



AGCI
ASSOCIAZIONE
GENERALE
COOPERATIVE
ITALIANE



CONFCOOPERATIVE
CONFEDERAZIONE COOPERATIVE ITALIANE



legacoop

Audizione
Palazzo Chigi
5 giugno 2023

Legge n.33 del 23 marzo 2023

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

Tavoli di ascolto sui provvedimenti attuativi e su specifiche tematiche connesse

1° giugno 2023

ALLEANZA DELLE COOPERATIVE ITALIANE

è il coordinamento nazionale costituito dalle Associazioni più rappresentative della cooperazione italiana

(AGCI, CONFCOOPERATIVE, LEGACOOP)

L'associazione rappresenta il **90% della cooperazione italiana** la quale, nel suo complesso, incide per l'**8% sul PIL**

Le imprese di Alleanza associano ben **12 milioni di soci**, occupano **1.150.000 persone** e producono **150 miliardi di fatturato**

PREMESSA

La Legge Delega delinea una riforma condivisibile e in linea con gli obiettivi individuati dal PNRR puntando a definire un sistema di assistenza agli anziani attraverso un'azione di *ricognizione, riordino, semplificazione, integrazione e coordinamento delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, nonché attraverso il progressivo potenziamento dei servizi (art. 2 comma 1).*

La rilevanza della Riforma è sostanziale, soprattutto in considerazione delle dinamiche e delle proiezioni demografiche che interessano il nostro Paese (all'interno dello stesso PNRR è stimato un raddoppiamento del numero di anziani non autosufficienti entro il 2030), e il passaggio dei decreti delegati è da considerarsi cruciale al fine della concreta attuazione degli obiettivi delineati nella Legge Delega e nel PNRR.

Attraverso i decreti attuativi è necessario definire gli equilibri e i meccanismi essenziali che regoleranno il funzionamento del SNAA e che avranno effetti diretti sul sistema di impianto ed erogazione dei servizi. A questo proposito **auspichiamo il pieno coinvolgimento della cooperazione sociale, sanitarie e degli altri ambiti coinvolti (abitazione, cultura, turismo etc.) nell'ambito di un confronto di merito finalizzato alla realizzazione dei decreti Delegati.**

Infatti, come noto, da oltre trent'anni la cooperazione, in particolare quella sociale, sanitaria e sociosanitaria riveste nel nostro Paese, un ruolo fondamentale di cerniera tra pubblica amministrazione e cittadini, garantendo servizi di welfare rivolti alle fasce fragili e vulnerabili, compresi gli anziani.

Per dare un primo contributo in tal senso si esprimono di seguito alcune osservazioni.

1. RIFORMA DEL SISTEMA

L'impianto della Riforma che emerge dalla Legge Delega trova elementi di positività nella individuazione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), ma occorre che ci sia traduzione concreta della *promozione, del coordinamento e della programmazione integrata delle politiche nazionali* in favore della popolazione anziana. **attraverso un'interlocuzione e un confronto fattivi, più che solo ascolto, con le parti sociali e le associazioni di settore (art. 2 comma 3 lett a).**

Tale impostazione appare essenziale per riuscire a predisporre un assetto chiaro e organico degli interventi, al fine di superare l'attuale frammentazione, valorizzare la specificità dei settori, sviluppare il ruolo delle reti degli attori dell'economia sociale e consolidare un approccio di sistema capace di riconoscere e connettere l'eterogeneità delle diverse situazioni.

Per creare i presupposti e garantire agli interessati, le persone anziane non autosufficienti, risposte unitarie e appropriate, i decreti delegati da approvare entro gennaio 2024 dovranno approfondire elementi attualmente indicati a grandi linee nella Legge Delega, al fine di assicurare il **funzionamento integrato del sistema in tutto il paese e un incremento quantitativo e qualitativo dei servizi** accessibili.

Si sottolinea l'importanza di procedere parallelamente alla individuazione di **appropriati livelli di finanziamento e di integrazione delle risorse** per garantire l'effettività dei servizi e la concretizzazione degli intenti contenuti nella legge delega, da individuarsi **anche in collegamento**

con quanto previsto dal PNRR, sia nella Missione 6 (rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità e di assistenza domiciliare) che nella Missione 5, (riconversione delle RSA e potenziamento dei servizi domiciliari), nonché nella Missione 4 (**Potenziamento dell'offerta dei servizi di istruzione**) .

