

Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti

Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele

Fabio Cembrani^{*}, Tiziano Vecchiato^{**}, Diego De Leo^{***},
Marco Trabucchi^{****}

SOMMARIO: 1. Le misure a sostegno della popolazione anziana non autosufficiente nel decreto attuativo: primi profili di problematicità. – 2. La riforma dell’indennità di accompagnamento e le insidie di un nuovo benefit assistenziale (‘la c.d. “prestazione universale”) introdotto in via temporanea e sperimentale che di ‘universale’ conserverà solo l’annuncio. – 3. La riforma dell’assistenza domiciliare: un nuovo modello di intervento o una brutta copia dell’esistente a doppia (separata) porta di accesso, a cardini fissi, davvero poco girevoli? – 4. La presa in carico della persona anziana: un altro tassello del puzzle di complessità su cui gravano molte incertezze e tanti dubbi dilatati dai ripetuti rinvii ad ulteriori decreti attuativi. – 5. Offerta integrata di assistenza e cure domiciliari, residenzialità e semi-residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale. – 6. Il veloce ma fugace rientro in campo dell’art. 32 Cost.: della salute dell’anziano comunque si parla ... anche se con solo riferimento alle cure palliative del fine vita. – 7. E se ci sarà incoerenza tra i criteri direttivi della legge delega ed il suo decreto attuativo? Una nostra conclusione, a futura memoria.

^{*} Medico legale, Professore a contratto Università di Verona.

^{**} Direttore Fondazione Emanuela Zancan di Padova.

^{***} Professore emerito, Università di Brisbane (Australia).

^{****} Past President Associazione italiana di Psicogeriatria.

ABSTRACT:

Gli Autori analizzano gli effetti prodotti dal decreto attuativo della legge-delega in materia di politiche a favore degli anziani definitivamente approvato dal Governo italiano l'11 marzo 2024. Di questo provvedimento, il cui iter legislativo è giunto a conclusione con la sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2024 (Decreto lgs. 15 marzo 2024, n. 29), gli Autori esaminano le previsioni dedicate all'assistenza ed alla cura delle persone anziane non autosufficienti senza affrontare le molte altre questioni affrontate dal provvedimento riguardanti, tra l'altro, l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, la coabitazione solidale domiciliare, il contrasto dell'isolamento, la prevenzione della fragilità e la telemedicina. E ciò con l'obiettivo di verificare se i principi ed i criteri direttivi della legge delega siano stati onorati dal Governo o se, al contrario, i suoi pilastri fondamentali siano stati in qualche modo rivisitati con l'introduzione di novità estranee o comunque non conformi alla delega parlamentare. Contestualizzando le questioni emergenziali prodotte dall'invecchiamento della popolazione italiana, gli Autori concludono affermando che il provvedimento è un "brutto restyling" dell'esistente che non semplificherà sicuramente la vita delle persone anziane e delle loro famiglie e che introdurrà, nonostante gli annunci, modestissime novità, circoscritte, purtroppo, ad una limitatissima platea di persone bisognose.

The authors analyze the effects produced by the decree implementing the law-delegation in the field of policies in favor of the elderly definitively approved by the Italian Government on 11 March 2024. Of this measure, the legislative process of which has come to a conclusion examine the forecasts for care and care of elderly people who are not self-sufficient without addressing the many other issues addressed by the measure, including active ageing, the promotion of autonomy, joint housing at home, combating isolation, preventing fragility and telemedicine. With the aim of verifying whether the principles and criteria governing the delegated law have been honoured by the Government or on the contrary, its fundamental pillars have in some way been revisited with the introduction of new elements that are foreign or in any case not in conformity with parliamentary delegation. Contextualizing the emergency issues produced by the aging of the Italian population, they conclude that the measure is a bad restyling of the existing that will certainly not simplify the lives of older people and their families and that will introduce, in spite of the very modest announcements, there is unfortunately a very limited cohort of people in need.

1. Le misure a sostegno della popolazione anziana non autosufficiente nel decreto attuativo: primi profili di problematicità

Rappresentare, anche in prima approssimazione, le ricadute effettive di una nuova legge non è mai un'operazione semplice. Quando poi essa viene presentata come una vera e propria "riforma epocale"¹, e quando la si è annunciata all'opinione pubblica promettendo un intervento economico con una maggiorazione di 1.000 Euro/mensili a favore di ogni persona anziana non autosufficiente², l'operazione davvero complessa ponendo all'inter-

¹ Così Teresa Bellucci, viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali nella conferenza stampa del 25 gennaio 2024.

² Così Giorgia Meloni in un passaggio della risposta, in aula della Camera, data al question time del 23 gennaio 2024.

prete un elevato livello di rischio che si può contenere se (e solo se) la si storicizza nel suo iter d'approvazione, nei suoi (dichiarati) obiettivi, nelle sue (annunciate) finalità e, quando si tratta di una norma delegata, nel verificare la coerenza tra i criteri e i principi direttivi fissati dalla delega parlamentare e la concertazione finale, come previsto dal precepto costituzionale, per non alterare la gerarchia delle fonti. Così è per il recentissimo provvedimento attuativo approvato dal Governo italiano il quale, in prima applicazione (essendo stati annunciati altri 17 decreti attuativi e 5 linee guida), ha dato una prima effettività alla tanto attesa riforma della non autosufficienza annunciata dalla legge 23 marzo 2023, n. 33 (“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”): legge che è stata approvata all’esito di un iter parlamentare straordinariamente rapido e in modalità davvero poco partecipata³, a distanza di oltre un anno dalla promulgazione della legge n. 227/2021 che ha delegato il Governo al riordino e alla semplificazione della moltitudine delle norme riguardanti la disabilità. Con un asincronismo davvero stridente e sospetto, poco chiari risultando essere i motivi della scelta politica di differenziare la risposta ai bisogni della popolazione anziana (l’ISTAT ha stimato, nel 2020, più di 14,17 milioni di over-65enni italiani con 22 mila over centenari⁴) dalla tutela della persona con disabilità, quasi ad ammettere che la prima non sia, purtroppo, l’effetto finale di quest’ultima, anche (forse, soprattutto) nelle fasi più avanzate della vita quando le gravi limitazioni producono “la perdita dell’autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale” (art. 2 del d.lgs. n. 29/2024). Con un dubbio che alcuni di noi, in tempi sicuramente non sospetti, hanno già espresso⁵ e che si deve riproporre, cioè che il legislatore italiano, così facendo, abbia deciso di posizionare definitivamente gli interventi e le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria di cui all’art. 1 del decreto attuativo della legge delega sotto l’ombrello protettivo «dell’art. 38 Cost. – che disciplina l’assistenza sociale – con l’argomento che per fronteggiare la non autosufficienza della persona anziana la funzione sociale prevale su quella sanitaria» senza considerare quali sono i rischi di questa soluzione che, a guardare a fondo e senza imbarazzo le cose, «può indirizzare verso un sistema di minore (anche in misura rilevante) tutela per i malati, anziché di affermazione e conferma di quella esistente»⁶.

