



AUDIZIONE

Audizione

Schema d.lgs recante politiche in favore delle persone anziane (A.G. 121)

L'Alleanza delle Cooperative Italiane è il coordinamento nazionale costituito dalle Associazioni più rappresentative della cooperazione italiana (AGCI, Confcooperative, Legacoop).

Con 39.500 imprese associate rappresenta oltre il 90% del mondo cooperativo italiano per persone occupate (1.150.000), per fatturato realizzato (150 miliardi di euro) e per soci (oltre 12 milioni).

Premessa

L'importanza di una Riforma specificamente rivolta alla popolazione anziana, in linea con quanto già sviluppato in altri Paesi Europei, è significativa, specialmente alla luce delle tendenze demografiche che influenzano l'Italia.

Da una parte la composizione della popolazione è destinata ulteriormente a modificarsi; al riguardo, infatti, l'attuale **tasso di fertilità a 1,24 figli per donna**, è molto lontano da quel 2,1 che consentirebbe di mantenere l'equilibrio demografico. Si conferma il trend di un progressivo decremento della popolazione a fronte dell'incremento dell'età media della stessa pari nel 2023 a 46,3 anni (**10 anni di età media rispetto al 2000**).

Ciò ovviamente si tradurrà in un peso crescente della popolazione anziana su quella totale, che dovrà fare i conti con una condizione di maggiore "fragilità sociale": basti pensare che già oggi **1/3** degli Italiani vive da solo e che **2 milioni** di anziani si trovano in condizioni di isolamento.

E' indispensabile quindi da un lato un approccio preventivo e una serie di politiche attive per mantenere in buona salute e prevenire forme di isolamento sociale della popolazione anziana; dall'altro, poiché aumenterà anche l'incidenza degli anziani con condizioni di salute fragili (il numero di anziani non autosufficienti, attualmente quasi 3,9 milioni, arriverà a quota 4,4 milioni nel 2023 e si stima che, nel 2050, su una popolazione di **54,4 milioni di persone** (proiezione ISTAT) **1 Italiano su 10 sarà non autosufficiente**), vi è la necessità di potenziare con tempestività le filiere istituzionali preposte all'assistenza di questi soggetti in una chiave di integrazione multidisciplinare ed intersettoriale.

Al riguardo la Legge 33/2023 ha avuto l'importante e fondamentale ruolo di tradurre in un atto normativo di rango primario **l'approccio olistico necessario allo sviluppo delle politiche di assistenza per gli anziani ed in particolare per quelli non autosufficienti**.

Conseguentemente il D.Lgs. in esame, che ha provveduto a sistematizzare l'ampiezza delle misure ed a chiarire taluni passaggi della Legge Delega essenziali alla sua applicazione, va esaminato oggi per la sua natura di provvedimento che si potrebbe definire di pianificazione e programmazione, rinviando per la sua applicazione ad una serie di decreti attuativi successivi.

In questo senso è essenziale che i Ministeri competenti varino tali provvedimenti attuativi con tempestività e che consultino stabilmente gli stakeholder coinvolti, con particolare riferimento alle rappresentanze della cooperazione e del Terzo Settore.

Da oltre tre decenni, in Italia, infatti, la cooperazione, in particolare quella sociale e sanitaria, gioca un ruolo chiave nel collegare l'amministrazione pubblica con i cittadini, offrendo servizi di welfare ed assistendo quotidianamente nei diversi presidi sul territorio persone fragili e vulnerabili, inclusi gli anziani.

Nel merito sintetizziamo a seguire i passaggi nell'articolato che interessano gli ambiti sanitari, sociali, sociosanitari e le proposte di miglioramento che intendiamo portare all'attenzione della Commissione.

L'iter di attuazione dello schema di decreto legislativo

È importante accelerare e semplificare l'iter di attuazione di questa riforma che il nostro Paese attende da anni. Dopo i pareri delle Commissioni parlamentari e l'approvazione definitiva del decreto legislativo, saranno da approvare molti decreti ministeriali e linee guida su vari aspetti della riforma, poi dovranno intervenire le regioni e gli enti locali. Quindi, prevedibilmente, entro il 2024 saranno emanati i decreti ministeriali e poi nel 2025 le regioni dovranno dare seguito all'applicazione anche attraverso leggi regionali e DGR considerato che molti aspetti sono di competenza esclusiva delle regioni.