Infatti, la spesa sanitaria e assistenziale dovuta alla non autosufficienza rappresenta, e rappresenterà in prospettiva, uno dei carichi più onerosi in capo alle famiglie e all'erario. E' fondamentale pertanto prevedere la sostenibilità ed il mantenimento di professionisti, prestazioni e servizi ad essa dedicati nel lungo periodo.

Per questo si propone altresì la possibilità di definire meglio il ruolo delle forme integrative mutualistiche di assistenza, economicamente autorganizzate e sussidiarie, che si affianchino in una logica di complementarità alle risorse ed agli interventi garantiti dal sistema pubblico per le LTC (Long Term Care).

Inoltre, si propone di **prevedere disposizioni per l'avvio di progetti pilota di carattere innovativo** capaci di declinarsi su realtà territoriali e su bisogni delle persone profondamente diversificati.

Proponiamo, inoltre, che venga normato il processo per la definizione e realizzazione del PAI con l'individuazione delle figure interessate e **con il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti che operano nei servizi compresa la cooperazione sociale e sociosanitaria e gli ETS che gestiscono servizi e forniscono supporti**, con la definizione di tariffe aggiornate e di un appropriato budget di cura, nonché le modalità e i tempi per il monitoraggio e la verifica.

2. PRINCIPIO DI AUTODETERMINAZIONE, LIBERTA' DI SCELTA E APPROPRIATEZZA DELLA CURA

Si condivide e apprezza il *"riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole (...) nonché alla continuità di vita e di cure"* (art. 2 comma 2 lett. d) e, quindi, l'intento di salvaguardare **il principio di autodeterminazione** e della promozione umana anche in termini di **libertà di scelta dell'assistito, sia rispetto al luogo in cui preferibilmente ricevere le cure, che al soggetto erogatore delle stesse**. Tali principi e valori sono da porre **in relazione rispetto a qualsiasi scelta e decisione della persona** - non solo rispetto alla permanenza presso il proprio domicilio - e **in compatibilità con la dimensione di assistenza e cura più adeguata** definita nell'ambito del PAI.

3. INTEROPERABILITÀ DEI SISTEMI INFORMATIVI

Nell'ambito del *"rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti"* (art.2 comma 2 lett I) è necessario promuovere e rilevare le informazioni e i dati risultanti da *"indagini, studi e ricerche condotte da ETS"*, **ma è importante includere altresì i dati prodotti nell'ambito della gestione dei servizi di cura che, in particolar modo, la cooperazione sociale e gli ETS acquisiscono nell'esercizio delle loro attività e nella prossimità ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie**. In questo senso con riferimento alle **informazioni essenziali alla VM ed alla stesura del PAI** andrebbe, laddove nel testo è richiamata a più riprese (in particolare articolo 4, comma 2) implementare flussi informativi funzionali ad alimentare un sistema di monitoraggio degli interventi erogati, che **non dovrebbe limitarsi a rilevare gli output (numero e tipologia delle prestazioni erogate) ma misurare, in una logica di health assessment, anche gli outcome** riferiti agli esiti delle prestazioni erogate dai diversi professionisti in termini di recupero e/o mantenimento dello stato di salute degli assistiti. **Sulla**

Valutazione Multidimensionale, funzionale all'accesso allo SNA e alla redazione del PAI, occorre che i Decreti delegati prevedano modalità che garantiscano tempestività e funzionalità dei PUA.

4. COPROGRAMMAZIONE E COPROGETTAZIONE IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE, SANITARIA E SOCIOSANITARIA PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Condividiamo l'istituzione dello SNAA come modalità organizzativa permanente per *programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore (art.4 comma 1 lett c).*

Sottolineiamo che nel momento in cui si prevede il **coinvolgimento degli ETS, l'istituto della coprogrammazione - previsto dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore - rappresenta lo strumento privilegiato da utilizzare.**

Tale modalità di confronto e coinvolgimento risulta altresì applicabile nell'ambito delle **attività di screening** previste (art.4 comma 1 lett i).

Inoltre, sempre in riferimento all'art. 55 citato, il **coinvolgimento della cooperazione sociale e degli ETS anche in fase di co-progettazione, oltre che di realizzazione del PAI, favorirebbe l'integrazione e il coordinamento degli interventi in un unico processo integrato con un ecosistema cooperativo comprendente la cooperazione dei MMG e le cooperative di farmacie.**

5. REGOLE DI INGAGGIO

Bene la piena centralità riconosciuta, in virtù del principio costituzionale di sussidiarietà, all'istituto dell'accreditamento. Nella legge è infatti previsto, previa intesa in Conferenza Unificata, l'aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore e del servizio civile universale, facenti parte del "continuum assistenziale" (servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi *socio*-assistenziali, sociosanitari e sanitari) e per l'erogazione di terapie domiciliari o di servizi di diagnostica domiciliare.

