

LEGGE 23 MARZO 2023, N. 33 “DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”: ANALISI, INQUADRAMENTO GENERALE E INDICAZIONI OPERATIVE

Premessa

Dopo diverse modifiche nei due rami del Parlamento, è stata approvata in via definitiva la [Legge 23 marzo 2023, n. 33 \(GU n.76 del 30-03-2023\)](#), che reca e disciplina alcune deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane¹.

In particolare, detto provvedimento riconosce il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e il principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente.

Si prevede, infatti, la realizzazione, in una sede unica, mediante i "Punti Unici di Accesso" (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "Progetto Assistenziale Individualizzato" (PAI), che indichi tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

L'obiettivo del processo di riforma è quello della realizzazione di un sistema che operi un raccordo e coordinamento tra il piano sanitario e quello sociale, al fine della progressiva implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane non autosufficienti e al fine della progressiva attuazione delle politiche di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità per gli anziani che non versano in condizioni di non autosufficienza. La legge delega e i successivi decreti legislativi costituiscono, quindi, la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono da tempo fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza un necessario coordinamento.

La legge delega nasce dalla necessità di definire nuovi criteri ed interventi assistenziali per la "terza età", per migliorare la qualità del sistema di assistenza alle persone anziane e anziane non autosufficienti e contribuire agli oneri gravanti sulle loro famiglie con emolumenti da rafforzare e riformare anche alla luce dei bisogni assistenziali, in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e di vita indipendente.

Si dà, così, avvio ad una riforma articolata e complessiva, al fine di dare attuazione ad alcune norme contenute nella legge di bilancio 2022 ([L. n. 234/2021](#), art. 1, commi 159-171) e, con specifico riferimento alla categoria delle persone anziane non autosufficienti, di realizzare uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture), che fissa al primo trimestre 2023 il traguardo per l'adozione della legge delega, e al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi delegati.

Ulteriori elementi di rilievo si rintracciano nella definizione di una specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale; la promozione di nuove forme di

¹ Per una più approfondita e completa disamina si veda [Senato Disegno di Legge 506.pdf](#).

coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione di interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD); il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*; la previsione d'intervento a favore dei *caregiver* familiari.

Analisi del testo normativo

La Legge in esame si compone complessivamente di 9 articoli, raggruppati in 3 Capi.

Il primo Capo si occupa dei principi generali della Legge e del sistema di coordinamento e programmazione interministeriale.

L'art. 1 reca le **definizioni** di fondamentale importanza per l'applicazione della legge stessa, ossia quelle di "*livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)*", "*ambiti territoriali sociali (ATS)*", "*punti unici di accesso (PUA)*", "*progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI)*", "*livelli essenziali di assistenza (LEA)*", "*caregiver familiari*", rimandando per ognuno alla normativa di riferimento.

L'art. 2 si occupa dell'individuazione dell'**oggetto, dei principi e dei criteri direttivi generali** della delega nonché dell'**istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana**. Più nello specifico, **il comma 1 individua l'oggetto della delega**, ossia la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, anche in attuazione delle Missioni 5, componente 2, e 6, componente 1, del PNRR, nonché attraverso il progressivo potenziamento delle relative azioni, nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi del successivo art. 8.

Quanto, poi, **ai principi e criteri direttivi generali**, cui il Governo dovrà attenersi nell'esercizio delle deleghe, **il comma 2**, individua:

a) promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni della loro autonomia;

b) promozione e valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie, per la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni, anche con il supporto del servizio civile universale, e per il miglioramento dell'organizzazione e della gestione di servizi pubblici a favore della collettività e delle comunità territoriali, anche nell'ottica del superamento dei divari territoriali;

c) promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere, mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del Terzo settore;

d) riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale, anche con il contributo del servizio civile

universale, e sociosanitaria statale e regionale, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge;

e) promozione della **valutazione multidimensionale bio-psico-sociale**² 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 e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare e sulla effettiva presa in carico del paziente anziano, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e delle facoltà assunzionali degli enti;

f) riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*;

g) promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano;

h) riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane **con pregresse condizioni di disabilità**, al fine di promuoverne l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità, anche con l'ausilio del servizio civile universale, **assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con il loro progetto individuale di vita e con i percorsi assistenziali già in atto**, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge in esame;

i) promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere bio-psico-sociale delle famiglie degli anziani fragili o non autosufficienti e di tutti coloro i quali sono impegnati nella loro cura, mediante un'allocazione più razionale ed efficace delle risorse disponibili a legislazione vigente;

l) rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti nell'ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, anche valorizzando dati ed evidenze generati dai cittadini, nonché dati risultanti da indagini, studi e ricerche condotti da enti del Terzo settore;

m) riqualificazione dei servizi di semiresidenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing*), nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega.