Del decreto attuativo della legge-delega saranno qui commentate, nella loro ricaduta pratica, le indicazioni riguardanti l’assistenza, la cura e la tutela degli anziani non autosufficien-

³ P.V. BARBIERI, *Troppo silenzio sul disegno di legge delega sulla disabilità*, in *www.vita.it* (ultimo accesso 6 agosto 2023). Si veda anche M. CINGOLANI, P.G. FEDELI, F. CEMBRANI, *Disabilità. Quel silenzio assordante sulla legge delega che cela diversi aspetti da rivedere*, in *Quotidiano sanità*, 21 dicembre 2021.

⁴ ISTAT, *Rapporto 2023*, Roma.

⁵ F. CEMBRANI, *La legge-delega in materia di politiche a favore degli anziani: le insidie delle molte deleghe in bianco lasciate al Governo e di una elder Law italiana che sembra aver messo nell’angolo la componente di cura della non autosufficienza*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2023, n. 3, pp. 447 ss.

⁶ G.M. FLICK, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA, il pericolo dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 2.

ti senza analizzate le molte altre questioni affrontate dal Governo riguardanti, tra l'altro, l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, l'attività fisica, la coabitazione solidale domiciliare, il contrasto dell'isolamento, la prevenzione della fragilità e la telemedicina. Ciò che ci proponiamo di verificare è: (1) se i principi e i criteri direttivi della legge delega siano stati rispettati dal Governo e, più in particolare, se la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane sia stata effettivamente pensata progettando «il riordino, la semplificazione, l'integrazione ed il coordinamento [...] delle disposizioni legislative vigenti» (art. 2 della legge delega); (2) se i pilastri fondamentali di questa legge (riforma della indennità di accompagnamento, nuova residenzialità, nuovo modello della domiciliarità e nuova governance di tutto il sistema) siano stati resi robusti o se gli stessi siano stati in qualche modo ripensati dal Governo con l'introduzione di novità estranee o comunque non conformi alla delega parlamentare; (3) quali concreti effetti produrrà lo scorporo dall'art. 32 Cost. dei nuovi livelli delle prestazioni sociali (LEPS) per la non autosufficienza.

2. La riforma dell'indennità di accompagnamento e le insidie di un nuovo benefit assistenziale ('la cd. "prestazione universale") introdotto in via temporanea e sperimentale che di 'universale' conserverà solo l'annuncio

La riforma dell'indennità di accompagnamento prevista dall'art. 1 della legge n. 18/1980 era uno degli annunciati pilastri fondamentali previsti dalla legge-delega sulle politiche a favore degli anziani. La riforma sarebbe dovuta avvenire, secondo le (precise) indicazioni del Parlamento, con l'introduzione, in via sperimentale e progressiva, di una prestazione universale «graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, di valore comunque non inferiore alle indennità e alle ulteriori prestazioni» previste dalla legge statale (art. 35, comma 2, lettera a), n. 1). L'esigenza, ampiamente condivisibile, era così quella di «promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti» (art. 5, comma 2, lettera a)) in modo tale da dare un nuovo volto e una nuova dimensione ad un benefit economico che era stato concepito negli anni '80 del secolo scorso, liberamente spendibile, erogato al solo titolo della menomazione per gli ipovedenti (ciechi assoluti) o, nel caso degli invalidi civili, nell'ipotesi in cui la persona si trovi «nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» e/o che «non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita» abbisogni «di un'assistenza continua», indipendentemente dalla sua situazione patrimoniale, non soggetto a tassazione e gravante, per intero, sulla fiscalità generale; e di graduarlo in relazione all'intensità del carico assistenziale con una base economica mini-

ma non inferiore a quella data dall'indennità di accompagnamento (al momento 531,76 Euro mensili).