A tal fine sarebbe importante **inserire nel testo del decreto delegato dedicato, la previsione circa la possibilità di gestire la presa in carico degli assistiti e l'erogazione dei servizi mediante modelli reticolari in grado di integrare i professionisti ed i setting assistenziali, organizzati anche in forma societaria e potenzialmente accreditabili, anche in base al possesso di adeguati parametri di pianta organica.**

È importante sottolineare come non si tratti di costruire ex novo strutture e presidi, in quanto gli snodi della rete sono **già presenti sul territorio** (aggregazioni della medicina generale, cooperative sociali, farmacie in rete, diagnostica e specialistica) e **possono essere messi a sistema** (e in parte già lo sono) **attraverso formule giuridiche di matrice mutualistica, laddove debitamente valorizzate ed incentivate nell'ambito di accordi di collaborazione pubblico-privati.**

6. ECOSISTEMA DEI SERVIZI

Quanto previsto all'articolo 4 comma 2 lettera n), ovvero: *garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, (...):*

- *l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali e dai comuni (art. 4 comma 2 lett. n punto 1)*
-

- *la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano (...)* (art. 4 comma 2 lett. n punto 2)
- *l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate (...)* (art 4 comma 2 lett. n punto 3);
- *il coinvolgimento degli enti del Terzo settore (...)* (art. 4 comma 2 lett. n punto 5);

Deve essere **l'elemento cardine a garanzia non soltanto dei servizi domiciliari, ma di un complesso sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e sociale per la non autosufficienza composto da servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali**. Si considerano fondamentali gli interventi volti a sostenere la permanenza della persona a domicilio e nel suo contesto di riferimento il più a lungo possibile, fermo restando l'appropriatezza dell'assistenza e la qualità specialistica delle risposte necessarie, ma attraverso le disposizioni dei decreti delegati è necessario **superare la modalità prestazionale per silos di interventi e andare verso la valorizzazione di un ecosistema dei servizi** in grado di garantire una molteplicità di differenti interventi in situazioni complesse forniti a sistema e la continuità nella evoluzione e nel cambiamento delle esigenze di vita e di cura delle persone anziane.

7. SERVIZI DOMICILIARI e TELEMEDICINA

L'assistenza domiciliare necessita di un potenziamento sia rispetto al bacino di utenza che in termini di continuità/intensità delle cure erogate.

Per questo è necessario dare piena attuazione alle previsioni della Riforma in materia di integrazione tra ADI e SAD, puntando sulla sinergia tra le misure previste nelle Missioni 5 e 6 del PNRR, allo scopo di riallineare al benchmark europeo, l'offerta assistenziale in regime domiciliare, assicurando una presa in carico reale del paziente.

A tal riguardo è fondamentale che il Governo, tramite il Ministero della Salute, vigili sull'effettiva implementazione del modello di requisiti per l'autorizzazione/accreditamento previsti nell'Accordo del 4 agosto 2021.

Al riguardo si coglie l'occasione per ricordare che, rispetto all'articolo 13 della **Legge** annuale per il mercato e la **concorrenza** 2021 (GU Serie Generale n.188 del 12-08-2022), si richiede che le procedure trasparenti, eque e non discriminatorie per la stipula degli accordi contrattuali con i soggetti del privato accreditato, salvaguardino la libertà di scelta del cittadino e non esitino in gare d'appalto dove l'aggiudicatario è l'unico soggetto erogatore a cui il cittadino può rivolgersi ledendone la libertà di scelta.

Si sottolinea inoltre la necessità di garantire mediamente 15-20 ore/mese di assistenza domiciliare per ciascun utente trattato, attraverso un mix di interventi sia di profilo sanitario che sociale, gestiti da erogatori accreditati in grado di erogare in modo organico ed integrato gli interventi.

Si ritiene opportuna che i decreti attuativi prevedano con appositi atti di natura tecnica l'elaborazione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali *per la presa in carico e la gestione integrale delle principali classi di patologia croniche, anche individuando delle classificazioni tariffarie (tipo DRG)*).

Rispetto al ricorso a strumenti di telemedicina nell'ambito dei servizi domiciliari (art. 4 comma 2 lett. n punto 5), si evidenzia come la cooperazione sociale, socio sanitaria, tra farmacie nonché la cooperazione di MMG possano garantire il loro supporto grazie a esperienze già maturate di integrazione con sistemi e strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio che consentono un collegamento nonché una presenza tempestiva e l'appropriatezza degli interventi sia nelle aree

interne che nelle aree urbane. Questo sostenuto anche dalla presenza diffusa e capillare della cooperazione nel territorio.

