

L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*

Teresa Andreani^{**}

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Profili definatori e metodologici. – 3. Il dibattito intorno alla riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella prospettiva nazionale ed europea. – 4. Il caso italiano nello scenario europeo e comparato. – 4.1. Le fasi, le cause e gli effetti dell'inerzia del legislatore statale nel settore della non autosufficienza. – 4.2. L'evoluzione inerziale delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici sanitari, sociosanitari e sociali per le persone anziane non autosufficienti. – 4.3. L'evoluzione delle politiche e delle legislazioni regionali. – 5. La gestazione della riforma nazionale dell'assistenza continuativa ed integrata alle persone anziane non autosufficienti durante la pandemia. – 6. La legge 33 del 2023 in materia di politiche in favore della popolazione anziana: i principi, i criteri direttivi e l'oggetto della delega. – 6.1. L'assistenza sociale, sociosanitaria e sanitaria per le persone anziane non autosufficienti. – 6.2. La sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane non autosufficienti. – 7. Le prospettive di attuazione della legge delega e le criticità emergenti. – 8. Conclusioni.

ABSTRACT:

La pandemia ha rinvigorito l'attenzione politica sulla crescente domanda di cura derivante dall'invecchiamento della popolazione e dall'insorgenza della condizione di non autosufficienza. Dopo lunghi anni di inerzia istituzionale, il legislatore statale ha intrapreso la strada di una riforma nazionale dell'assistenza continuativa ed integrata alle persone anziane non autosufficienti, prevista

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottoranda in Diritto Costituzionale alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

nella Missione 5, Componente 2, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: la legge delega 33 del 2023 è il primo tassello della costituenda riforma nazionale. L'articolo traccia gli elementi principali del dibattito in corso e, inquadrato il caso italiano nello scenario europeo e comparato, ricostruisce l'evoluzione delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici attualmente esistenti per l'assistenza a questa specifica condizione di fragilità e vulnerabilità. Alla luce di ciò, propone una disamina critica della gestazione e del contenuto della legge delega in chiave giuspubblicistica, interrogandosi sulle prospettive dell'attuazione dell'intervento statale e le criticità emergenti nell'attuale momento della storia costituzionale.

1. Introduzione

Nella primavera scorsa il Parlamento ha approvato la legge delega 33 del 2023 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”, permettendo il raggiungimento del primo obiettivo della riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, prevista dalla Missione 5, Componente 2, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, e dotando per la prima volta l'ordinamento giuridico italiano di un nuovo impianto normativo per la non autosufficienza. In considerazione della novità, della rilevanza e dell'attualità di tale intervento statale, questo scritto intende interrogarsi sull'origine e sull'evoluzione del problema dell'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti e, congiuntamente, sul problema della costruzione della riforma nazionale in materia nell'attuale momento della storia costituzionale. L'obiettivo ultimo è quello di proporre prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega in chiave giuspubblicistica, che siano solidamente fondate su un apparato di argomentazioni di natura storico-giuridica e politico-istituzionale. A tal fine, sono affrontati più argomenti: dopo aver tracciato alcuni necessari profili definitivi e metodologici (par. 2), è inquadrato il dibattito intorno alla rilevanza della riforma della non autosufficienza in prospettiva nazionale ed europea (par. 3); è poi proposta una disamina dell'evoluzione delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per le persone anziane non autosufficienti in assenza di una legge statale (par. 4); è in seguito investigata la gestazione della riforma durante la pandemia e il ruolo della società civile organizzata e delle istituzioni pubbliche (par. 5); sono poi esaminati i principi, i criteri direttivi e gli oggetti di delega della legge 33 del 2023 (par. 6); infine, è tracciato un quadro delle attuali prospettive dell'attuazione dell'intervento statale e delle criticità emergenti (par. 7).

2. Profili definitivi e metodologici

Il giurista che voglia affacciarsi al problema dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti si scontra, innanzitutto, con l'instabilità della nozione giuridica di non autosufficienza che, nonostante sia utilizzata in diverse fonti secondarie del diritto, non ha ancora trovato una definizione univoca all'interno dell'ordinamento giuridico. Vista tale incertezza giuridica, il progressivo consolidamento della distinzione tra le politiche per la

disabilità e per la non autosufficienza consiglia però di identificare alcuni criteri distintivi di queste due condizioni al fine di perimetrarle, senza tralasciarne tratti comuni¹. In questo senso, una disamina attenta delle diverse opzioni definitorie in materia di disabilità, presenti all'interno del variegato insieme delle fonti del diritto vigenti, suggerisce che la non autosufficienza ha già trovato riconoscimento come quella condizione specifica di perdita di autonomia delle persone anziane². Ai fini di questo scritto sembra allora opportuno risolvere questo incerto profilo definitorio accogliendo una concezione della non autosufficienza che possa abbracciare tanto una condizione di fragilità, clinicamente accertata e derivante dall'invecchiamento, quanto una condizione di vulnerabilità sociale, che dalla prima scaturisce. Si considera, dunque, la non autosufficienza come la condizione di fragilità e vulnerabilità della persona anziana, tentando inoltre di stemperare la contrapposizione tra natura sanitaria e natura sociale dei bisogni e dei conseguenti interventi pubblici³. A supporto di questa opzione definitoria, fondata sulla natura strutturalmente multidimensionale del bisogno di cura e sulla inscindibilità della sua dimensione assistenziale, sanitaria e sociale, sta inoltre la nozione di non autosufficienza indicata dalla Commissione Europea che può essere ricostruita a partire dal perimetro concettuale della Long-Term Care⁴.

Nel corso dell'analisi è poi compiuta una seconda scelta di carattere definitorio, che appare necessariamente legata alla natura dinamica di uno studio teso ad interpretare il presente e, allo stesso tempo, tracciare alcune ipotesi per il futuro. Si è infatti scelto di connotare l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, al centro della riforma in costruzione, come assistenza "continuativa e integrata"⁵, con l'intento di evidenziare i caratteri principali, presenti nella legge delega, della possibile configurazione di un nuovo diritto sociale fondamentale delle persone anziane non autosufficienti. Se, come si vedrà, è senza dubbio in atto l'evoluzione della non autosufficienza come area autonoma del

¹ A questo riguardo è illustrativa la delimitazione dell'ambito soggettivo di applicazione operata dal legislatore statale nella legge 112 del 2012, recante disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, alle sole "persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità" (art. 1, comma 2).

² In questo senso, valgono le considerazioni di A. CANDIDO in *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2017, pp. 65-74 e, in particolare, p. 70.

³ La scienza medica è da tempo giunta a considerare l'interdipendenza tra momento sanitario e momento sociale, con particolare riferimento alla diagnosi e nella terapia delle malattie, specie degenerative, insorgenti con l'invecchiamento: G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Roma, Laterza, 1994, pp. 314-319.

⁴ La definizione è ricostruita a partire dalla factsheet sulla Long-Term Care della Commissione Europea, è rinvenibile sul sito della Commissione all'interno della voce Employment, Social Affairs & Inclusion, indicata come "condizione delle persone che, a causa di una fragilità o di una disabilità mentale o fisica protratta per un dato periodo di tempo, dipendono dall'aiuto continuativo di altri nell'espletamento delle attività quotidiane della vita o necessitano di cure permanenti".

⁵ Sono così riconosciuti ed esaltati due caratteri che, nel corso dell'evoluzione del sistema di welfare, sono divenuti frequenti all'interno della riflessione dottrinale delle scienze sociali: la continuità e l'integrazione. La trattazione si sofferma in più punti su questo versante e, in particolare, si veda il paragrafo 4.2.

sistema di welfare, la configurazione di un nuovo diritto sociale fondamentale nei termini descritti è invece rimessa all'attuazione della riforma: per questo motivo, la verificabilità di questa ipotesi non rientra nell'oggetto dell'indagine e trova uno spazio preliminare solo nelle riflessioni conclusive.

Accanto a questi profili definitori è necessario tracciare alcune questioni di ordine metodologico. In primo luogo, si va rafforzando l'impressione che la costituenda riforma apra un nuovo orizzonte di ricerca per la scienza giuridica, offrendo al giurista l'occasione di accogliere la complessa eredità della riflessione che già da molto tempo impegna i sociologi, gli scienziati politici e gli economisti⁶. Si registra, infatti, la carenza di ricerche e studi giuridici sull'assistenza alle persone anziane non autosufficienti. Una spiegazione di ciò sta nel fatto che, diversamente da quanto accade in altri ordinamenti, nella dottrina giuridica italiana non è ancora compiutamente fiorita una corrente di ricerca riguardante il "diritto delle persone anziane" o il "diritto per le persone anziane"⁷. Su questo versante, l'emergenza sanitaria, sociale ed economica scaturita dalla pandemia ha incentivato un cambiamento, rinvigorendo l'attenzione della dottrina civilistica verso le sfide che la non autosufficienza pone alla disciplina degli istituti a tutela della persona anziana vulnerabile⁸. Diversamente, una crescita d'attenzione comparabile non si è registrata all'interno della riflessione giuspubblicistica, la quale ha invece continuato ad investigare prevalentemente la dimensione negativa del diritto alla salute, con particolare riferimento all'intreccio di temi che si snodano intorno al fine vita⁹; inoltre, tornato centrale il problema della crisi

⁶ La letteratura di riferimento è molto vasta. Tra i contributi più significativi, nazionali e internazionali: E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani: le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004; C. GORI, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, 2008; C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York, Springer, 2013; V. MOR., T. LEONE, A. MALESSO, *Regulating Long-Term Care Quality. An international Comparison*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014; C. GORI, J. L. FERNANDEZ, R. WITTENBERG (a cura di), *Long-Term Care in OECD Countries. Successes and Failures*, Bristol, Bristol University Press, 2015; A. BRUGIAVINI, L. CARRINO, C. ORSO, G. PASINI, *Vulnerability and Long-term Care in Europe: An Economic Perspective*, London, Palgrave Macmillan, 2017.

⁷ Sull'affermazione di un campo di ricerca giuridica specializzato in materia, denominato "Elder Law" o "Law and Ageing", tra Stati Uniti, Israele ed Europa: V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni e prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, Bologna, Il Mulino, 2021, pp. 187-191. Inoltre, il problema della non autosufficienza è solo in parte affrontato in L. R. CARLEO, M. R. SAULLE, L. SINISCALCHI (a cura di), *La terza età nel diritto interno e internazionale*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 1997.

⁸ Per un quadro sull'allargamento del campo d'indagine all'interno della riflessione civilistica: C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società*, Pisa, Pacini Giuridica, 2023, A. PISU, *Vulnerabilità, salute e autodeterminazione della persona anziana*, in P. CORRIAS, E. PIRAS (a cura di), *I soggetti vulnerabili nell'economia, nel diritto e nelle istituzioni*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2021, pp. 95-131 e P. STANZIONE, G. SCIANCALEPORE, *Anziani, capacità e tutele giuridiche*, Milano, IPSOA, 2003.

⁹ La letteratura giuspubblicistica su questo tema è infatti cresciuta esponenzialmente nell'ultima decade: in particolare, per uno sguardo sull'ampiezza della riflessione sul tema dell'assistenza medica a morire si rinvia al fascicolo 1/2020 *Suicidio medicalmente assistito e giurisprudenza costituzionale* della Rivista di Biodiritto.

del Servizio sanitario nazionale, ha proseguito l'indagine intorno alla garanzia del diritto sociale all'assistenza sanitaria¹⁰.

Questo scritto, dunque, muove dalla consapevolezza che il problema dell'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti non ha ancora trovato sufficiente riconoscimento e autonomo spazio d'indagine nella riflessione giuspubblicistica: nella relativa letteratura, infatti, si rinvengono solo alcune tracce del problema in relazione al principio dell'integrazione sociosanitaria¹¹. La seguente trattazione intende allora contribuire a colmare questa lacuna e, per fare ciò, attinge alla vasta letteratura delle altre scienze sociali sul tema della non autosufficienza¹². Inoltre, lo scritto risponde all'attuale esigenza di investigare l'evoluzione in atto degli strumenti di attuazione dei principi costituzionali fondamentali personalista, solidarista e di uguaglianza sostanziale nel campo dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale per le persone anziane non autosufficienti. Il problema presenta infatti alcuni caratteri peculiari che consentono di rinnovare la riflessione giuspubblicistica intorno ai principi e al funzionamento del sistema di welfare. Come si evidenzierà nel corso dell'analisi, l'attuale costruzione della riforma nazionale della non autosufficienza fornisce infatti nuovi elementi per l'interpretazione di alcune questioni giuridiche fondamentali: tra queste, in particolare, la tensione tra Stato e sistema delle autonomie, il rapporto tra pubblico e privato, quella tra politica e tecnica all'interno delle amministrazioni pubbliche, permettendo di rivalutare la natura del legame tra bisogni di salute, organizzazione dei servizi ed effettiva esigibilità dei diritti sociali fondamentali, anche alla luce della più ampia evoluzione del processo di integrazione europea.