Si propone, pertanto, di ridurre i termini per l'adozione o eliminare i decreti ministeriali su una serie di aspetti di **competenza esclusiva delle regioni**, prevedendo all'interno dello stesso decreto le

indicazioni necessarie all'attuazione (artt. 4, 12, 13, 15 e 16) e ridurre i termini degli altri. In particolare, potrebbero essere espunti i decreti ministeriali di cui alle misure per l'invecchiamento attivo, essendo già peraltro previsto il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità delle persone anziane. La proposta favorirebbe, inoltre, l'utilizzo tempestivo delle risorse di alcune misure previste dal PNRR in relazione alle Misure 5 e 6.

Finanziamento e competenze

Le misure previste dallo schema di decreto sono sostanzialmente finanziate a legislazione vigente. Le risorse disponibili previste dal PNRR Missione 5 C2 (complessivamente 500 milioni sino al 2026 di cui 300 milioni per l'invecchiamento attivo e la riorganizzazione delle strutture residenziali ed il cohousing), dal PNRR Missione 6 (la telemedicina, l'assistenza domiciliare integrata), e per il cohousing i fondi UE 2021-2027 sono sicuramente importanti; **tuttavia evidenziamo che le risorse delle Missioni 5 e 6 sono già in gran parte assegnate**, pertanto, con la Riforma a regime i residui di queste risorse basteranno forse solo per un anno o due al massimo. Preme evidenziare da questo punto di vista che a fronte dei fondi nazionali previsti **rimasti invariati** (in particolare il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e il Fondo per la Non Autosufficienza) e delle azioni previste dallo schema di decreto legislativo in oggetto, bisogna tener conto anche dei rinnovi dei CCNL di settore. Nello specifico, **il recente rinnovo del CCNL delle cooperative sociali siglato il 26 gennaio scorso che comporta un aumento delle retribuzioni di oltre il 12% nel prossimo biennio**, per un verso a causa di un'inflazione rilevante che ha di fatto ridotto il potere acquisto dei dipendenti, e, per un altro, per valorizzare l'apporto qualificato degli operatori sociali e sociosanitari, dovrà necessariamente essere preso in considerazione dalla rete istituzionale. Chiediamo pertanto alla Commissione che si faccia promotrice di iniziative parlamentari che consentano di coprire tali costi.

Coinvolgimento delle parti sociali e del terzo settore

Lo schema di decreto legislativo prevede meccanismi di coinvolgimento delle parti sociali e del terzo settore. Si ritiene che sia importante promuovere maggiormente il coinvolgimento delle parti sociali e delle organizzazioni del terzo settore nelle azioni del CIPA definendo meglio le modalità di questo coinvolgimento sia a livello nazionale che per i livelli territoriali. **Oltre al coinvolgimento poi è indispensabile il riconoscimento dei servizi erogati dalle organizzazioni dell'economia sociale come parte essenziale del sistema nazionale.**

Proponiamo quindi che si preveda che il CIPA consulti le parti sociali e gli organismi rappresentativi del Terzo settore periodicamente e, comunque, almeno una volta l'anno nonché in occasione dell'adozione dei Piani di cui al comma 3, lettera a) della Legge Delega 33 del 2023. Al fine di formulare analisi e proposte per la definizione dei medesimi Piani e delle attività di cui alle lettere b) e c), **il CIPA può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione dei soggetti citati.**

All'art. 25 andrebbe poi previsto che a tutti i livelli di governance del sistema sia obbligatoria la partecipazione ed il coinvolgimento delle parti sociali e del terzo settore.

Sanità preventiva e telemedicina (art. 9)

Per consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio il decreto prevede l'offerta, **mediante l'impiego di interventi assistenziali domiciliari e di strumenti di telemedicina**, di servizi di sanità preventiva. Si tratta di azioni di prevenzione terziaria, finalizzate alla gestione di patologie pregresse e alla prevenzione delle complicanze in quanto rivolte prioritariamente agli over 80 con cronicità.