L'obiettivo è stato però ampiamente tradito dal Governo nonostante l'introduzione, in via transitoria (dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026) e sperimentale, della c.d. «prestazione universale [...] al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti» (art. 34, comma 1). Per tutta una serie di ragioni, perché questo nuovo intervento sarà un benefit fisso, determinato pertanto in misura forfettaria e senza nessuna gradualità, purtroppo destinato a una ridottissima platea di persone anziane non autosufficienti, non a libera spendibilità essendo stata la sua erogazione vincolata all'acquisto di servizi di cura e di assistenza forniti da imprese qualificate in questi settori. Al punto tale che, laddove questa quota non venga utilizzata in tutto o in parte, il beneficiario sarà «tenuto alla restituzione di quanto indebitamente ricevuto» (art. 36, comma 5). Nonostante gli annunci iniziali (corretti dalla Ragioneria generale dello Stato), l'importo mensile della nuova prestazione è stato indicato in 850 Euro mensili, senza alcuna graduazione dell'importo economico essendo stato reso indipendente dal carico assistenziale richiesto dalla persona. Essendoci anziani non autosufficienti che richiedono qualche ora di assistenza giornaliera per l'igiene, per la mobilitazione e per la preparazione dei pasti ed altri che, oltre a ciò, necessitano di una stretta e continua supervisione, sorveglianza e vigilanza protratte sulle 24 ore (sette giorni su sette) che, nella domiciliarità, richiede la presenza e il supporto continuo fornito non già da uno ma da almeno due assistenti domiciliari a tempo pieno (54 ore settimanali). Di tutto questo si è deciso di non tener conto tradendo, alla fine dei fatti, i criteri direttivi della delega parlamentare. La decisione del Governo è stata, infatti, quella di intervenire integrando l'indennità di accompagnamento con un cash economico mensile (cd. "assegno di assistenza") esentato dall'imposizione fiscale, concesso con un assegno una tantum, destinato «a remunerare il costo del lavoro di cura e di assistenza» o all'acquisto «di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non domiciliare» (art. 36, comma 2, lettera a)). Nessuna gradualità, dunque, né della indennità di accompagnamento (che continuerà ad essere concessa sulla base di criteri clinici non solo opinabili ma soprattutto di lassa incertezza, purtroppo mai standardizzati, eccezion fatta per l'esperienza maturata in una sola realtà territoriale⁷) né, tanto meno, dell'assegno di assistenza che sarà percepibile, dall'anno prossimo, non da tutti gli anziani non autosufficienti ma da una coorte di persone oltremodo ristretta, avendo il Governo previsto un vincolo legato all'età anagrafica del richiedente e un rigidissimo sbarramento reddituale: su domanda accederanno, infatti, al nuovo benefit i soli grandi anziani over-80enni non autosufficienti, già titolari dell'indennità di accompagnamento, in possesso di un indicatore economico (ISEE) non superiore a 6 mila Euro/anno, che si trovano in un "livello

⁷ F. CEMBRANI, *La valutazione medico-legale della disabilità in psico-geriatria (la frammentarietà e le disequità del welfare)*, in *Psicogeriatria*, 2009, n. 1, pp. 33 ss.

di bisogno assistenziale gravissimo» (art. 35, comma 1, lettera b)). Situazione, quest'ultima, che il Governo non ha però riempito di contenuti visto che essi dovranno essere definiti da un'apposita «commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, tenuto conto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 26 settembre 2016» (art. 34, comma 3). Decreto che, all'art. 3 li ha, in qualche modo, definiti indicando quali sono le condizioni cliniche della persona da cui essi possono essere fatti derivare (persone in coma, persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita, persone affette da grave o gravissimo stato di demenza con CDR uguale o superiore a 4, persone con lesioni spinali da C0 a C5, persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, persone con deprivazione sensoriale complessa, persone con disabilità comportamentale e persone affette da ritardo mentale grave) o, in prospettiva più estensiva, il grado e l'entità della loro c.d. «dipendenza vitale» indicata nell'esigenza «di assistenza continua e monitoraggio sulle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche» (art. 3, comma 2, lettera i)). Con ulteriori vincoli determinati dall'impegno di spesa che non potrà superare il limite massimo fissato in 250 milioni di Euro per l'anno 2025 ed in 250 milioni di Euro per l'anno 2026 (art. 36, comma 6), con l'ulteriore precisazione che, in caso di sfioramento, «con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si procederà a rideterminare l'importo mensile della prestazione universale» (art. 36, comma 6): 500 milioni complessivi, quindi, provenienti non da nuove risorse stanziare dal Governo ma da disponibilità economiche derivanti da altri capitoli della spesa pubblica, visto che 150 milioni sono stati recuperati tagliando il Fondo per le non autosufficienze, 250 milioni dal Programma nazionale inclusione e lotta alla povertà e 100 milioni dalla Missione 5 del PNRR⁸.

Questo il disegno complessivo del nuovo intervento assistenziale che verrà realizzato, nelle intenzioni del Governo, con ferrei sbarramenti, vincoli davvero esagerati, incomprensibili vuoti normativi e plurimi rinvii a successivi atti normativi che, oltre ad allontanare all'infinito le risposte ai problemi, offrono una risposta parzialissima ad un'emergenza che dovrebbe essere affrontata con urgenza, visto che le stime realistiche portano ad ammettere che i beneficiari dell'annunciata riforma (non certo "epocale") non supereranno le 24,5 mila unità. E ciò in presenza di oltre 2,8 milioni di anziani italiani non autosufficienti⁹, la sola metà dei quali (1,4 milioni) risulta percepire l'indennità di accompagnamento¹⁰ e che

⁸ Decreto anziani. In attesa del provvedimento 14 milioni di persone, ma non ci sono risorse aggiuntive. L'audizione di Gimbe, in *Quotidiano sanità*, 14 febbraio 2024.

⁹ CENSIS, Il lavoro domestico. Una risorsa per il nuovo welfare, Roma, disponibile su www.censis.it, 2023 (ultimo accesso 12 febbraio 2024).

¹⁰ CREA Sanità, 19° Rapporto sanità. Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macroeconomiche e urgenze di riprogrammazione, Roma, 2023.

si trovano spesso in una situazione di drammatica povertà se si considera che il 33,8% di questa ampia coorte di persone ha un'entrata pensionistica cumulativa inferiore a 1.000 Euro mensili¹¹, del tutto insufficiente a coprire i costi di un regolare contratto di “badantato” (compresi, per 54 ore/settimana, tra 19-21 mila Euro/anno, tra retribuzione, tredicesima, congedi, Tfr e contributi dovuti). Nell'importo economico definito dal Governo, l'assegno di assistenza sarà così sufficiente, per chi ha un ISEE inferiore ai 6 mila Euro/anno, a sostenere le spese di un contratto di assistenza limitato a 22 ore settimanali, assolutamente insufficienti a coprire le esigenze e a soddisfare i bisogni assistenziali dell'anziano non autosufficiente con un bisogno assistenziale gravissimo.