¹⁰ Per uno sguardo generale alla rilevanza del problema nella riflessione giuspubblicistica si rinvia al fascicolo 4/2021 *Servizi sanitari e pandemia* della Rivista di Biodiritto. All'interno di questo ambito, la questione innovativa più indagata è risultata quella delle scelte allocative delle risorse sanitarie scarse: Rivista di Biodiritto, special issue 1/2020 *Un diritto per la pandemia*, sezione 5 *At the bed side: scelte tragiche e risorse limitate*.

¹¹ Nel panorama internazionale e comparato l'unica opera giuridica di riferimento è quella di U. BECKER, H.J. REINHARD, (ed.), *Long-Term Care. A Juridical Approach*, London, Springer, 2018. Nella letteratura giuspubblicistica italiana alcuni riferimenti alla non autosufficienza sono presenti in recenti opere in materia di servizi sanitari e sociosanitari: C. BUZZACCHI et al. (a cura di), *L'integrazione sociosanitaria e il diritto delle Regioni*, Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto&Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca, Torino, Giappichelli, 2022, Inoltre, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2020, pp. 207-229.

¹² Sulla necessità di ripensare i confini della scienza giuspubblicistica: S. CASSESE, *Le basi del diritto amministrativo*, Milano, Garzanti, 1995, pp. 114-115: "La ricerca di punti di riferimento certi e stabili, siano dogmi o invarianti, classificati ordinati in costruzioni asimmetriche, si sta rivelando senza sbocchi. La scienza giuridica a sta imparando da altri rami del sapere che ogni conoscenza è conoscenza storica; che l'analisi della realtà giuridica costringe a mutare continuamente i concetti, per cui questi non vivono di vita propria; che la classificazione, l'individuazione di somiglianza e la costruzione di categorie e di classi, pur utile, è uno stadio inferiore della riflessione, che questa deve divenire probabilistica e dinamica".

3. Il dibattito intorno alla riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella prospettiva nazionale ed europea

Sin dagli anni Ottanta, a causa del cambiamento della domanda di cura derivante dall'invecchiamento della popolazione, è fiorito un dibattito, tanto nazionale quanto europeo, intorno alla rilevanza politica ed economica della riforma del settore della Long-Term Care¹³. Da almeno tre decenni, infatti, il fenomeno della transizione demografica investe l'Europa, alimentando in numerosi paesi europei, come si illustrerà, nuove politiche pubbliche e processi di riforma dell'assistenza continuativa ed integrata¹⁴. In particolare, colpisce l'Italia, prima fra i paesi europei per il numero della popolazione con più di 65 anni, nonché seconda al mondo per longevità: rimane agli ultimi posti, invece, per l'aspettativa di vita in buona salute e conosce, dunque, il crescente fenomeno dell'invecchiamento patologico¹⁵. Attualmente, le persone anziane residenti sono poco meno di 13,8 milioni, ovvero al 23% della popolazione residente. All'incirca 6,4 milioni di persone anziane risultano non completamente autonome nelle attività di cura personale e della vita domestica, necessitando di forme di aiuto continuative per lo svolgimento di tali attività quotidiane¹⁶. Tra queste, almeno 3,8 milioni presentano una compromissione grave dell'autonomia¹⁷. Supportato da un apparato informativo e statistico sempre più robusto, il dibattito intorno alla rilevanza della riforma della non autosufficienza ha ritrovato vigore durante la pandemia. Ricorrono due elementi che possono essere esaminati nella prospettiva italiana ed europea: da un lato, la rilevanza politica della riforma alla luce delle sfide che l'invecchiamento pone alla sostenibilità del sistema di welfare e, dall'altro, la rilevanza economica della riforma di un settore che assorbe una porzione sempre maggiore della spesa pubblica.

Se si assume la prospettiva interna, si può osservare che, fino all'elaborazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, la rilevanza politica della riforma nazionale dell'assistenza continuativa ed integrata alle persone anziane non autosufficienti è stata scarsa ma, all'opposto, la sua rilevanza economica del problema della riforma nazionale è cresciuta

¹³ Sulla dimensione transnazionale del problema della riforma del settore: J. CYLUS, G. WHARTON, S. ILINCA, L. CERRINO, M. HUBER, S. BARBER (ed.), *The Care dividend: why and how countries should invest in Long-Term care*, risultato della collaborazione tra l'ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'European Observatory for Health Systems and Policies, in corso di pubblicazione per Cambridge University Press.

¹⁴ Per considerazioni generali sulla riduzione attiva della popolazione residente in Europa con attenzione alla compensazione positiva derivante dai flussi migratori: B. EDMONSTON, *Population Ageing in Europe. Demographic Lessons*, in R. VERDUGO (ed.), *The Demographic Crisis in Europe*, Charlotte NC, Information Age Publishing, 2021, pp. 23-54.

¹⁵ Sulle tendenze demografiche italiane a confronto con il Giappone: J.M. MARTINS, *Socioeconomic Pathways of Shrinking Societies. Italy and Japan*, in R. VERDUGO (ed.), *The Demographic Crisis in Europe*, cit., pp. 141-154, p. 147.

¹⁶ Sul punto: L. GIUSTINELLI, *I diritti economici e quelli inespressi degli anziani*, in C. SANGALLI, M. TRABUCCHI (a cura di), *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*, op.cit., p. 149.

¹⁷ *Ibid.*, pp. 152-153, che rielabora i dati dell'ISTAT sul numero e le condizioni della popolazione anziana per il 2022.

notevolmente. Già nel 2002, il Comitato Nazionale per l'Economia e il Lavoro (CNEL) evidenziava l'aumento della spesa pubblica per l'assistenza alle persone anziane e l'alta frammentazione delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per la non autosufficienza, raccomandando un riordino complessivo della normativa e il superamento delle criticità esistenti¹⁸. L'esponentiale diffusione del fenomeno dell'invecchiamento patologico della popolazione ha progressivamente condotto gli osservatori, come meglio si illustrerà oltre, a sollevare interrogativi intorno tanto alla sostenibilità del sistema sanitario ed evidenziare la frammentazione delle misure assistenziali e la residualità del sistema di interventi e servizi sociali¹⁹. Nonostante ciò, lo scarso riconoscimento sul piano politico nelle due decadi precedenti alla pandemia non ha oscurato la rilevanza della riforma sul piano economico in relazione alla sostenibilità della crescita della spesa pubblica per il sistema di welfare. In questa direzione, in particolare, si muovono le recenti proiezioni macro-economiche dalla Ragioneria dello Stato per l'anno 2022: i dati relativi alla spesa pubblica sanitaria, assistenziale, sociosanitaria e sociale²⁰ mostrano una crescita continua di quella per la Long-Term Care in rapporto al PIL fino al 2070²¹. L'analisi indica, da un lato, la prevalenza della spesa assistenziale e, dall'altro, la centralità della componente sanitaria della complessiva spesa pubblica per il settore. Quest'ultima, infatti, impegna il 10,2% della spesa complessiva per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale: anche a causa della marginalità del welfare sociale, come si vedrà, il suo progressivo incremento interroga la sostenibilità di tale istituzione di solidarietà²².

Assumendo la prospettiva europea, il dibattito intorno alla rilevanza della riforma della non autosufficienza appare particolarmente dinamico ed incisivo. Sul piano politico, significativa è l'evoluzione del policy framework europeo nelle ultime decadi: a partire dall'ampio riconoscimento dei diritti sociali della persona anziana all'art. 25 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione, la centralità della Long-Term Care per i sistemi di welfare

¹⁸ Comitato Nazionale dell'Economia e del Lavoro, *La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata*, 2002. In particolare, il Comitato pone il problema della quantificazione della spesa pubblica integrata dedicata all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti, di cui discute a pp. 15-16, e si sofferma sul problema della definizione di non autosufficienza per l'applicazione della normativa esistente a pp. 29-30.

¹⁹ Tra le numerose voci, si vedano in particolare quelle di C. RANCI, *Le politiche di long-term care*, in C. GIORGI (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Roma, Carocci, 2022, pp. 291-306, pp. 299-302; di C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, Roma, Carocci, 2014, pp. 123-127; di C. SARACENO, M. NALDINI, *Mutamenti delle famiglie e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003, pp. pp. 145-153 e 181-187. Inoltre, per considerazioni generali sullo sviluppo incrementale e particolarista del sistema di welfare italiano anche in riferimento alla non autosufficienza: M. FERRERA, V. FARGION, M. JESSOULA in *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Venezia, Marsilio, 2012, pp. 313-322. Ulteriori considerazioni su questo versante sono svolte al paragrafo 4.

²⁰ In questo modo, la Ragioneria dello Stato segue l'approccio integrato all'analisi della spesa pubblica per la LTC utilizzato dalla Commissione Europea *Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States* del 2021.

²¹ Ragioneria dello Stato, Rapporto n. 24 *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, 2023, pp. 117- 138. Nel 2022 la spesa pubblica per il settore della Long-Term care, che riguarda le misure, gli interventi e i servizi rivolti sia alle persone con disabilità che alle persone anziane non autosufficienti, ammonta all'1,7% del PIL.

²² La componente sanitaria e quella assistenziale ammontano all'85,3% della spesa complessiva del settore. Il 53% della prima è composta dall'erogazione dei servizi residenziali.

nazionali ha trovato conferma al Principio 18 del Pilastro, Capo III “Protezione sociale e Inclusione”, il quale afferma «il diritto di ogni persona a servizi di assistenza a lungo termine di qualità e a prezzi accessibili, in particolare ai servizi di assistenza a domicilio e ai servizi locali». Il Principio ha segnato un punto di svolta per la strategia in materia che la Commissione Europea ha progressivamente ampliato e strutturato²³. Durante l'emergenza pandemica, infatti, la Commissione è tornata a riconoscere la centralità del settore nella European Care Strategy e nel piano d'azione per l'attuazione del Pilastro, indicando la necessità riformare i sistemi di welfare per rispondere al cambiamento della domanda di cura derivante dall'invecchiamento della popolazione²⁴. Sulla stessa linea, il Consiglio dell'Unione Europea ha raccomandato agli Stati Membri di allineare l'offerta dei servizi alla domanda di cura delle persone anziane non autosufficienti, anche attraverso interventi a sostegno delle reti di cura informali, al fine di garantire un sistema Long-Term Care di qualità, adeguato e accessibile²⁵. Altrettanto solido appare l'insieme di considerazioni sulla rilevanza economica della riforma del settore: le proiezioni macro-economiche della Commissione mostrano che la Long-Term Care è la componente del PIL in più rapida crescita all'interno dell'Unione²⁶. Recenti studi evidenziano, inoltre, il diseguale sviluppo delle politiche e delle legislazioni degli Stati Membri e la disomogenea capacità di copertura della domanda di cure domiciliari, residenzialità e trasferimenti monetari²⁷. Quanto all'Italia, la Commissione ha rilevato a più riprese le numerose criticità dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti: tra queste, in particolare, la frammentazione delle misure e dei servizi, la ridotta e disuguale offerta pubblica di assistenza domiciliare nei territori regionali, l'assenza di un sistema di standard nazionali per l'accesso all'insieme delle misure,

²³ L'esordio della strategia europea sulla Long Term Care è avvenuto con la Comunicazione della Commissione *Long-Term Care in the European Union* (2008) ed è proseguita con la *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (2011), la Comunicazione *Long-term care in ageing societies - Challenges and Policy options* (2013) e il Rapporto *Adequate social protection for long-term care needs in ageing society* (2014): F. MAINO, *Long Term Care e innovazione sociale: riflessioni e spunti dall'Unione Europea*, in *I luoghi della Cura*, numero 4, 2019, pp. 1-9.

²⁴ Il rafforzamento della strategia trova fondamento nella Comunicazione della Commissione Europea sull'*European Care Strategy* del settembre 2022. Quanto all'opportunità delle riforme nazionali del settore, di rilievo è la pubblicazione del Libro Verde sull'*Invecchiamento demografico* che, al punto 5.1, evidenzia le debolezze strutturali dei sistemi di welfare nazionali e ribadisce il ruolo delle istituzioni europee nella promozione delle riforme per la LTC. Inoltre, per alcune considerazioni critiche sull'*European Care Strategy*: M. DALY, *Long-Term Care as a policy issue for the European Union and the United Nations Organization*, in *International Journal of Care and Caring*, XX, 2023, pp. 1-16.

²⁵ Consiglio dell'Unione Europea, *Raccomandazione relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili*, 2022, pp. 6-7.

²⁶ Commissione Europea, *Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*, Institutional paper 148, 2021, p. 8 e pp. 137-143.

²⁷ Questo le conclusioni di E. PAVOLINI, *Long-term care social protection models in the EU*, European Social Policy Network, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2021, che propone una modellizzazione sistemi pubblici di Long-Term Care tra gli Stati Membri dell'Unione a partire dalla graduazione dell'intervento pubblico.

degli interventi e dei servizi pubblici, nonché l'ampia presenza di sistemi informali di cura familiare²⁸.

4. Il caso italiano nello scenario europeo e comparato

Le coordinate nazionali ed europee del dibattito intorno alla riforma dell'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti permettono di far luce su taluni tratti distintivi del caso italiano. Ai fini della comprensione dell'origine e dell'evoluzione del problema della non autosufficienza, è necessario inquadrare l'esperienza italiana nello scenario europeo e comparato: in seguito, a valle di tali considerazioni comparative, il problema può essere validamente riletto alla luce delle criticità strutturali del sistema welfare italiano²⁹.