Si tratta di una previsione che apre all'adozione di modelli innovativi, sia sul piano organizzativo che su quello tecnologico, in quanto tali interventi di sanità preventiva domiciliare e di telemedicina

potranno essere erogati sia dalle strutture pubbliche sia **da soggetti accreditati che operano nelle filiere della salute di prossimità che tramite la rete delle farmacie territoriali.**

Il testo rimanda ad un successivo Decreto del Ministero della Salute che dovrà disciplinare le sperimentazione di telemedicina e le modalità di erogazione delle prestazioni preventive; **si auspica pertanto che detto decreto valorizzi concretamente forme di collaborazione stabile tra pubblico e privato non profit e sostenga progettualità ed esperienze di rete con il coinvolgimento anche delle farmacie, secondo una logica di “farmacia dei servizi” già esistenti sul territorio, in grado di integrare la parte assistenziale con quella tecnologica in quanto strettamente interrelate.**

Per quanto attiene le disposizioni di cui al Capo I del Titolo II dello schema di Decreto Legislativo (artt. 21-33), volte a dare attuazione ai principi ed ai criteri direttivi di cui all’articolo 4 della Legge 33/2023 per il riordino, la semplificazione ed il coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti, in **generale si ritiene che il decreto in oggetto non mantenga fede alle premesse positive della Legge Delega.** Da un lato perché l’operatività dovrà passare da ulteriori atti normativi che porteranno inevitabilmente a un rallentamento della “messa a terra” della riforma; **dall’altro perché (art.21) lo SNAA, a differenza di quanto previsto nella Legge Delega 33/2023, viene circoscritto alle sole misure sociali, affidando l’integrazione con il socio sanitario a generici “accordi di collaborazione/protocolli organizzativi” tra ATS e ASL/Distretti.**

Definizione articolazione multilivello del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Art.21)

La norma, conformandosi all’articolo 3, comma 2, lettera a) della Legge 33, istituisce un modello di governance del SNAA multilivello rigorosamente inter-istituzionale, strutturato sui poteri degli organismi dello Stato a livello centrale e decentrato che si auspica possano essere, il più possibile, ricomposti. Alle parti sociali, alle associazioni di settore e alle associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità si concede la sola consultazione (“sentite”) rispetto ad un atto programmatico che le investe in modo sostanziale. **Sarebbe opportuno che la cooperazione sociale, sanitaria e sociosanitaria, in quanto asse portante degli affidamenti esterni dei servizi e potente strumento della loro integrazione, potesse partecipare attivamente alla formazione dei due strumenti apportando contributi e proposte ed assumendo l’impegno della loro messa in opera.**

Rispetto all’attuazione dell’articolo 4 della Delega, **desta qualche perplessità quanto disposto dall’art. 40 del Decreto Legislativo, che circoscrive gli interventi alle persone anziane non autosufficienti con 70 e più anni.** Il tetto previsto dei 70 anni determina, oltre ad una riduzione della platea dello SNAA (non più quindi 3,8 milioni di anziani non autosufficienti), una parziale incoerenza con le definizioni contenute nel medesimo decreto (art.2), ed un disallineamento rispetto ai principali indicatori di servizi che considerano la popolazione over 65 come base di computo.

Molte previsioni contenute nello schema di decreto legislativo disciplinano servizi che sono regolati dall’**accreditamento** di cui al Decreto Legislativo 502/1992 e la legge delega all’art. 4, comma 2, lettera r), prevede infatti l’aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento. Con l’occasione e relativamente alla **valorizzazione dell’istituto dell’accreditamento** segnaliamo un grave problema interpretativo sorto, a seguito delle incertezze relative ad una norma introdotta con la legge sulla concorrenza (art. 15, legge 5 agosto 2022, n.118) che prevede che gli erogatori privati di servizi sociosanitari sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa

pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare.

Detti “criteri oggettivi di selezioni”, però finiscono in molti casi per essere interpretati erroneamente come procedure di gara ai sensi del Codice dei Contratti pubblici, quasi immaginando un sistema di gare tra accreditati, mentre occorrerebbe venga chiarito che “i criteri”, nell’ambito delle procedure di trasparenza dovrebbero valorizzare esclusivamente “la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare”. Tra l’altro i meccanismi concorrenziali si dovrebbero espletare garantendo al cittadino il principio della libertà di scelta tra gli erogatori¹.