Se poi l'obiettivo della riforma era anche quello di ridurre il nero e di regolarizzare il lavoro domestico, che sappiamo essersi ridotto nel nostro Paese nel 2022 (-76.548 lavoratori)¹², di ciò che accadrà possiamo essere facili anticipatori. Non solo perché il nuovo intervento assistenziale, che di “universale” ha ben poco al di là del suo nome, non sarà certo sufficiente a pagare il costo di un regolare contratto di “badantato” a cui sono naturalmente da aggiungere tutte le altre spese necessarie per una vita decorosa e dignitosa, cosicché gli anziani non autosufficienti esclusi da questa nuova tutela saranno moltissimi (oltre il 98%¹³).

Prendendo le distanze dagli annunci, la triste e durissima realtà è che la spesa per la long-term care a carico delle famiglie italiane, stimata in 14,3 miliardi di Euro/anno, sarà erosa in maniera ultra-minimale e che la prevalenza delle colf e degli assistenti domiciliari al lavoro (stimati in 1,86 milioni) continueranno a prestare il loro lavoro in modo irregolare, senza pagare le imposte previste dalla legge e con un sommerso economico che provocherà sicuri rimbalzi negativi sulla complessiva tenuta, nel medio periodo, del nostro sistema previdenziale¹⁴.

3. La riforma dell'assistenza domiciliare: un nuovo modello di intervento o una brutta copia dell'esistente a doppia (separata) porta di accesso, a cardini fissi davvero poco girevoli?

Un altro pilastro fondamentale della legge n. 33/2023 era l'annunciata riforma dell'assistenza domiciliare che sarebbe dovuta avvenire introducendo nuovi modelli di intervento

¹¹ INPS, Prestazioni pensionistiche e beneficiari del sistema pensionistico italiano al 31.12.2022, www.servizi2.inps.it (ultimo accesso 12 febbraio 2024).

¹² Rapporto Domina, presentato in Senato il 31 gennaio 2024, disponibile su www.ansa.it (ultimo accesso 12 febbraio 2024).

¹³ C. Ranzo, La riforma tradita. La nuova prestazione universale, in Lavoce Info, 9 febbraio 2024.

¹⁴ Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, *Il bilancio del sistema previdenziale italiano*, disponibile su www.itinerari-previdenziali.it, 2024 (ultimo accesso 26 febbraio 2024).

capaci di rispondere in maniera più appropriata ed efficace ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti: un obiettivo assolutamente strategico, del tutto coerente con le indicazioni dettate dalle Missioni 5 (“Inclusione e coesione”) e 6 (“Salute”) del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e con il potenziamento dell’assistenza domiciliare (incremento della presa in carico di almeno il 10% della popolazione over65enne) così da poter invertire la rotta che conduce alla loro istituzionalizzazione.

Per dare concretezza a questa riforma, il decreto attuativo della legge delega ha indicato la griglia dei suoi attori principali: a livello centrale il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) che dovrà «garantire il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane [...] anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente» (SNAAA), come indicato dall’art. 2, comma 3 della stessa; a livello intermedio le Regioni e le Province autonome; a livello locale, i Comuni singoli o associati negli Ambiti territoriali sociali (ATS) e i Distretti sanitari delle Aziende sanitarie territoriali (art. 21 comma 2, lettera c)). Fermo restando che questi soggetti istituzionali dovranno impegnarsi a «garantire tra loro il massimo livello possibile di cooperazione amministrativa» (art. 23, comma 3) sia pur nel rispetto delle loro rispettive competenze, sono le funzioni assegnate agli ATS dal decreto attuativo della legge delega quelle che chiedono un doveroso commento. A questi soggetti istituzionali viene, infatti, affidata la responsabilità dello «svolgimento omogeneo di tutte le prestazioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell’ambito dei servizi sociali alle persone e alle residenti ovvero regolarmente soggiornanti» (art. 24, comma 1) e la gestione diretta del personale a tal scopo necessario (art. 24, comma 3). Con un ruolo per la verità poco chiaro affidato ai Distretti sanitari riguardo a queste specifiche aree di responsabilità pur essendo stata indicata la necessità di un loro coinvolgimento nell’individuazione di «modalità semplificate di accesso agli interventi sanitari, sociali e socio sanitari attraverso i Punti unici di accesso di cui all’articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021» (art. 24, comma 4) in maniera tale da dare «priorità alla permanenza delle persone al proprio domicilio e nella propria comunità» (art. 25, comma 5) e con un marginalissimo accenno all’esigenza del rafforzamento organizzativo degli ATS rinviato ad una apposita linea guida che dovrà essere approvata, entro 120 giorni, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell’economia e delle finanze (art. 24, comma 5). La logica fondante la riforma sarebbe così quella di una «sussidiarietà orizzontale [...] basata sull’integrazione delle varie risposte disponibili e secondo gli obiettivi definiti nel piano assistenziale integrato (PAI)» (art. 25, comma 4): una logica, questa, sicuramente ragionevole che, tuttavia, sconta moltissimi limiti, primo tra tutti il diverso budget di spesa che sarà assegnato agli ATS e ai Distretti sanitari che, per la nostra esperienza, sono sempre inseriti in sistemi di controllo interni sì paralleli ma del tutto diversi e assolutamente non speculari, che potranno sicuramente condizionare (in negativo) la giusta idea della sussidiarietà orizzontale e l’integrazione tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e di quelli sanitari (LEA).