In prima battuta, è necessario osservare che, dagli anni Ottanta ad oggi, si è registrata l'evoluzione del diritto e della legislazione per la non autosufficienza in Europa: in numerosi ordinamenti la Long-Term Care è divenuta settore specifico ed autonomo dei sistemi di welfare nazionali e, progressivamente, l'ambito delle politiche pubbliche in più rapido sviluppo tra gli Stati Membri dell'Unione³⁰. Tra i paesi dell'Europa continentale, appaiono significative le esperienze dell'Austria, della Germania e della Francia, che già tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila hanno avviato riforme strutturali delle politiche nazionali in materia³¹. In questi ordinamenti, dunque, i decisori politici hanno inteso allargare l'offerta dei servizi pubblici e delle misure di sostegno economico per le persone anziane non autosufficienti, anche integrando il settore sanitario e quello sociale, e definire l'ambito soggettivo e oggettivo del relativo diritto all'assistenza continuativa ed integrata³². Tra i paesi dell'Europa mediterranea, in particolare, il Portogallo e la Spagna hanno introdotto interventi nazionali nel corso della prima decade del Duemila³³. Anche in queste esperienze, l'obiettivo ultimo delle riforme nazionali, ancora oggi solo parzial-

²⁸ Commissione Europea, *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Italy, Country profiles, vol. 2, 2021, pp. 182-195.

²⁹ Una trattazione organica del caso italiano in prospettiva europea e comparata è offerta dal fascicolo della *Rivista delle Politiche sociali*, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa. Assetti nazionali e processi di riforma a confronto*, n. 4, 2011.

³⁰ Sul punto: C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long Term Care Policies: An Introduction*, in *Reforms in Long-Term Care in Europe*, cit., pp. 3-22. Dalla prima decade del Duemila, inoltre, la tendenza al riconoscimento della Long-Term Care come settore autonomo dei sistemi di welfare può definirsi mondiale: H. ROTHGANG, H. FISHER, M. STERNKOPE, L. F. DOETTER, *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multi-dimensional typology*, in *SOCIUM Working Paper 12*, SFB1342, 2021, pp. 1-78.

³¹ Nei paesi considerati le riforme sono state introdotte rispettivamente nel 1993, nel 1995 e nel 2002.

³² Questi alcuni tra i tratti comuni delle riforme compiute nei paesi considerati, che detengono modelli assicurativi di protezione sociale: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 106-107 e 244-245.

³³ In entrambi i paesi considerati i processi di riforma sono iniziati nel 2006.

mente raggiunto, è stato quello di istituire sistemi pubblici di Long Term Care integrati e universalmente accessibili³⁴.

Nonostante l'evoluzione delle politiche nazionali di Long-Term Care nello scenario europeo e comparato, e ferma la sola eccezione greca, nelle ultime tre decadi l'Italia non ha intrapreso la strada di un intervento statale volto a sistematizzare e rafforzare questo settore di welfare e, conseguentemente, a definire il contenuto sostanziale del relativo diritto³⁵. In controtendenza rispetto alla maggioranza dei paesi europei, infatti, all'interno dell'ordinamento italiano l'evoluzione delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per la non autosufficienza è avvenuta in assenza di un intervento statale³⁶. Ciò è in parte spiegabile a partire dallo stretto legame che intercorre tra la debolezza dell'intervento pubblico nel settore considerato e alcune criticità e tendenze strutturali che caratterizzano il sistema di welfare italiano. Tra queste, particolarmente spiccata è la debolezza del coordinamento tra i livelli istituzionali deputati alla programmazione e al finanziamento delle politiche di welfare³⁷. Inoltre, l'attenzione degli osservatori è caduta sulla centralità delle misure di sostegno consistenti in trasferimenti monetari e sulla residualità dell'offerta pubblica dei servizi, più che mai acute nel settore considerato³⁸. Altrettanto significativa è apparsa la crescita del ruolo del settore privato e, in particolare, del Terzo settore, cui consegue il rischio di uno scivolamento verso una dimensione sostitutiva dell'intervento pubblico³⁹. Non da ultimo, gli interpreti hanno evidenziato la prevalenza del ruolo della famiglia nella fornitura informale di cura, che è particolarmente marcata nel campo dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti⁴⁰. È all'interno di questo complesso insieme di criticità

³⁴ Sul punto: G. RODRIGUEZ CABRERO, V. MARBAN GALLEG0, *Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and Public Recognition of Social Risk*, in C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe*, cit., pp. 201-219. Come evidenziato a più riprese dalla dottrina, l'attuazione delle riforme nei paesi considerati ha incontrato la crisi del 2008, subendo così un sostanziale arresto: A. LOPES, *Long-term care in Portugal: quasi-privatization of a dual system of care*, in B. GREVE (ed.), *Long-Term Care for the Elderly in Europe. Development and Prospects*, London, Routledge, 2016, pp. 210-226.

³⁵ A questo riguardo: C. GORI, *Il futuro dell'assistenza continuativa in Italia: scenari a confronto*, in C. GORI (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, 2010, pp. 620-622.

³⁶ Per prime considerazioni sul punto: G. COSTA, *Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change*, in C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York, Springer, 2013, pp. 221-241.

³⁷ Per riflessioni critiche sul debole coordinamento istituzionale e alla conseguente dimensione territoriale della frammentazione: Y. KAZEPOV, R. CEFALO, *La dimensione territoriale delle politiche sociali tra sussidiarietà e disuguaglianze*, in C. GIORGI (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, cit., pp. 85-115, pp. 95-98.

³⁸ A questo riguardo, valgano le considerazioni generali svolte da C. GIORGI, *Il welfare ieri e domani*, in *Welfare. Attualità e prospettive*, op.cit., pp. 15-32, p. 25.

³⁹ Per considerazioni intorno crescita del settore privato nel sistema di welfare e, in particolare, per un'analisi delle problematiche che emergono intorno all'evoluzione, nelle ultime decadi, del ruolo del Terzo settore e alla sua funzione sussidiaria o sostitutiva delle istituzioni pubbliche nella funzione pubblica di programmazione ed erogazione: U. ASCOLI, *Welfare, assistenza e terzo settore*, in C. GIORGI (a cura di), in *Welfare. Attualità e prospettive*, cit., p. 196.

⁴⁰ Sul rapporto tra la centralità delle reti informali, visibile in tutti i settori del sistema di welfare, e il progressivo indebolimento delle politiche pubbliche nel campo dell'assistenza: G. COSTA, *Le reti informali*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche del welfare sociale*, Milano, Mondadori, 2022, pp. 187-201, p. 196.

e tendenze che, in ultima analisi, che può essere compresa l'evoluzione inerziale dell'offerta pubblica delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per la non autosufficienza, nel lungo andare dell'esperienza costituzionale fino all'avvento della pandemia.

4.1. Le fasi, le cause e gli effetti dell'inerzia del legislatore statale nel settore della non autosufficienza

Come suggeriscono le linee di analisi comparata, il principale tratto distintivo del caso italiano è l'assenza di una legge statale in materia di non autosufficienza. Dopo aver sviluppato alcune considerazioni preliminari intorno alle fasi, alle cause e agli effetti dell'inerzia del legislatore statale, può essere proposta una disamina critica dell'evoluzione dell'insieme delle misure, degli interventi e dei servizi per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti fino ai nostri giorni.

In primo luogo, tracciando una finestra sulle alterne fasi del riconoscimento del problema della non autosufficienza sul piano politico, si osserva che la prima proposta di riordino generale delle pensioni di invalidità e delle misure assistenziali per le persone anziane non autosufficienti si deve alla Commissione Onofri, la quale già nel 1997 suggeriva l'istituzione di uno specifico Fondo nazionale per il finanziamento di una riforma complessiva del settore⁴¹. La proposta della Commissione, pur rimasta su carta, ha però aperto la strada alla progressiva crescita dell'attenzione politica sul problema della riforma nazionale della non autosufficienza che, nei primi anni Duemila, è in effetti divenuta oggetto di numerose proposte di legge statale⁴². In questa prima fase a cavallo tra i due secoli, dunque, il riconoscimento della necessità costituzionale di una riforma nazionale si è ampiamente affermato a livello nazionale⁴³. Nonostante la convergenza delle proposte di legge intorno all'obiettivo di ampliare l'offerta dei servizi per la non autosufficienza e alle linee generali del progetto di riforma, questa fase di attivismo si è però rapidamente esaurita⁴⁴. Dopo aver raggiunto il suo apice nel 2007 con l'istituzione del Fondo nazionale per le non

⁴¹ Per un riferimento all'analisi e alla proposta della Commissione in materia di non autosufficienza: C. GORI, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in C. GORI (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, 2008, pp. 237-283, pp. 238.

⁴² Il riferimento è alla proposta di legge avanzata dalla Commissione Hanau nel 2002, quella dalla Commissione Maroni-Sirchia nel 2003, la proposta della Commissione Zanotti, quella di CAPP CER e Servizi Nuovi del 2004, ancora quella dei sindacati CGIL-CISL-UIL pensionati e la proposta Castellani del 2006. Per un'analisi comparata delle proposte indicate si rinvia a C. GORI, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, *Ibid.*, pp. 242-253. Inoltre, di rilievo è stata la proposta del Gruppo di riforma dell'assistenza continuativa del 2006: Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, *Riformare l'assistenza ai non autosufficienti in Italia*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 423-472.

⁴³ In questo senso: E.A. FERIOLI, *Le prospettive costituzionali per una riforma nazionale*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 253-275.

⁴⁴ Nel senso di una convergenza sulle direttrici generali della riforma nazionale: C. GORI, *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, cit., pp. 260-264. L'autore rileva che la distanza maggiore fra le proposte ha riguardato l'intreccio di questioni che ruotano intorno alle modalità di finanziamento per l'attuazione delle disposizioni statali.

autosufficienze⁴⁵, l'iter legislativo del disegno di legge delega sulla non autosufficienza, proposto dal Ministero Ferrero e approvato dal Consiglio dei Ministri nell'ottobre 2007, si è infatti arrestato a causa della prematura conclusione della XV Legislatura⁴⁶. Il declino del disegno di legge in questione, che rimane l'unica proposta di legge statale in materia approvata da un esecutivo prima della pandemia, ha poi lasciato il passo all'esaurimento dell'attenzione politica. In questa seconda fase, durata fino alla recente approvazione della legge delega 33 del 2023, le ulteriori proposte di legge pur avanzate lungo il corso della seconda decade del Duemila sono rimaste tutte senza esito⁴⁷.

Ricercando in secondo luogo le cause dell'inerzia del legislatore statale, esse appaiono molteplici e di natura diversa. Senza dubbio, le opportunità mancate di riformare il settore sono state ampiamente attribuite alla tortuosa attuazione della riforma costituzionale del Titolo V: in particolare, è l'indeterminatezza delle relazioni finanziarie tra Stato e sistema delle autonomie ad aver disincentivato un intervento riformatore estensivo del diritto all'assistenza e, conseguentemente, delle risorse necessarie al suo effettivo godimento⁴⁸. Altra ragione dell'insuccesso delle numerose proposte di riforma nazionali appare riconducibile alla strutturale competizione settore sanitario e sociale, in larga parte alimentata dalla storica assenza di integrazione delle amministrazioni ministeriali e dei relativi canali di finanziamento⁴⁹. Ancora, lo scarso riconoscimento della non autosufficienza come nuovo rischio sociale può trovare spiegazione nell'assenza di un gruppo sufficientemente rappresentativo degli interessi delle persone anziane non autosufficienti capace, in un quadro di alta permeabilità dei processi decisionali agli interessi particolari, di rilanciare l'attenzione del decisore politico statale sulla necessità di sistematizzare e incrementare l'offerta pubblica di questo settore di welfare nascente, come storicamente avvenuto per il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità⁵⁰.

⁴⁵ Il Fondo è stato istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge finanziaria per il 2007.

⁴⁶ Per considerazioni critiche sul disegno di legge delega Ferrero contenente "Delega al Governo a definire un sistema di protezione sociale per persone non autosufficienti e di sostegno alla famiglia". Disposizioni in materia di politiche sociali": C. GORI, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, cit., pp. 241-242 e, inoltre, E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 107-109.

⁴⁷ Tra la fine della prima decade del Duemila e la seconda si sono succedute diverse proposte di riforma, tra le quali, in particolare: la proposta di legge Fioroni del 2012 e quella di Grassi del 2013 e, fuori dal circuito parlamentare, le proposte di legge di iniziativa popolare di FNP e CISL del 2017 e dei sindacati pensionati di CGUL-CISUL-UIL del 2018 ad integrazione della precedente proposta del 2005.

⁴⁸ Sulla fragilità dell'architettura istituzionale del federalismo italiano come fattore di assestamento dell'inerzia statale in materia di non autosufficienza: S. GABRIELE, F. TEDIOSI, *Intergovernmental relations and Long-Term Care reforms: Lessons from the Italian case*, in *Health Policy*, 116, 2014, pp. 61-70. In particolare, sulle conseguenze dell'inattuazione del federalismo fiscale sull'evoluzione del settore: E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, cit., pp. 180-183.

⁴⁹ In questo senso: B. BARONI, *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 53-73.