La specificità dei servizi sociosanitari, rivolti a determinate categorie di persone e svolte, in grandissima parte, da enti di Terzo settore, è evidente. **Attrarre anche tutto il settore sociosanitario nell’ambito della concorrenza senza introdurre processi, meccanismi, regole giuridiche e indicatori che vadano a contemperare e garantire i diritti soggettivi inviolabili e riconosciuti dall’ordinamento a più livelli per le persone che si trovano in alcune condizioni, rischia di produrre effetti contrari e indesiderati da questa importante riforma sulla non autosufficienza.** La continuità assistenziale, deve essere considerata bilanciandola con il principio di concorrenza; si rileva come nell’art. 15 della Legge 118/2021 e nel DM 19.12.2022, non si introducano elementi di distinzione tra aree di “bisogno”/“fragilità”/“condizione” che richiedono percorsi di presa in carico pluriennali come le persone in stato vegetativo e gli anziani non autosufficienti in particolare, ma anche per le persone con problemi di dipendenze o di salute mentale, per i minori con problemi neurologici o neuropsichiatrici, di autismo, etc....

Si propone, pertanto, di introdurre una specificazione per i servizi socio sanitari. Come previsto dalla Direttiva 24 del 2014 dell’UE all’art. 72 e dal Codice dei contratti pubblici (art. 128 comma 3 del d.lgs. 36/2023), occorre prevedere un sistema di valutazione basato anche sui seguenti criteri: l’accessibilità al servizio e ai percorsi di cura e di presa in carico, la continuità assistenziale, il diritto di libera scelta, la qualità dell’offerta e il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli utenti, come previsto per i servizi socio sanitari dalle regole comunitarie dell’UE.

Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali (Art. 26 e altri)

In riferimento all’articolo 26, ma più in generale ai meccanismi che nell’intero articolato del DLGS che regolano l’integrazione della componente sociale con quella sanitaria e sociosanitaria si vuole evidenziare come la norma si limiti a rimandare a generici “accordi di collaborazione organizzativi” tra ATS e ASL/Distretti. **Si ritiene pertanto, ai fini del successo della Riforma, che occorra definire in modo maggiormente compiuto, cogente e stringente le modalità di integrazione tra sociale, sociosanitario e sanitario al fine di un indirizzo unitario a livello nazionale che possa garantire uniformità e uguale esercizio dei diritti del cittadino.**

Osserviamo inoltre che tali accordi non possono non impattare sulle modalità di gestione dei servizi affidati a soggetti esterni in regime di accreditamento ed accordo contrattuale, i quali hanno pieno

¹ Esiste una giurisprudenza consolidata che pone gli istituti propri della 502/92 (Autorizzazione, Accreditamento, Accordo contrattuale) al di fuori dell’alveo dei contratti pubblici, nonché pareri dell’Anac sulla stessa linea. Il rischio, come sta avvenendo è di aprire innumerevoli contenziosi ma anche quello dell’incertezza normativa che impatta sia gli utenti che gli stessi erogatori. Inoltre, le modalità di attuazione della norma sono state dettate a livello nazionale dal Decreto Min. Salute 19 dicembre 2022, che tuttavia, a causa delle suddette difficoltà interpretative, ha richiesto una proroga al 31 marzo 2024 (ora ulteriormente spostata al 31.12.2024) per l’adeguamento delle Regioni su richiesta della Conferenza Stato-Regioni. Sottolineiamo, infine, che la norma per come è formulata va applicata a tutti gli accreditamenti/accordi contrattuali, quindi oltre ai servizi sociosanitari di cui al Capo IV dei Lea, anche a quelli resi dagli altri presidi accreditati (laboratori, cliniche, centri diagnostici etc).

titolo ad essere parti dell'accordo e non semplici destinatari dello stesso e che pertanto il testo venga emendato in questo senso.

Un'ipotesi potrebbe essere quella di promuovere ed incentivare l'azione di soggetti privati sussidiari in grado di gestire (es. attraverso forme consortili o contratti di rete) in modo integrato le due filiere ed i relativi interventi in coordinamento con le ATS e i distretti sociosanitari.

L'art. 21 sulla governance attraverso il Sistema Nazionale per le Persone Anziane e il Comitato interministeriale per la popolazione anziana (CIPA), il Piano nazionale e poi l'art. 26 sull'integrazione socio sanitaria e il 27 sulla Valutazione multidimensionale unificata non introducono innovazioni nel campo dell'integrazione socio sanitaria, fatto salvo il ruolo della Cabina di regia nazionale. Risultato importante, a patto che la stessa svolga un ruolo proattivo. È necessario rafforzare l'integrazione socio sanitaria all'interno degli interventi previsti nei Punti unici di accesso (PUA) localizzati nelle Case della comunità. **È fondamentale che, in primo luogo, vi sia coincidenza tra gli ambiti territoriali sociali (ATS) e i distretti sanitari, come prevede la Legge Delega n. 33 del 2023.**

È inoltre indispensabile che all'art. 27, comma 14 **si superi la definizione di ambito prevalente** prevedendo una regia e un'attuazione coordinata degli interventi dal PAI.