In ogni Casa di Comunità il decreto attuativo ha così previsto la creazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) al quale potranno rivolgersi, direttamente o su segnalazione di terzi (rete ospedaliera, farmacie, comuni, ambiti territoriali sociali, medico di medicina generale, medico di una struttura del Servizio sanitario nazionale), per la valutazione multi-dimensionale, tutte le persone anziane purché affette da «almeno una patologia cronica» o «in condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana» (art. 27, comma 2, lettere a) e b)). L'accesso al PUA potrà in questo modo avvenire con una duplice modalità: (a) in forma diretta; (b) in modalità mediata, su segnalazione di terzi che possono anche non rivestire il ruolo di medico pur avendo il decreto attuativo previsto che, nell'ipotesi in cui questo professionista valuti la non sussistenza dei requisiti previsti per regolare l'appropriatezza di accesso al PUA, lo stesso sia tenuto ad informare «l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227 procedendo, in questo caso, all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute» (art. 27, comma 4). Indicazione, quest'ultima, davvero incomprensibile nelle sue reali intenzioni pur confermando il doppio canale valutativo già annunciato dalla legge-delega sulla disabilità¹⁵, posto a carico di soggetti istituzionali diversi: quello finalizzato al riconoscimento del diritto di accesso alle prestazioni monetarie a carico dell'INPS (nel caso degli anziani, la sola indennità di accompagnamento) e quello della valutazione multidimensionale che sarà una responsabilità affidata alle Unità valutative multidisciplinari (UVM) degli ATS. Con prevedibili inceppi e corto-circuiti nei meccanismi in entrata, non essendo chiaro il motivo per cui una persona anziana non in possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla valutazione multidimensionale possa rientrare, a tutti gli effetti, nel percorso valutativo affidato all'INPS. La nostra preoccupazione è che questa doppia porta di accesso, peraltro malgovernata nei meccanismi di interscambio, causerà molti problemi pratici, un allungamento dei tempi di risposta e un sostanziale "palleggiamento" delle responsabilità sui meccanismi di presa in carico dell'anziano. Senza dimenticare un altro dato di fatto, perché i bisogni di queste persone non possono mai essere cristallizzati una tantum e una volta per tutte, con la conseguenza che essi, modulandosi nel tempo, richiedono sempre un progressivo aggiornamento della situazione, certamente non favorito dalla rigidità del sistema previsto dal decreto attuativo. Della annunciata «semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e

¹⁵ F. CEMBRANI, M. CINGOLANI, P. FEDELI, *L'inclusione della persona disabile con strumenti tecnologici: occasione di un primo commento alla legge-delega al Governo in materia di disabilità*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2022, n. 3, pp. 267 ss.

valutazione della condizione della persona anziana non autosufficiente» (art. 4, lettera l), comma 2) della legge-delega) si perde così qualsiasi traccia nel decreto attuativo che, anzi, complica ulteriormente le regole di accesso al sistema di tutela la cui semplificazione avrebbe richiesto altre scelte strategiche valorizzando, a questo riguardo, il ruolo del PUA e delle UVM. Le cui responsabilità sono state declinate dall'art. 27, comma 6, del decreto attuativo dovendo essi svolgere «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, attivando, ove occorra, la valutazione multidimensionale unificata finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del terzo settore erogatori dei servizi». Il previsto accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni statali (indennità di accompagnamento) stride, così, con il ruolo di filtro affidato al PUA anche perché l'anziano, soprattutto se non in possesso dei requisiti previsti per dar inizio al percorso finalizzato alla valutazione multidimensionale, esprime tutta una serie di bisogni che si devono affrontare con un piano assistenziale necessariamente personalizzato che non potrà non essere predisposto omettendo di considerare quei benefit assistenziali utili all'acquisto dei servizi di assistenza e di cura.

4. La presa in carico della persona anziana: un altro tassello del puzzle di complessità su cui gravano molte incertezze e tanti dubbi dilatati dai ripetuti rinvii ad ulteriori decreti attuativi

La persona anziana over-65enne potrà, quindi, rivolgersi o essere indirizzata da soggetti terzi al PUA, che dovrà essere attivato in ogni Casa di Comunità, per ricevere informazioni, iniziare, se del caso, il processo che porterà alla valutazione multidimensionale e alla sua presa in carico se affetta da almeno una patologia cronica o, nell'ipotesi in cui le sue condizioni cliniche riducano le normali funzioni fisiologiche, avviare l'altro percorso valutativo in capo all'INPS per l'accesso ai benefit statali (l'indennità di accompagnamento e, se in possesso dei requisiti previsti, la prestazione unica universale) ed alle altre agevolazioni assistenziali tra cui quelle previste dalla legge-quadro sull'handicap (legge n. 104/1992). Nel decreto attuativo della legge delega si accenna ai criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA, i quali sono però rinviati a un successivo decreto interministeriale che dovrà essere adottato entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto attuativo stesso, «ricomprendendovi, tra gli altri, la qualità di persona grande anziana e la presenza di più di una patologia cronica» (art. 27, comma 3). Sarà quello stesso decreto a indicare non solo la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, ma anche lo strumento che

dovrà essere utilizzato per la valutazione multidimensionale unificata (VMU) che dovrà essere «omogeneo a livello nazionale» e «basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021» (art. 27, comma 7). L'ennesimo rinvio che frammenta ulteriormente il puzzle dei provvedimenti che dovranno essere adottati; un mosaico normativo sempre più complicato, che nelle intenzioni originarie della legge delega doveva essere semplificato, realizzando invece, non in subordine, una grande confusione sui ruoli istituzionali giocati dai singoli attori, perché questo strumento valutativo dovrà essere individuato da un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità avvalendosi del supporto dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e della componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale di cui all'articolo 21, comma 1 del decreto legislativo n. 147 del 2017, sentito l'INPS e previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