N.B.: i suddetti principi e criteri direttivi generali, insieme a quelli ulteriori previsti per le singole materie delegate sono già vigenti ed immanenti nel nostro ordinamento giuridico dall'entrata in vigore della presente Legge e, pertanto, permeano l'ordinamento stesso sin da subito e senza dover aspettare la successiva emanazione dei decreti attuativi³.

² Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Il modello bio-psico-sociale trova applicazione a discipline che vanno dalla medicina alla psicologia alla sociologia.

³ La legge delega non occupa, nella gerarchia delle fonti, una posizione diversa da quella di ogni altra legge (Corte Cost., sentenze nn. 364/1993 e 224/1990; ordinanza n. 225/1992). Sotto il profilo del contenuto, essa è un vero e proprio atto normativo, diretto a porre, con efficacia *erga omnes*, norme costitutive dell'ordinamento giuridico, che hanno la particolare struttura e l'efficacia proprie dei principi e dei criteri direttivi ma non cessano, per ciò solo, di possedere tutte le valenze tipiche delle norme legislative. Un duplice corollario deriva da tale ricostruzione (sentenza n. 224/1990): in linea di principio, la legge delega è autonomamente assoggettabile al sindacato di costituzionalità in riferimento non solo alla disciplina costituzionale che specificamente la riguarda (artt. 76 e 72, quarto comma, Cost.) ma anche a tutte le altre norme costituzionali sostanziali e competenziali; allo stesso tempo, le sue disposizioni concorrono a formare, quali norme interposte, il parametro di legittimità costituzionale dei decreti legislativi delegati. Infatti, in

Il successivo comma 3, istituisce, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il **Comitato interministeriale per la popolazione anziana (CIPA)**, con compiti di promozione, coordinamento e programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ed è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie e dell'economia e delle finanze o loro delegati. Ad esso partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno del Comitato.

In particolare, il CIPA è chiamato a:

- a) adottare, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, **sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità**, il “Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana” e il “Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”, **che andrà a sostituire, “per la parte inerente alla popolazione anziana”⁴, il Piano per la Non Autosufficienza.** Sulla base dei suddetti Piani nazionali, saranno poi adottati, i corrispondenti piani regionali e locali;
- b) promuovere l'armonizzazione dei LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti, e dei relativi obiettivi di servizio, con i LEA;
- c) promuovere l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi;
- d) monitorare l'attuazione dei Piani Nazionali di cui alla lettera a) e approvare annualmente una relazione sullo stato di attuazione degli stessi, recante l'indicazione delle azioni, delle misure e delle fonti di finanziamento adottate, che è trasmessa alle Camere, entro il 31 maggio di ogni anno, dal Presidente del Consiglio dei ministri o da un Ministro da questi delegato.

Con riferimento alle modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del CIPA, le stesse saranno determinate da un successivo DPCM che dovrà essere emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge delega (ossia entro il 29 giugno 2023).

Il Capo II riguarda, poi, nello specifico i decreti delegati che dovranno essere emanati dal Governo entro il 31 gennaio 2024 in materia di:

armonia con la rigidità della Costituzione, la legge di delega costituisce il presupposto costituzionalmente necessario che condiziona l'esercizio dei poteri delegati del Governo e delimita lo svolgimento della relativa funzione (Corte Costituzionale-Servizio Studi, *“La delega della funzione legislativa nella giurisprudenza costituzionale”*, a cura di Riccardo Nevola e Danilo Diaco, Ottobre 2018).

Basti pensare che parte della dottrina costituzionalista sostiene la tesi in forza della quale la legge delega, rimasta non attuata (ossia in difetto di successiva emanazione dei decreti delegati) sarebbe comunque efficace, stante il carattere sostanziale della legge delega stessa e la Corte Costituzionale ha, altresì riconosciuto in alcune ipotesi l'immediata e diretta impugnabilità di una legge delega. In tal senso, quindi, la legge delega verrebbe considerata sì come atto presupposto, ma anche distinto dal decreto legislativo attuativo della stessa.