⁵⁰ Sulla debolezza delle persone anziane e le loro famiglie come gruppo di portatori di interessi e del relativo riconoscimento nel circuito politico-rappresentativo: S. GABRIELE, F. TEDIOSI, *Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case*, cit., p. 65. Quanto alla prevalenza degli interessi particolari nello spazio politico

Quanto alla ricerca degli effetti di tale inerzia istituzionale, si è a lungo osservato come la mancanza di una riforma nazionale del settore abbia permesso l'assestamento dello sviluppo carente dell'offerta pubblica dell'assistenza per le persone anziane non autosufficienti, alimentandone la residualità e la frammentazione⁵¹. In particolare, è la debolezza del ruolo dello Stato, ulteriormente dimostrata dal mancato esercizio della prerogativa costituzionale di individuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza, che ha accresciuto la dimensione territoriale della frammentazione e permesso il consolidamento di un elevato grado di eterogeneità delle politiche e delle legislazioni regionali⁵². La frammentazione, d'altra parte, ha prima di tutto riguardato la stessa normativa statale, che è cresciuta in via incrementale e disarmonica⁵³: la complessa stratificazione della legislazione dello Stato in materia di assistenza sanitaria, assistenziale, sociosanitaria e sociale è ancora vigente e disciplina l'insieme delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti⁵⁴.

4.2. L'evoluzione inerziale delle misure, degli interventi e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Una disamina, volutamente essenziale, dell'evoluzione inerziale dell'offerta pubblica per la non autosufficienza prevista dalla legislazione statale può ora essere proposta, prestando attenzione sia alla dimensione statica della normativa, sia a quella dinamica in relazione alle criticità del funzionamento all'interno dell'ordinamento. L'analisi volge dall'assistenza sanitaria, la prima componente più forte del settore, passando per componente assistenziale, tanto centrale quanto criticata, fino ad esaminare taluni importanti ma residuali servizi sociosanitari e sociali.

Nell'ordinamento italiano, l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti rientra, innanzitutto, nel raggio d'azione del Servizio sanitario nazionale, istituito nel 1978 al fine di dare piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione sui principi di universalità, globalità e uguaglianza: questi principi hanno vissuto una lenta attuazione prima, e una lunga

e per alcune considerazioni sull'emersione della capacità di advocacy del Terzo settore, con particolare riferimento alla crescita del ruolo delle associazioni rappresentative degli interessi delle persone con disabilità a partire dagli anni Settanta: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 135-140.

⁵¹ Sull'inerzia istituzionale come carattere distintivo dello sviluppo carente del settore nel contesto italiano: G. COSTA, *Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change*, in C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York, 2013, pp. 221-241.

⁵² Per un'analisi critica dell'evoluzione delle politiche e delle legislazioni regionali si veda il successivo paragrafo 4.2.

⁵³ In questo senso: G. COSTA, *Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, 2011, pp. 49-80, pp. 62-66.

⁵⁴ In questa prospettiva, con toni critici: V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni e prospettive*, cit., pp. 50-55.

crisi trasformativa poi⁵⁵. Ai servizi sanitari regionali, espressione della natura decentrata del sistema, è originariamente imputata la tutela della salute di questa specifica categoria, anche orientata “al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione”⁵⁶. Il sistema sanitario, però, già sul finire degli anni Ottanta si è scontrato con il problema dell’invecchiamento. Parallelamente, è emersa la questione dell’integrazione sociosanitaria che, pur chiara al legislatore della riforma sanitaria, si è immediatamente rivelata di difficile attuazione⁵⁷. Il decisore politico statale ha riconosciuto per la prima volta il problema l’assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti nel Progetto-obiettivo “Tutela della salute degli anziani” del 1992⁵⁸. In seguito, è il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ad aver evidenziato con chiarezza i limiti del Servizio sanitari nella garanzia di un’assistenza dotata dei caratteri della continuità e dell’integrazione⁵⁹. Ancora oggi, il limite principale sta, da un lato, nella difficoltà di realizzare l’integrazione con l’assistenza sociale che, soprattutto a causa dell’assenza di un sistema di welfare sociale robusto, è storicamente sfociata nella sanitarizzazione dei bisogni sociali e dei relativi interventi⁶⁰. Dall’altro lato, ad alimentare il problema dell’integrazione concorrono talune criticità strutturali proprie del sistema sanitario: tra queste, è acuto il sottosviluppo dell’assistenza sanitaria territoriale che, prima e durante l’emergenza pandemica, ha condotto portato il legislatore statale a intraprendere alcuni tentativi di riforma e rafforzamento i servizi sanitari e sociosanitari di prossimità⁶¹. Attualmente, dunque, l’assistenza che il sistema sanitario offre alle persone autosufficienti è composta da quella ospedaliera, cui spesso la popolazione ricorre impropriamente attraverso il pronto soccorso, e da quella territoriale, a sua volta composta dall’assistenza ambulatoriale e quella

⁵⁵ Per alcune lucide considerazioni critiche intorno alla difficile attuazione della legge 883 del 1978 e alla rapida entrata in crisi del modello universalistico italiano nelle due decadi successive alla sua istituzione: F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, pp. 539-588.

⁵⁶ In questa direzione si esprime l’articolo 2, titolato “Obiettivi”, punto 8, lettera f, della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. In particolare, in combinato disposto con l’articolo 1, si ricostruisce che “la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione” è strumento per il raggiungimento delle finalità del Servizio sanitario nazionale.

⁵⁷ Per un’analisi critica della questione nella legge istitutiva: M. PASQUINI, D. PASQUINI PERUZZI, *Il Servizio sanitario nazionale. Profili funzionali e strutturali*, Napoli, Jovene, 1979, p. 31. Per considerazioni d’insieme sulla difficile attuazione del principio: A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 211-214.

⁵⁸ Inoltre, si legge, all’interno del Progetto, poi confluito nel Piano Sanitario Nazionale 1994-996: “lo scopo dell’assistenza all’anziano è il mantenimento e il recupero dell’autosufficienza, la cui perdita è dovuta alla compromissione concomitante di più fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale (...) Integrazione, flessibilità e continuità sono pertanto le caratteristiche qualificanti dei servizi a favore degli anziani”.

⁵⁹ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute: in particolare, si legge a p. 44 che “i programmi di intervento si qualificano come programmi ad elevata integrazione sociosanitaria (...) va promossa una cultura dei servizi che recuperi l’anziano come soggetto sociale in una società integrata e solidale”.

⁶⁰ In questa direzione: E. ROSSI, *Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?*, in *Rivista AIC*, pp. 1-28, p. 5.

⁶¹ Il riferimento è alla legge 189 del 2012. Sui motivi della sua scarsa attuazione: E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2019, pp. 1-29.

domiciliare integrata, l'offerta delle quali appare però gravemente carente e recessiva⁶². Inoltre, all'interno dell'assistenza territoriale rientra quella residenziale, che assorbe larga parte della spesa sanitaria complessiva per la non autosufficienza, pur non soddisfacendo, né per quantità né per qualità, la domanda di assistenza nella maggior parte dei territori regionali⁶³.

Ciò considerato, è ora necessario esaminare la componente assistenziale del settore della non autosufficienza, soffermandosi sul ruolo prevalente dell'indennità di accompagnamento. Introdotta nell'ordinamento dalla legge 18 del 1980, l'indennità è nata come misura dalla natura compensativa per la tutela della disabilità adulta e consiste in un trasferimento monetario a somma fissa, non determinato dal reddito familiare e senza vincolo di utilizzo, che l'INPS eroga alla persona che, a causa dell'impossibilità di deambulare autonomamente, necessita di assistenza continua⁶⁴. La sua centralità ha trovato conferma sin dagli anni Novanta quando, a causa dell'invecchiamento della popolazione e della diffusione della condizione di non autosufficienza, la misura ha iniziato a conoscere una crescita esponenziale dei beneficiari⁶⁵. Le numerose criticità della disciplina dell'indennità, ampiamente indicate dagli osservatori, riguardano soprattutto le sue conseguenze in relazione ai principi di appropriatezza ed equità⁶⁶. In particolare, l'assenza di una graduazione dell'intensità del bisogno assistenziale, sulla base della quale parametrare l'importo del beneficio, ha finito per acuire le disuguaglianze esistenti fra le persone anziane, rovesciando la dimensione sostanziale dell'universalismo orientata al superamento delle disuguaglianze che fonda l'azione del Servizio sanitario nazionale in diretta attuazione dei principi costituzionali⁶⁷. Inoltre, l'assenza di uno strumento standardizzato e omogeneo per l'accertamento della non autosufficienza contribuisce a determinare significative disparità territoriali nell'accesso al beneficio, consentendo un rilevante grado di discrezionalità nei processi valutativi territoriali⁶⁸. Se a ciò si aggiunge che in molti territori l'indennità svolge di fatto una fun-

⁶² Questa la classificazione della rete di assistenza presente nei LEA approvati con il D.P.C.M del 12 gennaio 2017.

⁶³ Queste le osservazioni svolte da I. MOROSINI, F. MONTEMURRO (a cura di) in *Oltre la cura. Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, Roma, Collana Studi e Ricerche LiberEtà, 2017, pp. 117-130.

⁶⁴ Per un quadro complessivo della disciplina dell'indennità di accompagnamento e delle altre misure assistenziali che consistono in trasferimenti monetari: A. CANDIDO, *Disabilità e prospettive di riforma*, cit., pp. 74-82 e pp. 129-134.

⁶⁵ Attualmente, la spesa pubblica per l'indennità assorbe la metà di quella complessiva per il settore Long-Term Care.

⁶⁶ In questa direzione: M. ARLOTTI, A. PARMA, C. RANCI in *Riformare è possibile? Proposte e discussioni attorno all'Indennità di accompagnamento*, in *Politiche Sociali*, fascicolo 1, 2018, pp. 109-114.

⁶⁷ Sulla criticità della declinazione dell'universalismo per mezzo dell'ancoraggio al reddito in assenza della graduazione del bisogno e dell'importo del trasferimento: M. ARLOTTI, A. PARMA, C. RANCI, *Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in *Politiche Sociali*, fascicolo 1, 2020, pp. 125-148, pp. 131-139.

⁶⁸ Per una un'analisi recente della forte differenziazione territoriale nell'erogazione dell'indennità: E. BARBERIS, L. CATENA, *Regioni a confronto*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche di welfare sociale*, cit., pp. 88-90. In particolare, gli osservatori rilevano che l'erogazione dell'indennità di accompagnamento è maggiore nelle regioni del Meridione: un dato, questo, che, da un lato, getta luce sulla discrezionalità esercitata attraverso gli strumenti valutativi territoriali e, dall'altro, sul rapporto tra il deterioramento delle condizioni di salute e condizione di deprivazione socio-economica, più diffusa tra le persone anziane nei territori del paese con reddito più basso.

zione di integrazione al reddito familiare della persona anziana e che, a causa dell'assenza di vincoli nell'utilizzo, spesso opera come vettore di allargamento del mercato sommerso della cura⁶⁹, si può validamente comprendere perché il superamento dei limiti di tale istituto sia centrale nel dibattito, tanto storico quanto attuale, sulla riforma dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Rimane ora da affrontare la componente sociale dell'assistenza di cui si discute. Innanzitutto, occorre osservare che, diversamente da quanto accaduto per il settore sanitario, la materia dei servizi sociali è rimasta a lungo priva di una legislazione statale attuativa dell'articolo 38 della Costituzione⁷⁰. Ciò ha aggravato la tensione tra il robusto raggio d'azione del Servizio sanitario e la permanente residualità del welfare sociale, ostacolando una compiuta realizzazione di servizi sociosanitari che sono stati attratti, anche in seguito all'entrata in vigore della legge 328 del 2000, nell'orbita della politica e della legislazione sanitaria. Nonostante la doverosità costituzionale dei principi e degli strumenti previsti dalla legislazione statale⁷¹, il percorso della sua attuazione su è rivelato difficile⁷²: se, da un lato, sono emerse alcune criticità intrinseche alla legge⁷³, dall'altro, è il passaggio dell'assistenza sociale a potestà legislativa esclusiva delle Regioni, in seguito alla riforma costituzionale del 2001, ad aver depotenziato la forza centripeta dell'intervento statale⁷⁴. Illustrativo dell'evoluzione del problema dell'integrazione sociosanitaria in questi termini è, in particolare, la tensione esistente tra assistenza domiciliare integrata, rientrante nei LEA ma finanziata in parte dai Comuni a seconda della legislazione regionale di riferimento⁷⁵, e del servizio comunale di assistenza domiciliare (SAD), che è invece l'unico servizio sociale per la non autosufficienza. Attualmente, l'ADI è erogata a poco più del 6,5% della popolazione anziana e consiste in un esiguo numero interventi, di breve durata e di natura prevalentemente sanitaria, mentre l'offerta comunale della SAD raggiunge solo l'1% della

⁶⁹ Per alcune riflessioni intorno alle disfunzionalità della misura, che ne alimentano un uso fortemente distorto, anche in virtù della lunga assenza, nell'ordinamento italiano, di strumenti di sostegno al reddito familiare finalizzati a contrastare la povertà: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 23-26.

⁷⁰ A questo riguardo, si rinvia a A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., pp. 154-160.