A valutazione multidimensionale effettuata, si vedrà sulla base di quali eventuali nuovi descrittori qualitativi e di misura, ciò che accadrà dipenderà dal suo esito. Se sarà accertata la condizione di non autosufficienza, l'UVM dovrà, infatti, redigere un apposito verbale che dovrà essere trasmesso all'INPS mediante l'apposita piattaforma informatica per i provvedimenti di competenza «contenente le risultanze della valutazione [...] utili a: a) graduare il fabbisogno assistenziale in elazione ai livelli crescenti di compromissione delle autonomie nella vita quotidiana; b) supportare le decisioni di eleggibilità nelle misure e provvedimenti» di competenza statale (art. 27, comma 11). Se, al contrario, la non autosufficienza sarà esclusa dall'UVM, due sono le ipotesi alternative che si possono delineare. Una prima è quella dell'anziano che, pur non autosufficiente, potrebbe essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso ai benefici ed alle agevolazioni statali: in questa ipotesi, l'UVM dovrà redigere un «apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica [...] all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo se necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico sanitario» (art. 27, comma 10). Una seconda via è quella dell'anziano non autosufficiente che non ha, però, titolo a entrare nel percorso finalizzato al riconoscimento dei benefici e delle agevolazioni statali; in questo caso il decreto attuativo prevede che «il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, [...] di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni con l'accesso ai servizi e alla rete di inclusione sociale» (art. 27, comma 9). Se guardiamo, con una visione d'insieme, al complessivo disegno organizzativo generato dal decreto attuativo, la nostra preoccupazione si acuisce ulteriormente perché il sistema della doppia porta di entrata a edifici separati, abitati da soggetti istituzionali dai ruoli profondamente dissimili (l'UVM da una parte, gli organi tecnici dell'INPS dall'altra), sarà fonte di confusione, di ritardi, di smentite, di contenziosi e di deleghe nell'assunzione

delle responsabilità. Non essendo assolutamente chiare le ragioni che hanno portato alla decisione di poter saltare la valutazione multidimensionale affidata all'UVM rivolgendosi direttamente all'INPS e quella che consente alla persona che non si trova nella condizione di non autosufficienza di essere nuovamente valutata dagli organi tecnici dell'Istituto previdenziale per l'accesso ai benefici di legge statali. Risultando quantomai discutibile la conferma della decisione politica di affidare all'INPS l'effettuazione di nuovi accertamenti medici, quando necessari a integrare la valutazione multidimensionale, a confermare l'esigenza di quell'attività di (ferreo) controllo (contabile) che l'Istituto ha esercitato in questi anni sulle valutazioni tecniche riguardanti la disabilità effettuate dalle ASL. Davvero un brutto restyling dell'esistente che non semplificherà certo la vita degli anziani e delle loro famiglie per un eccesso di rigidità burocratica il cui obiettivo, anche se non dichiarato, è sicuramente quello di contenere la spesa pubblica destinata all'assistenza che, ripetutamente, l'INPS e altri autorevoli soggetti istituzionali¹⁶ hanno chiesto di separare dalla spesa previdenziale per la sostenibilità del nostro sistema di welfare. Peccato però che, a conti fatti, sia diventato l'INPS il vero ed unico artefice e regista di un sistema di tutela che non ha assolutamente nulla da condividere con gli obiettivi del nostro sistema previdenziale. Ciò che si delinea è un palinsesto organizzativo incerto e del tutto frammentato anche se la sola cosa certa è che la condizione di non autosufficienza non sarà sovrapponibile a quella di chi potrà accedere a tutti i benefici/agevolazioni previsti dalla legge statale, cosicché vi saranno anziani percettori dell'indennità di accompagnamento che resteranno automaticamente esclusi dalla possibilità di accesso alla prestazione unica universale. Quanto poi alla capacità delle UVM di riconoscere, senza commettere errori censurabili dall'INPS, le diverse condizioni previste per l'accesso alle prestazioni economiche e alle altre agevolazioni statali, si nutrono forti perplessità non solo perché il legislatore non ha avuto il coraggio di unificare le diverse forme di disabilità protette ma anche perché, per alcune di esse, restano irrisolti quei margini di incertezza già segnalati e che necessitavano di una vera riforma come previsto dalla legge delega.

5. Offerta integrata di assistenza e cure domiciliari, residenzialità e semi-residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale

Un ulteriore pilastro fondamentale della legge delega era rappresentato dalla riforma dell'assistenza domiciliare che il decreto attuativo affronta agli art. 29, 30, 31 e 32 indicando una architettura di base abbozzata e del tutto provvisoria. L'attivazione degli interventi indicati dal progetto assistenziale individualizzato (PAI) definito dalla UVM sarà così a

¹⁶ *Itinerari previdenziali*, cit.

carico delle cure domiciliari di base, delle cure domiciliari integrate (ADI), dei servizi di assistenza domiciliare (SAD) e delle unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM). Sulla necessità di integrare e coordinare gli interventi sanitari e quelli sociali si accenna all' art. 29, comma 1, del decreto attuativo. Tuttavia, anche in questo caso, la soluzione viene rinviata ad un successivo decreto che dovrà definire «le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sanitari e sociali 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, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura» (art. 29, comma 3). Con un'unica importante novità introdotta dal decreto attuativo: l'istituzione di un sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare in cui dovranno confluire i diversi dati per la loro condivisione. Quanto, infine, ai servizi residenziali e a quelli semi-residenziali il decreto attuativo differenzia quelli di tipo socio-assistenziale da quelli socio-sanitari e le loro specifiche funzioni anche qui con il rinvio ad un ulteriore provvedimento normativo che dovrà individuare i «requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e accreditamenti delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti al Terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario» (art. 31, comma 7). Moltissimi rinvii, dunque, a successivi atti normativi che confermano la nebulosità di una architettura e di un palinsesto che sarà progettato in progress quando la legge delega ne aveva indicato i suoi principi e, soprattutto, i suoi criteri direttivi.