⁴ Inciso introdotto dall'art. 1, comma 2, della legge 21 aprile 2023 n. 41 di conversione del D.L. n. 13/23 concernente disposizioni per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Nazionale degli investimenti complementari al PNRR (PNC), nonché per l'attuazione delle politiche di coesione e della politica agricola comune.

- promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità (art. 3);
- assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti (art. 4);
- politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti (art. 5).

Passando, poi, al Capo III (*Disposizioni finali*), vediamo come la legge in esame disciplini in primo luogo (art. 6), il **procedimento per l'adozione dei decreti legislativi** delegati, prevedendo, più specificamente che gli schemi dei decreti, previa intesa in sede di Conferenza unificata, dovranno essere trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi, poi, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

Il successivo art. 7 reca la **clausola di salvaguardia**, che sancisce l'applicabilità delle disposizioni (sia della Legge delega che dei decreti legislativi emanati in attuazione della stessa) nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

Le **disposizioni finanziarie**, con la specifica delle risorse individuate per attuare le misure previste nella Legge delega sono espressamente disciplinate nell'art. 8.

Mentre nel successivo art. 9 si dispone **sull'entrata in vigore del provvedimento**, fissandola al giorno successivo a quello della sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (quindi il 31 marzo 2023).

Decreti attuativi

Come anticipato, il Capo II della Legge in esame disciplina le materie in cui il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, uno o più decreti legislativi.

L'art. 3 sancisce che il Governo è delegato ad adottare, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno, delle infrastrutture e dei trasporti, per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per lo sport e i giovani, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca, dell'istruzione e del merito, del turismo e dell'economia e delle finanze, **uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità, anche con riferimento alla condizione di disabilità**. Si specifica, altresì, che nell'esercizio di tale delega, il Governo, è tenuto al rispetto, non solo dei principi e dei criteri direttivi generali indicati nel precedente art. 2, comma 2, ma anche di quelli ulteriori indicati di seguito:

- a) **con riguardo agli interventi per l'invecchiamento attivo e la promozione dell'autonomia delle persone anziane:**

- 1) promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro;
- 2) promozione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane;
- 3) promozione di interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega;
- 4) promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché in attività di sorveglianza, tutoraggio e cura delle altre fasce di età, svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie;
- 5) promozione di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro;
- 6) promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing intergenerazionale*), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi;
- 7) al fine di favorire l'autonomia nella gestione della propria vita e di garantire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni, promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane;
- 8) al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita, individuazione, promozione e attuazione di percorsi e di iniziative per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva e la relazione con animali di affezione;
- 9) promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento come attività che agevolano la ricerca di tranquillità fisiologica e mentale per il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale, come obiettivo ulteriore rispetto a quello della cura delle malattie ovvero delle infermità;

b) con riguardo agli interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni:

- 1) sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale;
- 2) promozione di programmi di cittadinanza attiva volti alla coesione tra le generazioni a favore della collettività e delle comunità territoriali, attraverso la partecipazione e con il

supporto del servizio civile universale;

3) promozione dell'incontro e della relazione fra generazioni lontane, valorizzando per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, le esperienze significative di volontariato, maturate in ambito extrascolastico sia presso le strutture residenziali o semiresidenziali sia a domicilio, all'interno del curriculum dello studente anche ai fini del riconoscimento di crediti scolastici; per gli studenti universitari, le attività svolte in convenzione tra le università e le strutture residenziali o semiresidenziali o a domicilio anche ai fini del riconoscimento di crediti formativi universitari;

c) con riguardo agli interventi per la prevenzione della fragilità, in coerenza con la disciplina prevista in materia da altri strumenti di regolamentazione:

- 1) offerta progressiva della possibilità, per la persona anziana affetta da una o più patologie croniche suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia, di accedere a una valutazione multidimensionale, incentrata su linee guida nazionali, delle sue capacità e dei suoi bisogni di natura bio-psico-sociale, sanitaria e sociosanitaria, da effettuare nell'ambito dei PUA da parte di equipe multidisciplinari, sulla base della segnalazione dei medici di medicina generale, della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ATS, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega;
- 2) all'esito della valutazione, svolgimento presso il PUA dell'attività di *screening* per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza della persona e per i necessari orientamento e supporto informativo ai fini dell'accesso al *continuum* di servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale.