All'art. 21, comma 4, prevedere che la programmazione integrata dello SNAA comprenda anche le misure a titolarità delle organizzazioni dell'economia sociale e del terzo settore.

Valutazione multidimensionale unificata (Art.27)

Si valuta come importante e meritorio lo sforzo di disegnare un percorso di presa in carico omogeneo a livello nazionale per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente.

Resta da verificare se i PUA siano realmente all'altezza del compito, anche tenuto conto della loro dislocazione all'interno delle Case di Comunità. Si ricorda al riguardo che dovrebbero esserci a regime 1 Casa di Comunità ogni 40-50mila abitanti, per cui le CdC finiranno per accorpare diversi comuni, dato che in Italia l'85% dei Comuni stessi ha meno di 10.000 abitanti.

Inoltre, sebbene la Legge di Bilancio del 2022 preveda fondi per l'assunzione di personale sociale **per il loro funzionamento è importante che i PUA siano in grado di gestire le funzioni complesse che gli sono attribuite con tempestività ed efficacia.**

Su questo aspetto, tenuto conto che l'art. 27 al comma 5 prevede esplicitamente che *"I PUA sono organizzati [...] avvalendosi anche di equipe operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN"* **si propone di valorizzare il ruolo delle reti di professionisti (es. attraverso le forme aggregative della medicina generale) e dei soggetti accreditati** anche in termini di snellimento e di efficientamento che può consentire inoltre una maggiore prossimità al bisogno in relazione alla presenza diffusa che MMG e cooperazione sociale hanno sul territorio nazionale.

Quanto segnalato e proposto è importante che sia tenuto presente all'atto della emanazione del previsto Decreto del Ministero della Salute in materia di organizzazione dei PUA.

Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari (Art.29)

Lo schema di D.Lgs. sancisce purtroppo ancora una volta la separazione tra ADI e SAD: **si parla infatti di integrazione tra i servizi e non più di integrazione tra gli «istituti» come prevedeva la Legge 33/2023.** In questo senso il Decreto ministeriale cui è demandata la definizione delle *Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari (..)*, **si auspica che valorizzi, in un'ottica di innovazione, i soggetti accreditati (in coerenza con il comma 4 del medesimo articolo) in grado di organizzare e gestire in modo integrato gli interventi al fine di garantire un mix di prestazioni sociali e sociosanitarie in linea con gli standard europei (15-20 ore mese).** Sarebbe stato opportuno non rimandare ad un successivo decreto, recuperando appieno gli aspetti fortemente innovativi su questo tema contenuti nella Legge Delega 33 poiché l'integrazione fra servizi qui prevista non sarà sufficiente a superare la frammentazione delle risposte.

Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali e sociosanitari (Art.30 e 31)

La residenzialità rappresenta una risposta essenziale che però deve inserirsi in un sistema appropriato e flessibile all'evoluzione che c'è stata e che ci sarà ancor più in futuro della popolazione anziana. La ricomposizione del sistema di cura fra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari deve trovare risposta in un continuum di interventi in relazione alla evoluzione/cambiamento dei bisogni.

Positiva la previsione di una nuova forma di residenzialità attraverso l'abitare supportato che però non può essere sostitutiva, ma integrativa della filiera domicilio-residenza. In questo ambito la cooperazione sociale, come sistema integrato di offerta, ricopre già un ruolo significativo sul territorio avendo avviato da tempo risposte differenziate nell'ambito della residenzialità per anziani (cohousing, appartamenti protetti, Case Alloggio, etc..). Anche per questo è opportuno che nella redazione delle linee guida e del decreto (Capo IV art. 15,16,17) per definire le caratteristiche e i modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (cohousing intergenerazionale), nonché dei progetti pilota sperimentali si valorizzi l'apporto di esperienza della cooperazione sociale.