6. Il veloce ma fugace rientro in campo dell'art. 32 Cost: della salute dell'anziano comunque si parla ... anche se con solo riferimento alle cure palliative del fine vita

Alla tutela della salute dell'anziano non autosufficiente sia la legge delega che il suo primo decreto attuativo non riservano alcuna attenzione, quasi che la non autosufficienza possa trasformarsi in una realtà che può essere contrastata con la forza dei soli interventi di carattere sociale. Tutti sappiamo, però, che così non è, anche se qualcuno potrà obiettare al nostro ragionamento generale addebitandoci la colpa di medicalizzare la vecchiaia. È questo un rischio che, tuttavia, vogliamo correre perché la tutela della non autosufficienza richiede comunque di essere posizionata sotto l'ombrello protettivo dell'art. 32 Cost. se crediamo nell'assunto che la vulnerabilità non deve trasformarsi, per ragioni di finanza

pubblica, in una libertà vulnerata¹⁷. Di salute e di cura poco, o quasi niente, si dice anche nel decreto attuativo della legge delega, eccezion fatta per l'art. 32 che discute il diritto dell'anziano ad accedere alle cure palliative. Diritto che non occorre certo ribadire, perché il diritto di accesso a queste particolari terapie specialistiche che la legge delega dichiara debbano essere fornite alla persona «in tutti i luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti» quali risultano essere «il domicilio, la struttura ospedaliera, l'ambulatorio, l'hospice e i servizi residenziali» (art. 4, comma 2, lettera o) punto 1)) è un diritto già stabilito dalla legge 15 marzo 2010, n. 38. Come non c'era bisogno di ritornare sul diritto dell'anziano alla pianificazione condivisa della cura tra il medico e la persona anziana affetta da una patologia cronica o invalidante o caratterizzata inarrestabile evoluzione con prognosi infausta (art. 32, comma 4). Perché questo diritto già esiste per cui più opportuno sarebbe stato provare non a reiterare ma a correggere le lacune della legge n. 219 del 2017 che si rendono manifeste ogni qual volta si discute quale sia il reale fondamento giuridico della capacità decisionale della persona con una marcatissima criticità che si acutizza proprio nel caso di una sua presunta incapacità¹⁸. L'occasione era propizia per farlo ma ogni qual volta si corre a perdifiato, senza riflettere, finanche a perdere di vista la realtà dei problemi pratici che esistono in tutti i luoghi della cura, il rischio è quello di non pensare alle soluzioni che potevano rimediare gli errori già commessi in passato, anche alla luce delle indicazioni fornite dall'art. 12 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD)¹⁹.

¹⁷ V. BALDINI, *Le asimmetrie della narrazione costituzionale: libertà vulnerate e democrazia in pericolo...*, in *Diritti Fondamentali*, 2024.

¹⁸ M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Napoli, 2021.

¹⁹ Art. 12 CRPD (Equal recognition before the law): «1. States Parties reaffirm that persons with disabilities have the right to recognition everywhere as persons before the law. 2. States Parties shall recognize that persons with disabilities enjoy legal capacity on an equal basis with others in all aspects of life. 3. States Parties shall take appropriate measures to provide access by persons with disabilities to the support they may require in exercising their legal capacity. 4. States Parties shall ensure that all measures that relate to the exercise of legal capacity provide for appropriate and effective safeguards to prevent abuse in accordance with international human rights law. Such safeguards shall ensure that measures relating to the exercise of legal capacity respect the rights, will and preferences of the person, are free of conflict of interest and undue influence, are proportional and tailored to the person's circumstances, apply for the shortest time possible and are subject to regular review by a competent, independent and impartial authority or judicial body. The safeguards shall be proportional to the degree to which such measures affect the person's rights and interests. 5. Subject to the provisions of this article, States Parties shall take all appropriate and effective measures to ensure the equal right of persons with disabilities to own or inherit property, to control their own financial affairs and to have equal access to bank loans, mortgages and other forms of financial credit, and shall ensure that persons with disabilities are not arbitrarily deprived of their property».

7. E se ci sarà incoerenza tra i criteri direttivi della legge delega ed il suo decreto attuativo? Una nostra conclusione, a futura memoria

L'approvazione della legge n. 33/2023, avvenuta in tempi rapidissimi e a distanza di poco più di due mesi dalla sua presentazione, aveva suscitato legittime speranze e giustificate aspettative sulla possibilità di realizzare la tanto attesa riforma del sistema italiano di long-term care e di dare una risposta ai bisogni (reali, effettivi e sempre più stringenti) delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

La delega parlamentare affidata al Governo, pur essendo stata parzialmente onorata nei tempi previsti anche se serviranno più di altri (annunciati) 20 atti normativi, è stata però sostanzialmente tradita²⁰, non solo a causa della modestissima copertura finanziaria, ma soprattutto per la provvisorietà delle idee, non certo a tenuta e che complicheranno, sul piano amministrativo, i processi invece che semplificarli e renderli soprattutto omogenei per correggere le ampie diseguità territoriali.

L'insufficienza del piano di finanziamento con risorse già stanziare, recuperate da altri capitoli di spesa e senza alcun nuovo investimento pubblico, non è di poco rilievo anche se dei suoi semi germinanti troviamo ampio riscontro nella legge-delega per i ripetuti richiami fatti, in essa, alla clausola dell'invarianza finanziaria sigillata dalla precisazione che «qualora uno o più decreti legislativi determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, i medesimi [...] sono emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti misure finanziarie» (art. 8, comma 4) e dall'inciso che «dall'attuazione delle deleghe [...] non devono derivare nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica» (art. 8, comma 5). Per dare una copertura economica alla effettiva tutela degli anziani non autosufficienti sarebbero, infatti, serviti almeno 3 miliardi di Euro/anno (più di 10 volte rispetto alla quota finanziata) da aggiungere agli oltre 12 miliardi di Euro/anno spesi, secondo i dati dell'INPS²¹, per l'indennità di accompagnamento se l'obiettivo era quello di dare una miglior copertura assistenziale a questa folta platea di persone anche per invertire la rotta della loro istituzionalizzazione. Per ragioni di finanza pubblica non si è potuto o voluto farlo pur dovendo chiederci dove siano realmente finite le risorse previste dal PNRR, purtroppo continuamente rivisto e rimaneggiato per ragioni non sempre chiarite da chi avrebbe dovuto farlo. Ciò che è così mancato sono però le idee ed il coraggio politico di realizzarle in tempi brevi.

²⁰ K. PINTO, *Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: la montagna ha partorito un topolino*, in *il Sole24Ore*, 7 febbraio 2024.

²¹ NPS (2016), XV Rapporto annuale, Roma.