⁷¹ In questo senso: A. MATTIONI, *La legge quadro 328-2000: legge di attuazione dei principi costituzionali*, in B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 3-25.

⁷² Per prime considerazioni sul punto: C. GORI, *Uno sguardo d'insieme*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Roma, Carocci, 2004, pp. 249-265.

⁷³ In questa direzione: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 112-122. In particolare, gli autori riconducono lo scarso impatto della legge sui sistemi di welfare locali alla parziale definizione di obiettivi concreti e misurabili e, inoltre, all'insufficiente incremento delle risorse destinate alla sua attuazione.

⁷⁴ Diversamente, nel senso del depotenziamento della legge a causa dell'apertura della nuova fase di decentramento in seguito alla riforma costituzionale di poco successiva all'entrata in vigore dell'intervento: G. PARODI, *L'integrazione sociosanitaria nel quadro del nuovo Titolo V, parte seconda, della Costituzione. Prime considerazioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Salute e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2001, pp. 69-85.

⁷⁵ In particolare, il potenziamento del sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti, e della relativa natura sociosanitaria del servizio, è disposto all'articolo 15 della legge in questione.

popolazione: ciò dimostra, ancora una volta, la permanente residualità del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali nell'offerta pubblica di assistenza continuativa ed integrata alle persone anziane non autosufficienti ⁷⁶.

4.3. L'evoluzione delle politiche e delle legislazioni regionali

A fronte della lunga assenza di una legge statale, si è registrato un notevole dinamismo delle politiche e delle legislazioni regionali nel campo dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti che, anche a causa della limitata disponibilità di dati, non è ancora stata oggetto di documentazione organica e comparata⁷⁷. Come in parte evidenziato, la debolezza del ruolo di guida dello Stato ha incentivato la crescita degli interventi regolatori delle Regioni e il consolidamento di politiche regionali differenziate per il settore considerato⁷⁸. Una finestra sulle tendenze regionali appare dunque necessaria per interpretare la portata innovativa del recente intervento statale in materia di non autosufficienza.

Parallelamente all'inerzia del legislatore statale, tra la fine degli anni Novanta e i primi del Duemila si è registrata una significativa crescita della produzione legislativa regionale finalizzata alla sistematizzazione e al rafforzamento dell'offerta di misure e servizi per la non autosufficienza⁷⁹. Ciò ha rapidamente permesso di identificare la costruzione di una varietà di modelli regolativi regionali: se talune Regioni hanno conferito centralità ai trasferimenti monetari, istituendo assegni di cura e contributi economici ulteriori rispetto all'indennità di accompagnamento, altre hanno invece rafforzato l'offerta dei servizi domiciliari, semi-residenziali o residenziali, pur differenziandosi per l'attribuzione di funzioni e tipologie di assistenza⁸⁰. In alcuni territori, in particolare, si sono consolidate esperienze di potenziamento dei servizi domiciliari per supportare i processi di deistituzionalizzazione della persona anziana, come avvenuto nel caso dell'Emilia-Romagna e della Toscana, nonché

⁷⁶ Sul punto: M. BURGALASSI, *I servizi alla persona*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche del welfare sociale*, op.cit., p. 26.

⁷⁷ Si osserva la carenza di studi comparati dei sistemi di welfare regionali per la non autosufficienza nella letteratura. Un'analisi recente, ma non organica, è quella di E. BARBERIS, L. CATENA in *Regioni a confronto*, in C. Gori (a cura di), *Le politiche di welfare sociale*, Milano, Mondadori, 2022, pp. 85-106. Inoltre, di rilievo è anche l'analisi comparativa dei modelli regionali per il governo dell'offerta pubblica per la non autosufficienza, che riguarda però solo il rapporto tra la domanda e l'offerta di cura: L. NAVA, G. ACCOLLA in *Modelli regionali di politiche per anziani non autosufficienti: stime della relazione domanda-offerta*, in *I luoghi della cura*, numero 3, 2022, pp. 1-11.

⁷⁸ Sul punto: E.A. FERIOLO, *Le prospettive costituzionali per una riforma nazionale*, op.cit., pp. 255-264 e 271-275.

⁷⁹ L'opera comparativa principale che esamina l'evoluzione delle politiche e delle legislazioni regionali in materia è quella di E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani: le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004. L'autore ripercorre l'evoluzione delle riforme regionali per la non autosufficienza a partire dal processo di de-istituzionalizzazione degli anni Settanta, passando per la ristrutturazione della qualità del sistema dei servizi durante gli nell'arco degli anni Ottanta, fino alla costruzione di un vero e proprio sistema d'interventi sociosanitari per le persone anziane non autosufficienti emersa durante gli anni Novanta.

⁸⁰ A questo riguardo, E. PAVOLINI, *Ibid.*, pp. 93-136; In particolare, l'autore rileva l'elevata disomogeneità nella denominazione, nella natura e nel numero dei servizi residenziali esistenti nei territori regionali, a pp. 92-93.

affermate declinazioni eterogenee del principio di sussidiarietà orizzontale, come osservato nelle esperienze della Lombardia e del Veneto⁸¹.

I percorsi di differenziazione territoriale, proseguiti lungo il corso della prima decade del Duemila, hanno ampiamente investito le strategie e gli strumenti per l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale⁸². Uno sforzo di ricomposizione delle tendenze comuni, però, consente di rilevare che, nel quadro dell'elevata eterogeneità delle politiche regionali, l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti si è confermata settore privilegiato dell'integrazione sociosanitaria sul piano istituzionale⁸³. I legislatori regionali hanno infatti progressivamente riconosciuto la non autosufficienza come nuovo rischio sociale, spesso sancendone l'autonomia all'interno dei rispettivi sistemi di welfare: rispetto al governo dell'offerta pubblica in materia, in particolare, si sono affermate scelte diversificate di integrazione dei canali di finanziamento del settore⁸⁴, altrettanto significative esperienze di potenziamento dei servizi sociosanitari territoriali, nonché l'introduzione di efficaci strumenti valutativi integrati per la valutazione del bisogno⁸⁵.

Successivamente, il dinamismo delle sperimentazioni e delle innovazioni territoriali in materia di non autosufficienza ha caratterizzato tutta la seconda decade del Duemila fino all'avvento della pandemia⁸⁶. Accanto al rafforzamento di talune tendenze regolatorie comuni, quali l'introduzione di diversificate strategie di integrazione sociosanitaria e di strumenti regolazione del mercato privato della cura, si è registrato il consolidamento delle traiettorie di differenziazione delle politiche e delle legislazioni regionali: in alcuni territori, come quelli dell'Emilia-Romagna e della Toscana, l'offerta pubblica di assistenza domiciliare è oggi superiore alla media nazionale ed è accompagnata una bassa percentuale di beneficiari dell'indennità di accompagnamento. All'opposto, in altre regioni, come la Campania e la Calabria, sono nettamente prevalenti i trasferimenti monetari ed è scarsa l'offerta dei servizi, sia domiciliari che residenziali. Ancora diversamente, in Piemonte e in

⁸¹ L'analisi è ancora di E. PAVOLINI, *Ibid.*, p. 97.

⁸² In questo senso: D. CEPILU e M. MENEGUZZO, *Politiche e strategie regionali di integrazione sociosanitaria*, in A. D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp. 77-102.

⁸³ Su questa linea: G. GIORGI, E. RANCI ORTIGOSA, *Il governo delle politiche regionali*, in C. GORI (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, *op.cit.*, pp. 85-92.

⁸⁴ Sul lento affermarsi di nuove politiche tributarie regionali e il progressivo utilizzo di vecchi e nuovi canali di finanziamento anche integrati: E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 180-183.

⁸⁵ Illustrativa della forte differenziazione regionale è l'analisi di F. BERTONE, C. CAFFARENA, B. RIBOLDI in *Il quadro delle riforme*, in C. GORI (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, *cit.*, pp. 23-46. In termini più generali, in questo senso si rinvia alla panoramica dell'evoluzione delle legislazioni regionali illustrata, attraverso singole schede regionali, da C. BUZZACCHI et altri (a cura di) in *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle regioni*, *op.cit.*, pp. 19 e successive, dalla quale si apprende la frammentazione nell'organizzazione dell'amministrazione regionale e delle soluzioni organizzative per l'integrazione sociosanitaria a livello locale.

⁸⁶ Sul punto: C. GORI, G. RUSMINI, *Politiche regionali: tendenze in atto al Centro-nord*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network NonAutosufficienza, 2015, pp. 156 e 168.

Lombardia l'offerta dell'assistenza residenziale è prevalente⁸⁷. Nella perdurante assenza di una legge statale in materia, dunque, è riemerso il problema della sostenibilità dell'elevato grado delle disuguaglianze territoriali e dell'efficacia degli strumenti di garanzia dell'equilibrio tra le esigenze dell'uniformità e quelle della differenziazione⁸⁸. L'attualità di questi interrogativi è oggi confermata dalle persistenti disparità regionali nell'offerta pubblica per l'assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti: è paradigmatica, a questo riguardo, la fotografia delle disparità territoriali nella capacità di copertura e intensità dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). I dati più recenti, infatti, restituiscono l'immagine di un sistema a velocità multiple, oltre la storica frattura tra Settentrione e Meridione della penisola, e dimostrano la grave residualità del principale servizio di assistenza domiciliare⁸⁹.

Ferma l'alta variabilità nei territori regionali, la residualità e frammentazione dell'offerta pubblica dei servizi per la non autosufficienza appare inoltre ancora controbilanciata dalla fornitura informale di cura da parte dei caregiver familiari, il cui ruolo rimane nella risposta ai complessi bisogni delle persone anziane non autosufficienti⁹⁰. Non può sorprendere che la tensione tra il ruolo della famiglia e la funzione pubblica di assistenza abbia trovato conferma sul piano giurisprudenziale: in alcuni casi, su ricorso dei familiari, i giudici sono infatti giunti a sindacare le scelte allocative dei legislatori regionali al fine di preservare la pienezza del diritto all'assistenza continuativa per le persone anziane non autosufficienti all'interno delle strutture residenziali⁹¹. Alla luce di tali considerazioni, si può ora valutare in che misura il problema della frammentazione e della residualità dell'intervento pubblico per l'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti, a lungo affrontato nei territori, abbia trovato nuove risposte e soluzioni istituzionali nella legge delega 33 del 2023.

⁸⁷ Sul punto: E. BARBERIS, L. CATENA in *Regioni a confronto*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche di welfare sociale*, Milano, Mondadori, 2022, pp. 85-106, pp. 95-96.

⁸⁸ Il problema è efficacemente posto in questi termini da B. PEZZINI in *Ventuno modelli sanitari? Quanta disuguaglianza possiamo accettare (e quanta disuguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in *Servizi regionali tra autonomie e coerenze di sistema*, a cura di R. BALDUZZI, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 399-424, pp. 402-404.

⁸⁹ In questo senso: M. BURGALASSI, *I servizi alla persona*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche del welfare sociale, op.cit.*, p. 26-28. I dati per il 2021, infatti, mostrano che Regioni superano nettamente la media nazionale della copertura al 6,2 % della popolazione anziana, come il Veneto (13,4%), la Toscana (11,6%) e l'Emilia-Romagna (10,9%), mentre in altre la copertura rimane al di sotto di questa, come nel caso della Calabria (2,5%) e della Sardegna (2,4%) e, ancor più nettamente, della Provincia Autonoma di Bolzano (0,7%) e della Valle D'Aosta (0,6%).

⁹⁰ Sul ruolo del sistema di cura familiare e della sua progressiva fragilizzazione: M. CAMPEDELLI, *Nuovi scenari sull'integrazione sociosanitaria per le disabilità e le non autosufficienze*, in *Ricerca&Pratica*, 35, 2019, pp. 4-6.

⁹¹ Significative sul punto le riflessioni di M. ARLOTTI in *Le politiche per la non autosufficienza: il caso italiano in prospettiva comparata*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, fascicolo 3, 2012, pp. 559-560. In particolare, il riferimento è alle sentenze del TAR Piemonte del 2014 che hanno annullato due delibere consiliari, disponenti la compartecipazione alla spesa della residenzialità della persona anziana non autosufficiente sulla base dell'Isee, per violazione del diritto pieno e direttamente esigibile alla continuità delle cure: F. PALLANTE, *La non-autosufficienza tra diritto alla salute, discrezionalità politica e limitatezza delle risorse: la normativa illegittima della Regione Piemonte*, in *Democrazia e diritto*, 2, 2018, pp. 78-87.

5. La gestazione della riforma nazionale della non autosufficienza durante la pandemia

Nella maggior parte degli stati europei, l'avvento della pandemia ha indotto i decisori politici a introdurre nuove misure di sostegno economico alle famiglie delle persone anziane non autosufficienti e a rimodulare l'offerta dei servizi di assistenza continuativa e integrata⁹². Dopo una lunga fase di inerzia istituzionale, anche in Italia l'esperienza pandemica ha rinvigorito l'attenzione politica intorno al problema della non autosufficienza e dell'assenza di una legge statale in materia. Una disamina della gestazione della costituenda riforma impone allora alcuni rilievi intorno alla riemersione del problema durante la crisi di salute pubblica, al ritorno della centralità dello Stato e, non da ultimo, talune osservazioni relative al ruolo della società civile organizzata e quello delle istituzioni pubbliche, e della peculiare declinazione dei termini del rapporto tra queste, nell'arco del procedimento legislativo della legge delega in questione.

