .

CONSIDERAZIONI UILP

La prestazione universale viene erogata ad una platea molto limitata rispetto alle esigenze reali perché lo stanziamento previsto è insufficiente, e riguarderà le persone con più di 80 anni di età ed un ISEE di 6 mila euro (circa 25 mila persone).

Riteniamo intollerabile che i servizi sociosanitari vengano erogati in base all'età anziché alle condizioni e ai bisogni dei beneficiari.

Pensiamo ad esempio ad una persona non autonoma gravissima di 68 anni questa non avrà alcun beneficio da questa riforma.

Peraltro, il previsto assegno di 850 euro mensili verrebbe ridotto, in caso di domande che eccedono lo stanziamento delle risorse.

RICOGNIZIONE DELLE AGEVOLAZIONI CONTRIBUTIVE E FISCALI (ARTICOLO 37)

Rientrano nelle disposizioni dirette a favorire il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro, cura e assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti le seguenti agevolazioni fiscali e contributive:

- ▶ la deducibilità dal reddito complessivo, fino all'importo di 1.549,37 euro, dei contributi previdenziali e assistenziali versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare;
- ▶ la detraibilità del 19% delle spese, per un importo non superiore a 2.100 euro, sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- ▶ non concorrono a formare il reddito dei dipendenti le somme e le prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti a carico;
- ▶ non concorrono a formare il reddito dei dipendenti i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche assicurative, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie.

CONSIDERAZIONI UILP

In merito alle agevolazioni contributive e fiscali riteniamo che la sola ricognizione sia insufficiente.

Occorre potenziare le agevolazioni fiscali e contributive ad iniziare da quelle che riguardano le collaboratrici e i collaboratori familiari.

In più il recente decreto PNRR prevede che le persone over 80 beneficiarie della prestazione universale, potranno usufruire anche della decontribuzione per la messa in regola o l'assunzione dei collaboratori domestici.

Si parte da un principio condivisibile, ovvero, quello di aumentare le detrazioni e le agevolazioni fiscali per la regolarizzazione di assistenti familiari ma purtroppo, per mancanza di risorse, si limita la platea dei beneficiari.

DEFINIZIONE DEGLI STANDARD FORMATIVI E FORMAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA E AL SUPPORTO DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI (ART. 38)

Un Decreto interministeriale stabilirà le linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi a cui le Regioni possono fare riferimento, nell'ambito della propria autonomia, per il raggiungimento di standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale, finalizzati a migliorare l'offerta formativa per le professioni di cura, nonché all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare.

Attraverso intese stipulate dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative che hanno sottoscritto i contratti collettivi nazionali, possono essere previsti percorsi di formazione mediante gli enti bilaterali in possesso dell'accreditamento regionale alla formazione.

CAREGIVER FAMILIARI (ARTICOLO 39)

E' riconosciuto il valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità.

Il ruolo e le attività del caregiver familiare ed i sostegni necessari per il caregiver sono definiti in apposita sezione dei progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI).

Il caregiver può partecipare alla valutazione multidimensionale della persona anziana non autosufficiente, nonché all'elaborazione del PAI e all'individuazione del budget di cura e di assistenza.

Le Regioni e le Province autonome valorizzano l'esperienza e le competenze maturate dal caregiver familiare nell'attività di assistenza e cura, al fine di favorire l'accesso o il reinserimento lavorativo dello stesso al termine di tale attività.

Al caregiver familiare può essere riconosciuta la formazione e l'attività svolta ai fini dell'accesso ai corsi e a misure compensative previsti nell'ambito del sistema di formazione regionale e finalizzati al conseguimento della qualifica professionale di operatore sociosanitario.

CONSIDERAZIONI UILP

Sui caregiver la definizione contenuta nel Decreto attuativo è una prima ma non esaustiva risposta.

Va comunque approvata una legge organica sui caregiver che tenga conto anche degli aspetti previdenziali e fiscali.

Consideriamo positiva la previsione del coinvolgimento degli enti bilaterali per la formazione e riqualificazione del personale addetto ai lavori di cura.

AMBITO DI APPLICAZIONE DEL TITOLO II (ARTICOLO 40)

Le disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni.

CONSIDERAZIONI UILP

La limitazione a 70 anni del sistema di assistenza e cura è del tutto inaccettabile, in quanto non si possono erogare servizi e prestazioni in base all'età ma in base alle condizioni e ai bisogni delle persone.

DISPOSIZIONI FINANZIARIE (ARTICOLO 42)

Sulle disposizioni finanziarie siamo di fronte ad una Legge ad invarianza di risorse, tanto sul versante della non autosufficienza, quanto su quello dell'invecchiamento attivo e degli altri servizi.

Vi sono solo 350 milioni aggiuntivi, rispetto alle risorse già stanziare destinate a finanziare la prestazione universale, ma si tratta di risorse già stanziare in quanto 250 milioni di euro sono fondi comunitari 2021-2027 (Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà) e 100 milioni di euro sono la rimodulazione di progetti del PNRR.

CONSIDERAZIONI UILP

La mancanza di risorse aggiuntive rischia di limitare fortemente il campo di applicazione della Legge.

Abbiamo sempre sostenuto che le riforme a “costo zero”, non hanno mai migliorato il sistema dei servizi pubblici in questo Paese.

Per questo è importante aumentarle significativamente con un piano finanziario pluriennale per assicurare, in ogni parte del Paese (Nord-Sud aree urbane e aree interne), prestazioni, sostegni e servizi adeguati e uniformi, riducendo le attuali disuguaglianze.