La mancata riforma dell'indennità di accompagnamento ne è un esempio eclatante. Si poteva procedere in questa direzione perché la delega parlamentare lo consentiva; tuttavia non si è voluto farlo per correggere i forti elementi di iniquità verticale che caratterizzano questo istituto che non trova nessun analogo nel panorama europeo²² pur continuando a dimostrare notevolissimi profili di criticità con effetti negativi sul piano dell'equità sociale²³. La scelta è stata di non riformare questo intervento assistenziale che, nonostante il suo universalismo, non risulta essere né equo né appropriato e che continuerà ad essere erogato in misura forfettaria nonostante manchi ancora uno standardizzato strumento di valutazione lasciato nella assoluta discrezionalità di chi valuta. Con un radicale (profondo) salto di prospettiva compromettente la delega parlamentare che aveva previsto di graduare il nuovo intervento in relazione al fabbisogno assistenziale della persona, indipendentemente dalle sue disponibilità economiche e senza nessuna condizionalità nella libertà di scelta (tra denaro e servizi alla persona).

Quanto poi al sistema delle porte a cardini non certo scorrevoli che regolano il sistema di entrata al nuovo regime di tutela già si è detto. Differenziare i soggetti erogatori e posizionare il riconoscimento della disabilità su un piano, per così dire a latere, rispetto a quello della presa in carico della persona rafforzando (per probabili ragioni di finanza pubblica) il ruolo dell'INPS, sarà fonte di ritardi, di conflitti di attribuzioni, di una sostanziale delega delle responsabilità e di un contenzioso che si attiverà ogni qual volta gli organi tecnici dell'Istituto previdenziale interromperanno il circuito attivato dalle UVM contestando o non ammettendo l'esistenza dei requisiti base richiesti per l'accesso ai benefici/agevolazioni di legge statali. Quando era opportuno, come aveva previsto in maniera chiara e senza equivoci legge-delega, semplificarlo e riunire in un perimetro comune le diverse forme di disabilità con l'obiettivo di ridurre le diseguità, la duplicazione dei processi amministrativi, i costi di gestione prodotti dagli apparati ed il contenzioso giudiziario. Che di certo aumenterà perché i criteri per riconoscere il diritto all'indennità di accompagnamento non sono stati rivisitati come era necessario fare, poiché il divario prodotto dalle profonde diseguità territoriali che già esistono non sarà purtroppo corretto, e perché non era certo il caso di autonomizzare l'apparato valutativo della disabilità affidandolo ad un soggetto istituzionale estraneo al Servizio sanitario nazionale che dovrà essere largamente potenziato; e perché non era sicuramente opportuno progettare un sistema a doppia porta di entrata senza dare ad esso la necessaria coerenza e flessibilità. Un altro tradimento della delega parlamentare che aveva previsto la semplificazione e l'integrazione dei processi valutativi favorendo la «riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni ed il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi» (art.

²² C. RANCI, M. ARLOTTI, A. PARMA, *La sfida dell'indennità di accompagnamento. Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia*, in *Welforum*, 2020.

²³ C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Roma, 2008.

4, comma 2, lettera l). Non si è riunito nulla, le duplicazioni continueranno ad esistere, il contenzioso giudiziario sicuramente aumenterà ed i costi di gestione dell'apparato amministrativo-burocratico incrementeranno ulteriormente a dispetto dei criteri direttivi stabiliti dalla delega parlamentare, incredibilmente sabotata dal Governo italiano.

C'è naturalmente da chiedersi che cosa accadrà e come tutti i contesti territoriali sapranno adeguarsi alla normativa statale rivedendo la loro organizzazione interna visto che la valutazione finalizzata al riconoscimento della indennità di accompagnamento transiterà definitivamente all'INPS, come saranno potenziati le ATS e come saranno di necessità rinnovati quegli assetti le ATS e come potranno essere rinnovati quegli assetti normativi regionali e provinciali che hanno già previsto l'assegno di cura. Il silenzio e (speriamo di sbagliare) il preoccupante disinteresse medico che percepiamo su queste delicatissime questioni, fatta eccezione per qualche isolata presa di posizione pubblica²⁴, non è sicuramente di buon auspicio. Esiste, tuttavia, un ulteriore interrogativo in attesa di risposta. Se, come sembra, la delega parlamentare non è stata onorata dal Governo italiano e se i suoi criteri direttivi sono stati sostanzialmente traditi, cosa potrà realisticamente accadere? Lo vedremo tra breve perché, a parte le ripetute bocciature del decreto attuativo da parte della Conferenza unificata delle Regioni e Province autonome, ciò che sappiamo, sul piano strettamente giuridico, è che «la delega legislativa è, al pari della decretazione d'urgenza, uno dei due istituti attraverso cui si estrinseca in via eccezionale l'attività di normazione primaria del Governo in deroga all'assetto ordinario che attribuisce la potestà legislativa al Parlamento, quale massimo organo rappresentativo ed espressivo della sovranità popolare»²⁵. L'eccezionalità della decretazione delegata non affida, in ogni caso, piena autonomia all'autorità delegata, come prevedono gli artt. 72 e 87 Cost. che affidano il controllo al Presidente della Repubblica, fermo restando che, ad approvazione definitiva avvenuta, la norma anche quando firmata dal Presidente della Repubblica e comunque resistere al vaglio di legittimità costituzionale. La gerarchia delle fonti è una questione davvero seria che non può essere compromessa da decreti attuativi disallineati rispetto ai principi e ai criteri direttivi indicati dal Parlamento. Se così fosse, il vulnus prodotto riguarderebbe, infatti, proprio le garanzie costituzionali²⁶ e, con esse, gli stessi diritti inviolabili delle persone più vulnerabili che, per non tradire la loro effettività, sono una realtà straordinariamente seria²⁷ che merita grande rispetto da parte di noi tutti.

²⁴ F. CEMBRANI, *Indennità di accompagnamento e prestazione unica universale: una riforma tradita ...*, in *I luoghi della cura*, 29 febbraio 2024.

²⁵ Servizio Studi della Corte costituzionale, *La delega della funzione legislativa nella giurisprudenza costituzionale*, Roma, 2018.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2015.