Rispetto all'attenzione politica intorno problema di cui si discute, la principale ragione di tale crescita può essere rintracciata nella drammatica esposizione a rischi di vulnerabilità, disuguaglianza ed esclusione che la popolazione anziana ha vissuto durante la pandemia⁹³. Nel contesto italiano, il tasso di mortalità delle persone anziane registrato è stato eccezionalmente elevato e, tra le sue molteplici cause, il fenomeno è spiegabile anche alla luce delle difficoltà riscontrate, specie in alcuni territori, nell'incapacità di riorganizzare i servizi domiciliari e quelli residenziali al fine di limitare la diffusione del contagio all'interno delle strutture⁹⁴. In particolare, l'assenza di una base informativa adeguata sul numero delle persone anziane ospitate, sulle loro condizioni e bisogni, ha reso più difficili alcune scelte gestionali, poi rivelatesi esiziali: una grave carenza, questa, che è apparsa diretta conseguenza del mancato riconoscimento della centralità e dell'autonomia del settore della non autosufficienza sul piano politico e giuridico⁹⁵.

⁹² In questo senso: F. MAINO, M. BETTI, *Ageing and Long-Term Care Problems During the Covid-19 Pandemic*, in C. ASPALTER (ed.), *Covid-19 Pandemic. Problems Arising in Health and Social Policy*, London, Springer, 2023, pp. 73-95, pp. 86-87.

⁹³ Il riferimento è, in particolare, allo studio empirico di V. CAPPELLATO, E. MERCURI, F. CAMBIO: *Essere, diventare o scoprirsi anziani durante l'emergenza Covid-19*, in *Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali*, Vol. 11, n. 22, pp. 55-68. In termini più generali, sulla crescita delle disuguaglianze gravanti sulla popolazione anziana nel contesto europeo: P. PENTARIS, P. WILLIS, M. RAY, B. DEUSDAD, S. LONBAY, M. NIEMI, S. DONNELLY, *Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective*, in *Journal of Gerontological Social Work*, 63 (8), 2020 pp. 736-742.

⁹⁴ Per l'analisi dei dati disponibili sull'andamento del contagio all'interno delle strutture alla luce dei quali può essere validamente indagata la capacità di gestione all'interno delle strutture: Istituto Superiore di Sanità, *Report Nazionale Sorveglianza strutture socio-sanitarie residenziali nell'emergenza Covid-19*, 2023.

⁹⁵ Il riferimento è allo studio comparato di A. M. ARLIOTTI, C. RANCI, *Navigare al buio. Politica e conoscenza nella gestione dell'emergenza Covid-19 nelle residenze per anziani*, in *Rivista Italiana di Sociologia*, fascicolo 1, 2021, pp. 67-102, p. 98. Secondo gli autori "l'analisi comparata ha messo in evidenza che tale omissione non si è registrata in quei Paesi, come la Danimarca e la Germania, in cui il settore della politica long-term care, e dentro questa la residenzialità per anziani, si inquadra all'interno di una cornice di piena legittimazione pubblica, pari a quella attribuita alla politica sanitaria".

L'emergenza pandemica, inoltre, ha reso manifeste la diseguale capacità dei sistemi sanitari regionali di tutelare la salute della popolazione anziana e la strutturale debolezza del sistema integrato di interventi e servizi sociali territoriali⁹⁶, riaprendo in particolare gli interrogativi attorno alle strategie e agli strumenti per la realizzazione del principio dell'integrazione sociosanitaria⁹⁷. In questo contesto, la rinnovata attenzione politica intorno all'assenza di una legge statale ha allora incontrato il repentino ritorno del ruolo dello Stato nel fronteggiare le conseguenze della crisi pandemica⁹⁸. Il problema dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti ha trovato terreno fertile nella rinnovata centralità del legislatore statale, scaturita tanto dalla riaffermazione dell'istanza dell'uniformità nella tutela dei diritti sociali, quanto dall'attivazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, e nel conseguente rilancio delle politiche nazionali di welfare⁹⁹. In particolare, durante la pandemia, l'attuazione del nuovo metodo di governo tra istituzioni europee e nazionali per la realizzazione degli obiettivi del Piano ha rafforzato il potere esecutivo centrale, che è divenuto il principale attore istituzionale della riforma. Diversamente, le autonomie territoriali, nonostante le competenze legislative e amministrative loro attribuite in materia di assistenza sanitaria e sociale, hanno ricoperto un ruolo tardivo e marginale nella discussione dei contenuti della stessa, a conferma del più generale indebolimento del pluralismo territoriale nel dinamico contesto istituzionale immediatamente successivo all'emergenza¹⁰⁰.

Se, come appena oltre si vedrà, l'elaborazione della riforma della non autosufficienza a livello istituzionale ha principalmente impegnato le amministrazioni statali, l'istanza politica che ha prima promosso l'opportunità dell'intervento statale e poi guidato l'elaborazione della riforma si deve alla società civile organizzata. Durante l'emergenza, infatti, si è registrato il consolidamento di un gruppo ampiamente rappresentativo degli interessi delle

⁹⁶ In questo senso: A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, pp. 385-403 e M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 3, 2020, pp. 306-336.

⁹⁷ Sul rinnovato potere di intervento dello Stato in materia: R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e in conflitti di competenza nell'emergenza pandemica*, in N. ANTONIETTI, A. PAJINO (a cura di), *Stato e Sistema delle autonomie dopo la pandemia. Problemi e prospettive*, Bologna, Il Mulino, 2021, pp. 29-54, pp. 44-50.

⁹⁸ A questo riguardo: M. MOTTA, *Anziani e non autosufficienza*, in M. BURGALASSI, P. GALEONE, L. PACINI (a cura di) *I vent'anni della legge 328 del 2000 nella penisola. Le trasformazioni del welfare locale*, Roma, RomaTrePess, 2021, pp. 91-123, p. 82.

⁹⁹ Per alcune considerazioni intorno al PNRR come occasione di rilancio dell'attuazione della legislazione statale esistente: F. BIONDI DAL MONTE, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent'anni dalla approvazione della legge 328/2000*, in *Le Regioni*, 2021, pp. 779-806, 785-787.

¹⁰⁰ Su questo punto, con toni critici sulla costante opera di "rammendo" delle difficili relazioni istituzionali tra Stato e autonomie: U. DE SERVIO, *Disfunzioni e conflitti istituzionali*, in N. ANTONIETTI, A. PAJINO (a cura di), *Stato e Sistema delle autonomie dopo la pandemia, op.cit.*, pp. 15-28, pp. 24-25. Nella stessa direzione: S. PAJINO, *Il crepuscolo dell'autonomia regionale di fronte al PNRR*, in *Ibid.*, pp. 237-250.

persone anziane non autosufficienti, prima d'allora assente¹⁰¹. Con la costituzione di una coalizione sociale per questa specifica categoria di fragilità e vulnerabilità, il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, composto da organizzazioni di cittadinanza sociale, società scientifiche e ordini professionali, associazioni rappresentative delle persone anziane e dei loro familiari, nonché degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi e dei lavoratori del settore, ha preso avvio un articolato esperimento di advocacy finalizzato a ricucire la frattura esistente tra i bisogni delle persone anziane non autosufficienti e il sistema politico-rappresentativo¹⁰². Data la forte permeabilità delle istituzioni pubbliche agli interessi di categoria, l'azione lobbistica del Patto ha prima catalizzato l'attenzione politica sulla riforma della non autosufficienza fino al suo inserimento all'interno della programmazione nazionale. Una volta programmato l'intervento statale, alla funzione di rappresentanza degli interessi di categoria è stata affiancata la capacità di aggregazione delle competenze tecnico-scientifiche per l'elaborazione di proposte legislative in aperto dialogo con le istituzioni pubbliche¹⁰³. Influyente è apparsa inoltre l'iniziativa di Confcooperative Sanità, rappresentativa di ampia parte delle cooperative e delle imprese sociali operanti nel settore sanitario e sociosanitario, che ha sostenuto, seppur in modi e tempi diversi, l'opportunità della riforma¹⁰⁴. Si è dunque osservato il rafforzamento del pluralismo delle formazioni sociali nel campo della non autosufficienza: in particolare, si è consolidato il ruolo del Terzo settore nella ricerca di uno spazio politico per il riconoscimento dell'autonomia del settore e nell'esercizio della funzione tecnica di elaborazione della normativa statale¹⁰⁵. Ciò ha generato, non senza criticità, una peculiare inversione dei termini tradizionali del rapporto tra attori privati e amministrazioni pubbliche¹⁰⁶.

Congiuntamente all'azione della società civile organizzata, la gestazione della riforma è proseguita nel lavoro di due commissioni ministeriali deputate allo studio del problema della non autosufficienza e all'elaborazione di proposte legislative in materia. La prima, la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana (Paglia), già istituita presso il Ministero della Salute all'indomani della pandemia, si è

¹⁰¹In questa direzione: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 135-140.

¹⁰²Per un primo sguardo sulla composizione, il ruolo e gli obiettivi del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza si rinvia al primo incontro pubblico "Quale riforma per gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie? La società civile stringe un patto e interpella le istituzioni", del 20 luglio 2021, reperibile online.

¹⁰³L'azione del Patto, definita autorevolmente come una "iniziativa lobbismo buono, ha inteso rendere la non autosufficienza riconoscibile dalle istituzioni e dalla politica alla pari di altri settori di welfare consolidati e dei relativi portatori d'interesse: C. GORI, *Il Sistema Nazionale Anziani (SNA). Una proposta per il welfare del futuro*, in C. SANGALLI, M. TRABUCCHI (a cura di), *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*, Bologna, Il Mulino, 2023, pp. 171-191.

¹⁰⁴Per un primo sguardo sul ruolo di Confcooperative sanità nel dibattito pubblico intorno alla riforma si rinvia al Convegno "Legge 33/2023 Un nuovo Patto tra generazioni", del 29 maggio 2023, anch'esso reperibile online.

¹⁰⁵In questa direzione, con particolare enfasi riguardo la crescita delle funzioni del Terzo settore sul piano politico-istituzionale si veda C. BORZAGA, C. GORI, F. PAINI, *Dare Spazio*, Roma, Donzelli, 2023.

¹⁰⁶Con toni critici rispetto alla "opacità" che ha caratterizzato l'evoluzione dell'azione di policy-making del Terzo settore e del suo rapporto con le istituzioni pubbliche si vedano le considerazioni di L. NEGROGNO in *Mobilitazioni politiche tra welfare pubblico e lavoro sociale*, in *Impresa Sociale*, numero 3, 2023, pp. 70-85, pp. 12-13.

focalizzata sull'invecchiamento attivo e sul rafforzamento dei servizi sociosanitari domiciliari al fine di affrontare il problema della de-istituzionalizzazione delle persone anziane¹⁰⁷. La seconda, la Commissione per interventi sociali e politiche per la non autosufficienza (Turco), istituita presso il Ministero delle Politiche Sociali, ha invece concentrato i suoi sforzi sul rafforzamento del sistema del welfare sociale, con attenzione alle misure per il supporto del mercato del lavoro di cura, elaborando una proposta legislativa in linea con i principi e i contenuti della legge 328 del 2000¹⁰⁸. Da un lato, la diversità degli approcci delle Commissioni ha riflesso la distanza tra i posizionamenti politico-culturali esistenti anche all'interno della società civile, confermando dall'altro la mancanza di integrazione istituzionale e funzionale esistente tra le amministrazioni statali coinvolte. In particolare, prevalente è apparso il ruolo del Ministero delle Politiche Sociali, al quale la legge di bilancio per il 2022 ha affidato la determinazione dei LEPS per la non autosufficienza nel tentativo di accelerare il processo di individuazione progressiva¹⁰⁹, pur mancando di affrontare la questione delle conseguenze redistributive per la finanza pubblica¹¹⁰. Inoltre, la Rete per la promozione e l'inclusione sociale, presieduta dallo stesso Ministero, ha approvato il Piano nazionale per le non autosufficienze 2022-2024, tracciando al suo interno una strategia di governance multilivello per l'integrazione tra servizi sociali e sanitari che ha in parte influenzato l'architettura normativa della riforma per la non autosufficienza. Il Piano, in ultima analisi, ha svolto una funzione "dinamica e transitoria" nella prospettiva della successiva discussione e della finale approvazione della legge delega¹¹¹.

¹⁰⁷Per uno sguardo sull'attività e l'approccio della Commissione si veda la *Carta dei Diritti degli anziani e dei doveri della comunità*, 2021 e il *Rapporto Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria 2019, 2020*, in collaborazione con l'ISTAT.

¹⁰⁸Per uno sguardo sull'attività e l'approccio della Commissione si rinvia alla proposta di legge delega "Norme per la promozione della dignità della persona anziana e per la presa in carico della non autosufficienza" del gennaio 2022.

¹⁰⁹Sul punto si vedano le considerazioni di M. ARLOTTI, E. SPINA in *Un passo avanti, un passo indietro. I livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza per la legge di Bilancio 2022*, in *Politiche sociali*, fascicolo 2, 2022, pp. 317-324.