8. SERVIZI RESIDENZIALI

I servizi residenziali (*art. 4 comma 2 lett. q*) accolgono persone anziane con condizioni di particolare vulnerabilità, con limitazioni rilevanti delle autonomie o con condizioni croniche complesse, per le quali deve essere possibile attivare un **sistema diversificato e flessibile di interventi di natura residenziale da costruirsi in funzione del livello di intensità assistenziale espresso** (intensità e non gravità della diagnosi) determinato dalle esigenze socio-sanitarie e dalle condizioni oggettive e soggettive che interessano la vita quotidiana della persona nonché dal contesto personale e familiare dell'anziano.

La **riqualificazione dei servizi di natura residenziale** (*citata anche all'art. 2 comma 2 lett. m*) è da intendersi non solo in termini strutturali (qualità degli ambienti di vita), ma anche e soprattutto assistenziali e gestionali (rimodulazione del personale) e funzionali.

È necessario mettere a disposizione servizi residenziali socio-sanitari di qualità e in quantità adeguate, che rappresentino **luoghi concreti di cura e di prossimità** per le persone anziane non autosufficienti e le comunità, **capaci di assumere funzioni diversificate, innovative e/o multiple e modelli organizzativi flessibili in grado di gestire dai primi livelli di bassa intensità assistenziale fino alla organizzazione di cure appropriate per le persone con malattie e condizioni croniche molto complesse** (cure palliative). Inoltre, anche in continuità con i servizi semi-residenziali, **le strutture possano costituire presidi territoriali aperti** e punto di riferimento per la cittadinanza per favorire l'assistenza e la cura della salute attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, influenzando positivamente la qualità della vita delle persone assistite.

Per rispondere al meglio alla diversità e complessità dei bisogni e promuovere e sostenere la realizzazione di un sistema articolato e flessibile di servizi residenziali (dall'abitare supportato, alle strutture socio-sanitarie ad alta valenza sanitaria) l'integrazione delle risorse e dei soggetti pubblici e, in particolare del privato sociale in ragione della comune finalità di interesse generale, risulta un fattore ineludibile che può supportare la realizzazione del sistema in maniera equa in tutto il paese, anche in linea con i tempi dati dal PNRR e dai bisogni emergenti inevasi. Nel quadro di una co-programmazione degli interventi si può poi procedere ad operazioni di partnership già ampiamente previste nel sistema normativo attuale.

9. FIGURE PROFESSIONALI E SOSTENIBILITÀ DEI SERVIZI E DEL SISTEMA

Un pilastro alla base della garanzia della qualità dei servizi è rappresentato dalle persone coinvolte nella gestione del percorso di cura della persona anziana.

È importante investire in modo strutturale in una **definizione omogenea dei profili e degli standard formativi** (*art. 5 comma 2 lett b punto 1*), nonché procedere con una **rilevazione congiunta dei fabbisogni che coinvolga anche gli enti gestori**.

Ad oggi viviamo una preoccupante carenza di personale medico, sanitario e sociosanitario per il quale è opportuno non solo incentivare percorsi formativi, ma anche **definire e ricomprendere nell'ambito dei profili sociosanitari una nuova figura di operatore sociosanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-FC) che stimiamo in circa 110.000 OSS-FC (con ricadute anche in termini di indotto occupazionale** che, sotto la supervisione dell'infermiere, possano

utilmente operare nei diversi setting dell'assistenza territoriale compreso il domicilio, supportando l'infermiere responsabile della gestione del processo assistenziale.

Questo potrebbe essere funzionale ad una migliore articolazione delle prestazioni, a rispondere ai bisogni che il settore lamenta da tempo, nonché a garantire gli obiettivi del PNRR sia sui parametri di assistenza domiciliare che di presenza nelle "case della comunità". È urgente cercare di contrastare il deficit di capitale umano e professionale che negli ultimi anni non ha fatto che acuirsi progressivamente e che, se non sanato, inficerebbe l'efficacia, finanche la realizzazione, di qualsiasi intervento.

Infine rispetto alla sostenibilità dei servizi e alla certezza della continuità delle cure è necessario destinare risorse adeguate a sostegno sia degli interventi sociali che socio-sanitari in un sistema di compartecipazione delle differenti risorse già chiarito in fase di progettazione attraverso il budget di cura.