Si ritiene che sia innovativa la possibilità per le strutture residenziali di evolvere in Centri Residenziali Multiservizi (CRM) in una logica di maggiore apertura al territorio, ferma restando, come giustamente previsto dal Decreto, che ciascuna unità di offerta e di servizio mantenga il proprio sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale

Cure palliative e principio di continuità (art. 32 e 33)

Nello schema di decreto legislativo sono contenute **previsioni importanti e che salutiamo con favore** in merito alle misure per l'accesso alle cure palliative così come al rispetto del principio di continuità degli interventi per le persone con disabilità divenute anziane.

Prestazione universale (art. 34,35,36)

La Legge Delega 33 prevedeva una revisione dell'indennità di accompagnamento, che proprio per il suo essere sganciata dall'intensità del bisogno assistenziale e sbilanciata sull'erogazione monetaria senza vincoli di utilizzo era divenuta nel tempo il simbolo del cattivo impiego delle risorse pubbliche. L'idea contenuta nella Legge Delega 33 era di introdurre una misura che andava a tutti coloro che ne avevano bisogno, ma con importo graduato sull'intensità del bisogno assistenziale.

Il Decreto in esame invece introduce il principio della selettività nell'accesso: **una misura solo per gli anziani più poveri "che arriveranno primi nella domanda"**. Le domande per questa prestazione universale chiamata "assegno di assistenza" infatti verranno accolte fino al raggiungimento del tetto massimo di spesa previsto (500 milioni nel biennio sperimentale: significa che di questi 850 euro al mese che si aggiungono all'indennità di accompagnamento potranno beneficiare – per il momento per due anni – circa 25.000 anziani sugli 1,4 milioni che attualmente hanno l'accompagnamento.) Infine questa sperimentazione si affianca all'indennità di accompagnamento senza andare a toccarla, rinunciando così all'idea di rivederla e riformarla: al contrario di quel che prevedeva la delega.

Formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane (art. 37, 38)

Per quanto attiene le disposizioni di cui al Capo II del Titolo II dello schema di Decreto Legislativo in esame, volte a dare attuazione ai principi ed ai criteri direttivi di cui all'articolo 5 della Legge 33/2023 **si registra con apprensione come non sia stata prevista l'attuazione del comma 2, lettera b) punto 1 che prevede espressamente che il Governo definisse delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane, mediante: definizione di percorsi**

formativi idonei allo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti presso i servizi del territorio, a domicilio, nei centri semiresidenziali integrati e nei centri residenziali.

Si ribadisce, come già affermato in diverse sedi, che la carenza di figure professionali rappresenti una delle principali criticità al disegno di integrazione sociosanitaria, all'effettiva presa in carico della persona anziana, nonché al successo della Riforma stessa.

A tal fine si propone di rendere cogente, a livello nazionale, la formazione e l'implementazione dell'operatore sociosanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-FC) con apposito decreto che provvederà ad aggiornarne il profilo formativo di cui all'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003.

L'OSS-FC può, infatti, rafforzare la capacità di risposta del nostro sistema di welfare sul piano sociosanitario, **supportando l'azione degli altri professionisti sanitari**, ed in particolare dell'infermiere, regista del processo assistenziale, **garantendo quel contingente di personale essenziale** per l'operatività dei nuovi presidi e dei servizi di prossimità tracciati dal Decreto in esame.

In relazione al criterio di delega previsto all'art. 5 ed all'art. 37 dello schema di decreto, che prevede la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, volte a sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio per sostenere e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socio-assistenziali, si propone di precisare due aspetti anche in relazione all'art. 38 che prevede linee guida per standard formativi e registri regionali di assistenti familiari.

Per promuovere il miglioramento del livello qualitativo e quantitativo del lavoro di cura e la sua regolarizzazione, (nel quadro del riordino e la rimodulazione delle agevolazioni contributive e fiscali nonché nel quadro della riforma fiscale in discussione in Parlamento) si propone:

- di aumentare le agevolazioni per le famiglie per tutte le prestazioni acquistate da organizzazioni dell'economia sociale, valutando di prevedere un sistema di deducibilità, maggiore di quello attuale;
- consentire alle suddette organizzazioni dell'economia sociale di svolgere le attività necessarie per il coordinamento e la formazione degli assistenti familiari. Infatti, la legge di bilancio 2022 prevede tra i LEPS: la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti nonché il servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.

Tale previsione garantirebbe la garanzia di queste azioni.