¹¹⁰In questa direzione: Comitato tecnico-scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, *Rapporto finale*, pp. 15-23. Il rapporto, a partire dall'articolo 1, comma 159 della legge n. 234 del 202, che ha definito i LEPS come "gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità", evidenzia il diffuso grado di sviluppo organizzativo delle amministrazioni territoriali e il necessario incremento della spesa pubblica per il finanziamento dei LEPS, la cui individuazione è descritta come una "esplorazione in terre incognite".

¹¹¹Il riferimento è allo scritto di M. CAMPEDELLI, *Il Piano Nazionale per le non autosufficienze 2019-2021*, in *Politiche Sociali*, fascicolo 3, 2022, pp. 569-573, che mette in luce le difficoltà di garantire la compiuta realizzazione del Piano.

6. La legge 33 del 2023 in materia di politiche in favore della popolazione anziana: principi, criteri direttivi e oggetto di delega

Passati in rassegna gli snodi fondamentali e gli attori principali della lunga gestazione della riforma durante l'emergenza pandemica, possono ora essere proposte ultime considerazioni sulla conclusione del procedimento legislativo e l'approvazione della legge delega. A valle di tali rilievi, sono tracciate alcune considerazioni d'insieme intorno all'intervento statale ed è proposta una disamina dell'apparato dei principi, dei criteri direttivi e dell'oggetto della delega.

Non sopita l'azione propositiva della maggiore coalizione sociale per la non autosufficienza e rimaste altrettanto vivaci le iniziative del Terzo settore, l'esito dei lavori delle commissioni ministeriali ha confermato la notevole distanza degli approcci al problema dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti: in particolare, è emersa la tensione tra l'istanza volta all'elaborazione di politiche per l'invecchiamento attivo, implicanti il rafforzamento della sanità nel campo della domiciliarità, e l'istanza finalizzata alla ridefinizione di politiche per l'assistenza, connesse piuttosto al rafforzamento del sistema di welfare sociale, della sua infrastruttura e integrazione tanto con il settore assistenziale quanto con quello sanitario¹¹². Durante l'elaborazione del disegno di legge d'iniziativa governativa ad opera delle amministrazioni ministeriali competenti, caratterizzata anch'essa da una progressiva sfumatura dei confini tra la componente tecnica e di quella politica, tale tensione è rimasta irrisolta: ciò ha contribuito a determinare la natura compromissoria del contenuto della legge. Con l'approvazione del Consiglio dei Ministri nell'ottobre del 2022, il disegno di legge è poi passato alla lettura delle Camere. Nell'arco del rapido dibattito parlamentare, salvo alcuni emendamenti¹¹³, non è stato oggetto di rilevanti modifiche: la sua struttura e dunque del disegno di legge sono rimasti sostanzialmente invariati¹¹⁴. Si può allora osservare che, con l'approvazione della legge "Deleghe in materia di politiche in favore della popolazione anziana" nel marzo 2023, il Parlamento ha finalmente

¹¹²Sulle distanze tra gli attori istituzionali e non riguardo la natura e l'impianto della riforma è particolarmente illustrativo il confronto pubblico "Quale riforma per la non autosufficienza", dell'11 aprile 2023, reperibile online.

¹¹³In termini generali, il confronto tra il disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri e la versione definitiva del testo normativo entrato in vigore permette di rilevare che, complessivamente, tra i pochi emendamenti approvati, di rilievo sono quelli riguardanti l'integrazione e il coordinamento dei servizi a domicilio, il coinvolgimento del terzo settore e il riferimento alle cure palliative territoriali (art. 4 del disegno di legge), nonché alla definizione degli standard formativi del personale (art. 5). Ulteriore emendamento di rilievo appare quello relativo al Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non Autosufficiente (art. 4, comma 2, lettera b) al quale, durante il dibattito parlamentare, è stata attribuita una nuova definizione organica, come appena oltre si esaminerà.

¹¹⁴Per una premessa, una sintesi del contenuto e un inquadramento del disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri all'interno di alcuni dati di contesto sull'erogazione dei servizi e sulla spesa pubblica per la Long-Term Care: Servizio Studi del Senato, *Dossier n. 48 Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, A.S. 506, 2023.

spezzato l'inerzia istituzionale che ha distinto l'ordinamento giuridico italiano a partire degli anni Novanta. La legge delega appare una forte risposta alle istanze ampiamente sollevate della società civile organizzata in quanto fornisce nuove soluzioni istituzionali e organizzative alle evidenze a lungo emerse nella dottrina specialistica¹¹⁵. In termini generali, le chiavi di volta dell'intervento statale sono i concetti "integrazione" e "sistema", già da tempo reinterpretati e progressivamente rafforzati nel campo delle politiche di welfare. Numerose sono infatti le declinazioni dell'integrazione abbracciata dal legislatore statale: sul piano istituzionale, la legge prevede strumenti di integrazione della programmazione e della governance tra le amministrazioni statali, regionali e comunali deputate all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale¹¹⁶, ma anche dell'offerta assistenziale, estendendo il tradizionale perimetro oggettivo del principio dell'integrazione sociosanitaria. L'integrazione coinvolge inoltre i sistemi informativi delle amministrazioni coinvolte, nonché l'individuazione dei LEA e i LEPS per la non autosufficienza, perseguendo l'obiettivo di rimodulare sia la natura dell'assistenza che il sistema di regolazione dell'offerta pubblica del settore. In questo senso, nel segno dell'integrazione si muovono le altrettanto rilevanti declinazioni del concetto di "sistema": sul piano istituzionale, con l'introduzione di strumenti e modelli a lungo sperimentati nei territori, la legge ricerca un nuovo equilibrio tra le istanze dell'uniformità e quelle della differenziazione nella direzione del consolidamento della dimensione "a rete" dell'intervento pubblico e privato¹¹⁷. Nella stessa logica, sono rafforzare le funzioni del Terzo settore tanto nella garanzia dell'erogazione dei servizi, quanto nella programmazione e nel coordinamento con i servizi pubblici. Allo stesso tempo, è riconosciuto e tutelato il ruolo della famiglia e del caregiver familiare nella fornitura di cura, anche per mezzo di misure di sostegno all'accesso al mercato privato dell'assistenza. Quanto alla struttura e al contenuto dell'intervento, la legge è composta da nove articoli, che contengono numerosi principi e criteri direttivi. Inoltre, tre sono gli oggetti della delega: due quali, previsti agli articoli 4 e 5 della legge, necessitano invece di essere esaminati separatamente per l'importanza ricoperta nel disegno riformatore e per la complessità

¹¹⁵In questa direzione si muovono le reazioni tanto della dottrina di settore quanto della società civile organizzata. Sul primo versante: M. SEIFFARTH, *The end of policy inertia in Long-Term Care for older people in Italy*, in *Globale Entwicklungsdynamiken von Sozialpolitik*, 2023 e, inoltre, si vedano inoltre i contributi di S. Pasquinelli, *Non autosufficienza: si volta pagina*, in *Welforum.it*, 2023 e di F. LONGO, *Legge Delega Anziani e Long-Term Care*, in *I luoghi della cura online*, 2023. Sul secondo versante: Forum Disuguaglianze e Diversità, Comunicato "Anziani non autosufficienti: raggiunto il primo traguardo, ora avanti tutta", disponibile online; Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, Comunicato "Anziani non autosufficienti: l'Italia ha una buona legge, ora costruire gli interventi concreti con risorse adeguate", 2023, disponibile online; Alleanza delle Cooperative, *Anziani: riforma necessaria*, 2023, reperibile online.

¹¹⁶Su questa linea, con toni critici: A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una pericolosa risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema salute*, vol. 68, n. 1, pp. 53-64, pp. 55-57.

¹¹⁷La legge si muove infatti nella direzione di rilanciare alcuni strumenti variamente sperimentati nelle realtà regionali, specie in quelle più virtuose come l'Emilia-Romagna e la Toscana. Si tratta, in particolare, della sperimentazione dei Punti Unici di Accesso, delle Unità di Valutazione Multiisicplinari e di Piani di Assistenza Individuali nelle politiche regionali per la non autosufficienza: C. GORI, V. GHETTI, G. RUSMINI, R. TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia*, cit., pp. 73-90.

delle relative disposizioni. Ad una lettura attenta del testo normativo, l'interprete si scontra innanzitutto con un insieme eterogeneo e inorganico di principi e criteri direttivi, tra loro sostanzialmente indistinti, la cui interpretazione non è agevole¹¹⁸. Tra questi, per esempio, dopo aver disposto la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione e il coordinamento delle disposizioni legislative in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, l'articolo 2 annovera la promozione del valore umano, psicologico, sociale e culturale di ogni fase della vita come principio e criterio direttivo (comma 2, lettera a)¹¹⁹. Stessa qualifica è riconosciuta all'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente necessaria alla delimitazione dell'ambito soggettivo di applicazione della legge e al superamento delle incertezze derivanti dalla coesistenza delle definizioni di invalidità, disabilità, handicap e non autosufficienza¹²⁰. Quanto al primo ambito materiale della delega, all'articolo 3 la legge identifica "l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, alla prevenzione della fragilità" come primo oggetto della delega. In questo modo, il legislatore statale ha delegato all'esecutivo l'introduzione e il finanziamento di una pluralità di misure altamente eterogenee di sostegno della terza età, che variano da interventi di sanità preventiva (comma 2, lettera a, punto 3), a percorsi di cittadinanza attiva (lettera b, punto 2), a nuove forme coabitazione solidale anche intergenerazionale (lettera a, punto 6).

6.1. L'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti

Le principali innovazioni istituzionali e organizzative introdotte dalla legge rientrano nel secondo oggetto di delega, previsto all'articolo, che riguarda "l'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti". In primo luogo, è centrale nell'impianto l'istituzione del Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana (SNAA), definito dal legislatore statale come "modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza alle persone anziane non autosufficienti,

¹¹⁸Le disposizioni contenenti principi e criteri direttivi scontano un certo grado di genericità, risultando tra loro indistinguibili, nella direzione ormai ampiamente consolidato della prassi dello strumento giuridico della legge di delegazione: L. PALADIN, *Le fonti del diritto italiano*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 203-221.

¹¹⁹Al medesimo articolo, di rilievo sono inoltre i seguenti principi e criteri direttivi: il contrasto alla solitudine sociale e alla deprivazione relazionale delle persone anziane (lettera c); la promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un continuum di servizi per le persone anziane fragili o non autosufficienti (lettera e); riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con disabilità pregresse (lettera h); promozione del miglioramento di benessere bio-psico-sociale delle loro famiglie (lettera i); rafforzamento dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli amministrazioni competenti (lettera l).

¹²⁰Centrale, dunque, è la risoluzione di tale problema definitorio, come indicato al paragrafo 2.

di Stato, Regioni e Comuni” (comma 2, lettere b-c)¹²¹. Si tratta di un innovativo strumento di governo unitario, di programmazione integrata e di monitoraggio delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per la non autosufficienza, che intende superare le separatezze tra le politiche dei settori coinvolti e i relativi confini istituzionali, al fine di riconoscere l'autonomia del settore della non autosufficienza¹²². Nella prospettiva riformatrice, l'azione multilivello dello SNAA è complementare all'organizzazione territoriale unitaria del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali: per questo motivo, con l'obiettivo di rafforzare l'infrastruttura del welfare sociale, la legge prevede l'omogeneo sviluppo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sul territorio nazionale e della loro integrazione con i Distretti sanitari (comma 2, lettere g-h). Parallelamente, è delegata l'introduzione della Valutazione Multidimensionale Unificata (VUM), quale nuovo strumento valutativo unico e standardizzato, per l'identificazione dei bisogni di natura bio-psico-sociale della persona anziana (lettera l, punto 1), alla quale si può richiedere l'accesso rivolgendosi al Punto unico di Accesso (PUA) istituito presso le Case della Comunità (lettera h)¹²³. Prevedendo poi l'entrata a regime del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e del Budget di cura (lettera l, punti 2-3), il legislatore statale ha parallelamente inteso rafforzare alcuni efficaci strumenti sperimentati nei territori. Ulteriori innovazioni riguardano inoltre l'assistenza domiciliare e quella residenziale: la legge, infatti, delega all'esecutivo l'elaborazione di nuovi modelli di intervento pubblico fondati sul principio di appropriatezza dell'intensità e della durata dei servizi, prevedendo in particolare l'integrazione tra gli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD)¹²⁴.

6.2. La sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane non autosufficienti

Il terzo e ultimo oggetto della delega riguarda “sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane non autosufficienti” di cui all'articolo 5 della legge. Anche in questo caso, l'ambito materiale considerato coinvolge un insieme corposo di disposizioni: la più rilevante è quella che delega all'esecutivo l'introduzione, anche in via sperimentale, di una misura universale graduata secondo lo

¹²¹La definizione del Sistema, non prevista in questa forma nel disegno di legge di proposta governativa, è stata riformulata in esito all'approvazione del relativo emendamento in sede di dibattito parlamentare.

¹²²Per un'organica disamina della ratio, della struttura e delle funzioni dello SNAA e spiegano la sua centralità nel complessivo disegno riformatore: C. GORI, *Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), una proposta per il welfare del futuro*, in C. SANGALLI, M. TRABUCCHI, *Età anziana: tempo di diritti e di responsabilità*, Bologna, Il Mulino, 2023, pp. 171-191. Nella stessa direzione, per ulteriori considerazioni intorno alle ragioni dell'opportunità di istituire un nuovo strumento unitario di governo e programmazione del settore Long-Term Care: G. CINELLI, F. LONGO, *Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti*, in *Mecosan*, 2021, no. 118, pp. 155-173.

¹²³Sul ruolo del PUA all'interno della nuova organizzazione territoriale si rinvia al testo del Decreto del Ministero della Salute 77 del 2022, pp. 26-31, che è il principale decreto attuativo della Missione 6, Componente 1, del PNRR. Alcune considerazioni critiche sulla tensione esistente tra riforma della non autosufficienza e riforma dell'assistenza sanitaria territoriale sono invece proposte al paragrafo 8.

¹²⁴Il riferimento è all'art. 4, comma 2, lettera n, della legge in questione.

specifico bisogno assistenziale e alternativa all'indennità di accompagnamento (comma 2, lettera a). Dopo le numerose ipotesi mancate di riforma dell'indennità di accompagnamento, questa disposizione appare particolarmente innovativa poiché ancora l'erogazione della nuova misura al bisogno assistenziale della persona anziana, da valutare secondo una scala di graduazione. Introduce inoltre il principio della libertà di scelta tra l'erogazione di un trasferimento monetario dalla cifra superiore a quella dell'indennità, secondo l'impostazione tradizionale, e l'erogazione di servizi di assistenza, anche al fine di rafforzare l'offerta dei servizi pubblici e privati. In questo modo, mantenendo la natura universale della prestazione, il legislatore ha inteso rimediare alle più gravi criticità della disciplina dell'indennità¹²⁵. Parallelamente, seguendo la logica di sistema sopra illustrata, il legislatore statale ha disposto la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per sostenere la regolarizzazione del rapporto di cura prestato a domicilio e, non da ultimo, la definizione delle modalità di formazione per lo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti¹²⁶.

7. Le prospettive di attuazione della legge delega e le criticità emergenti

All'esame delle principali innovazioni introdotte dalla legge delega possono ora seguire delle riflessioni sulle difficoltà di realizzare compiutamente una riforma complessiva dell'assistenza continuativa e integrata per le persone anziane non autosufficienti nell'attuale momento della storia costituzionale. Sono tracciate, inoltre, alcune prime valutazioni intorno alle criticità del decreto unico recentemente approvato dall'esecutivo in attuazione della legge delega.

In primo luogo, si osserva che il contesto politico-istituzionale nel quale è sorta la programmazione della riforma della non autosufficienza è rapidamente e profondamente mutato: la rinnovata centralità del legislatore statale ha lasciato il posto al rilancio dell'istanza regionalista. L'attuazione della legge delega si scontra infatti con la prevalenza sul piano politico dell'attuazione regionalismo differenziato ex art. 116 comma 3 della Costituzione¹²⁷, e sconta oggi tanto la mancata risoluzione del problema della definizione dei LEPS per la non autosufficienza quanto alla marginalizzazione delle autonomie territoriali nell'elaborazione della legge delega. In questo scenario evolutivo, inoltre, si innestano le

¹²⁵In questo senso, dunque, la legge si muove nella direzione auspicata del superamento di alcuni profili critici dell'indennità, i principali tra questi sono illustrati al paragrafo 4.1.

¹²⁶Il riferimento è, rispettivamente, all'art. 5, comma 2, lettera b, punti 1-3 della legge e, inoltre, alla lettera c, punti 1-3). Inoltre, alcune considerazioni critiche sul necessario coordinamento tra l'intervento statale e l'attesa riforma della condizione giuridica del caregiver familiare attualmente in discussione sono tracciate al paragrafo successivo.

¹²⁷In questa direzione: A. Poggi, *Il regionalismo differenziato nella forma del d.d.l. Calderoli: alcune chiare opzioni politiche, ancora nodi che sarebbe bene sciogliere*, in *Federalismi.it*, n. 3/2024, iv-xiv.

difficoltà dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le trattative per la modifica degli obiettivi programmati.

In secondo luogo, osservando le dinamiche istituzionali che più da vicino riguardano l'attuazione della legge delega, persiste nella prassi una sostanziale competitività tra settore sanitario e settore sociale, tanto nella definizione dell'ambito degli interventi quanto nella redistribuzione delle risorse per finanziamento degli stessi, in aperta antitesi con il concetto di integrazione che fonda l'impianto normativo della legge¹²⁸. Alla conflittualità delle amministrazioni ministeriali coinvolte si aggiunge inoltre la debolezza degli apparati tecnici nell'interpretare la legislazione esistente, scarsamente attuata, e nell'elaborare una normativa d'attuazione coerente e organica. Inoltre, ancora irrisolta appare la tensione tra la legge delega di cui si discute e la legge delega 227 del 2021 in materia di disabilità: il mancato coordinamento dei rispettivi procedimenti legislativi è particolarmente visibile nell'assenza di meccanismi di coordinamento istituzionale tra i due settori per garantire la continuità degli interventi in favore della persona anziana non autosufficiente con disabilità pregresse¹²⁹. Non meno problematico è il rapporto tra l'attuazione della legge delega e la riforma della sanità territoriale, specie in relazione al potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADD)¹³⁰: necessario è infatti il coordinamento delle norme d'attuazione con la legge statale sulla condizione giuridica del caregiver familiare in discussione¹³¹. Venendo ora all'analisi del percorso attuativo dell'intervento statale, come denunciato da alcuni osservatori, la prospettiva di una compiuta attuazione delle disposizioni della legge delega appare disseminata di ostacoli¹³². A una prima valutazione, infatti, il decreto legislativo recentemente entrato in vigore presenta numerose criticità¹³³. In particolare, nell'esercizio del potere legislativo delegato, l'esecutivo sembra aver operato un'interpretazione

¹²⁸Tale concezione competitiva tra settore sanitario e quello sociale che appare particolarmente radicata all'interno della stessa dottrina giuridica: A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una pericolosa risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, *op.cit.* e, nella stessa direzione: G.M. FLICK, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA e il pericolo dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2, 2023, pp. 244-254.

¹²⁹Con toni critici sull'artificialità della separazione tra disabilità e non autosufficienza: C. PIZZO, *Disabilità, anzianità e "non autosufficienza". Problematizzazione di un campo e il nuovo Welfare nel PNRR*, in *Cartografie sociali. Rivista semestrale di sociologia e scienze umane*, 13, 2022, pp. 61-82, pp. 78-80. La questione del mancato coordinamento con la riforma in materia di disabilità è affrontata dalla Federazione Italiana per il superamento dell'handicap (FISH), nella Memoria presentata nel giugno 2023 al Tavolo di ascolto sui procedimenti attuativi e sulle specifiche tematiche connesse alla legge 33 del 2023 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, a pp. 1-18.

¹³⁰Se la legge delega dispone l'integrazione tra ADI e SAD, il DM 77/22 prevede invece la sola estensione dell'offerta dell'ADI per il raggiungimento della presa in carico del 10% della popolazione anziana entro il 2026.

¹³¹A questo riguardo si rinvia a S. ORRÙ, *La cura e l'assistenza all'anziano non autosufficiente da parte del caregiver familiare tra diritti fondamentali e effettività di tutela*, in P. CORRIAS, E. PIRAS (a cura di), *I soggetti vulnerabili nell'economia, nel diritto e nelle istituzioni*, Napoli, Edizione Scientifiche Italiane, pp. 73-94, pp. 84-93.

¹³²Si vedano a questo riguardo le considerazioni critiche recentemente espresse da F. Cembrani, T. Vecchiato, D. De LEO, M. TRABUCCHI, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, fascicolo 1/2024 di questa *Rivista*.

¹³³Il decreto è entrato in vigore nonostante la mancata intesa della Conferenza Unificata e il condizionamento del parere positivo delle Camere alla modifica di talune disposizioni.

restrittiva del ruolo dello SNAA: nonostante la sua centralità nel disegno riformatore, nel decreto è prevista la sola funzione di programmazione, che risulta inoltre privata del necessario carattere dell'integrazione in virtù del ruolo preminente del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali¹³⁴. Contraria alla ratio fondante la relativa disposizione di delega, questa riduzione del raggio d'azione dello strumento di coordinamento istituzionale scelto dal legislatore statale rischia di attribuire il problema dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti al solo ambito d'intervento del sistema di welfare sociale e, marginalizzando il fondamentale ruolo della sanità, condanna il Sistema ad avere uno scarso impatto sulla realtà¹³⁵. Contraria agli obiettivi del legislatore statale appare anche la configurazione della natura e le caratteristiche della misura alternativa all'indennità di accompagnamento. Nel decreto, infatti, la nuova prestazione consiste meramente in una quota monetaria aggiuntiva per l'acquisto dei servizi in favore della popolazione ultraottantenne, con bisogno assistenziale gravissimo e con un reddito inferiore ai 6.000: si assiste, dunque, a un sostanziale ribaltamento della sua natura universale e all'inattuazione tanto del requisito del bisogno assistenziale quanto del principio della libertà di scelta¹³⁶. Altrettanto grave è la residualità delle disposizioni in materia di servizi domiciliari e residenziali: la trasformazione dei modelli di intervento secondo i principi indicati dalla legge delega appare infatti sostanzialmente rinviata¹³⁷. In ultima analisi, l'operato dell'esecutivo sembra muoversi nella direzione di un sostanziale ridimensionamento della portata innovativa della legge e, riscrivendo o lasciando inattuati numerosi principi e criteri direttivi, si espone ad ipotesi di eccesso di delega.

8. Conclusioni

Lungo le pagine di questo scritto si è inteso tracciare i principali elementi del dibattito in corso intorno al problema dell'assistenza continuativa ed integrata per le persone anziane non autosufficienti e, inquadrato il caso italiano nello scenario europeo e comparato, ricostruire le ragioni e le fasi dell'evoluzione inerziale delle misure, degli interventi e dei servizi pubblici per la non autosufficienza. A valle di tali considerazioni politico-istituzionali e storico-giuridiche, si è proposta una disamina critica della gestazione e del contenuto

¹³⁴ Il riferimento è all'art. 21 del decreto, specie nella parte in cui prevede che l'adozione da parte del CIPA del Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana sia attuata dalla Rete per la protezione e inclusione sociale, presieduta dal Ministero delle Politiche Sociali, secondo le modalità previste dall'art. 21, commi 6 e 7 del d.lgs n. 147 del 2017.

¹³⁵ Sui rischi per l'attuazione dell'intero disegno riformatore derivanti dal depotenziamento dello SNAA: C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Politiche Sociali*, fascicolo 3, 2023, pp. 511-516.

¹³⁶ Il riferimento è all'art. 35 del decreto.

¹³⁷ Il riferimento è agli artt. 29, 30 e 32 del decreto, rispettivamente in materia di servizi domiciliari e servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali e sociosanitari.

della legge delega in chiave giuspubblicistica con l'obiettivo ultimo di esaminare sulle prospettive dell'attuazione della legge delega 33 del 2023 e le criticità emergenti nell'attuale momento della storia costituzionale. Il fulcro della domanda di ricerca, cui l'analisi ha fornito alcune risposte preliminari, è il problema dell'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti.

A partire dall'esame iniziale dei profili definatori e metodologici, si è ribadita la natura necessariamente dinamica e aperta della trattazione e si è indicato che il problema necessita di essere rivalutato alla luce delle disposizioni attuative della delega. Sin dal principio, dunque, lo scritto ha inteso offrire elementi per condurre prime valutazioni critiche intorno all'intervento statale in questione, nella consapevolezza che non è ancora giunto il tempo per un bilancio complessivo delle sorti della riforma italiana della non autosufficienza. Pare tuttavia evidente che la legge delega 33 del 2023 attraversa oggi una fase di sostanziale depotenziamento, tanto sul versante dei finanziamenti nella legge di bilancio per il 2024, quanto sul versante della traduzione in disposizioni attuative nel decreto unico di recente approvazione. Come spesso accaduto in passato, si scorge il rischio dell'inattuazione permanente delle scelte riformatrici. Con ogni probabilità, l'intervento statale è destinato ad attraversare un percorso di attuazione progressiva, durante il quale sarà cruciale il mantenimento dell'impegno politico di attuarne il contenuto anche ricorrendo alle fonti secondarie del diritto. Può allora essere riproposto il seguente interrogativo finale, provocatoriamente sollevato nelle prime pagine della trattazione: è in atto la configurazione di un nuovo diritto sociale fondamentale degli anziani all'assistenza continuativa e integrata? L'attuale evoluzione della non autosufficienza come area autonoma del sistema di welfare consiglia di sospendere il giudizio e, allo stesso tempo, conferma l'apertura di un nuovo orizzonte di ricerca per la scienza giuspubblicistica. In conclusione, se, quando e in che modo l'attuazione della legge dello Stato, che è legge di attuazione dei principi costituzionali personalista, solidarista, pluralista e di uguaglianza sostanziale, condurrà alla traduzione di questa rinnovata istanza sociale in un nuovo diritto sociale fondamentale, è ancora un interrogativo aperto.