Il successivo art. 4 prevede che il Governo è delegato ad adottare, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno, delle infrastrutture e dei trasporti, per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per lo sport e i giovani, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca, dell'istruzione e del merito e dell'economia e delle finanze, **uno o più decreti legislativi finalizzati a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili, nonché finalizzati a potenziare progressivamente le relative azioni, in attuazione della Missione 5, componente 2, riforma 2, del PNRR⁵.**

Anche qui il legislatore prevede ulteriori principi e criteri direttivi cui il Governo dovrà attenersi, tra i quali vediamo anche delle importanti novità.

In primo luogo, si prevede che debba essere adottata una **definizione di popolazione anziana non autosufficiente** – al momento, infatti, non abbiamo una definizione normativa in tal senso – che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità progressa,

⁵ Per le persone anziane non autosufficienti, il PNRR prevede diverse misure, strettamente legate tra loro, sia per quanto riguarda il rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5 - Inclusione e Coesione), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata sul territorio (Missione 6 - Salute). In particolare, la riforma 2 mira a riformare i servizi sociali e migliorare le condizioni di vita degli anziani non autosufficienti. Tale riforma deve comprendere: I) la semplificazione dell'accesso ai servizi da parte degli anziani mediante la creazione di punti unici di accesso ai servizi sociali e sanitari; II) l'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale; III) la messa a disposizione di una valutazione multidimensionale; e IV) la definizione di progetti individualizzati che promuovano la deistituzionalizzazione.

considerate anche le indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità⁶ e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari, in coerenza con quanto previsto dall'art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea⁷.

Si richiede, poi, che si definisca il **Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)**, come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, di Stato, regioni e comuni, che mantengono le titolarità esistenti; nonché la previsione che lo SNAA programmi in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze:

- 1) a livello centrale, il CIPA;
- 2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;
- 3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.

Altro punto di fondamentale importanza è quello relativo alla **individuazione dei LEPS**.

Ricordiamo che quando parliamo di LEPS (Livelli essenziali delle Prestazioni Sociali) ci riferiamo agli interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (art. 1, comma 159 L. 234/21).

Dai LEPS distinguiamo la categoria più generale dei LEP, che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni (cioè tutte le tipologie di prestazioni ad es. in ambito culturale, educativo, ambientale ecc.) che, essendo connessi a diritti civili e sociali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Dopo la riforma costituzionale del 2001, sono previsti all'art. 117 lett. m) Cost., che assegna allo Stato il compito di definirli.

⁶ Il 22 maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha approvato una definizione della condizione di disabilità e delle sue diverse forme attraverso l'*International classification of functioning, disability and health* (l'ICF), uno strumento unitario di classificazione che analizza e descrive la disabilità come una esperienza umana che tutti possono sperimentare nel corso della vita. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato i rappresentanti dei governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto il proprio contributo attraverso una rete collaborativa informale denominata *Disability Italian Network* (DIN), costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia. L'ICF revisiona la *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) pubblicata dalla stessa OMS nel 1980, superandone la prospettiva organicistica a favore di una multidimensionale. **L'ICF rappresenta un tentativo di fornire un linguaggio unificato e standard e, al contempo, un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. È una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che le disabilità possono causare nel contesto socio-culturale di riferimento.** L'ICF suggerisce, infatti, di tener conto delle componenti classificate (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali e fattori personali) per una valutazione ed un accertamento delle disabilità che ponga al centro la persona, permettendo di sintetizzare le informazioni raccolte dagli operatori dei diversi servizi e dalla famiglia nella prospettiva di costruire un progetto di vita completo e reale. L'ICF è in costante aggiornamento ad opera del *Classification and Statistics Committee* (CSAC) dell'OMS.

⁷ Articolo 25 "Diritti degli anziani. L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale".

Secondo quanto previsto dall'art. 4 della Legge delega, i LEPS dovranno essere individuati in un'ottica di integrazione con i LEA (i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria previsti dall'art. 1, comma 10, del D. Lgs. n. 502 del 1992 e di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017) e assicurando il raccordo con quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lettera h), numero 2), della legge 22 dicembre 2021, n. 227⁸, nonché con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 791 a 798, della legge 29 dicembre 2022, n. 197⁹;

Si prevede, altresì, l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati nonché di un **correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio¹⁰ o LEP**, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA.

Tra i principi e criteri direttivi cui il Governo dovrà attenersi, vediamo, ancora il coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale, tenuto conto delle indicazioni fornite da enti e società che valorizzano la collaborazione e l'integrazione delle figure professionali in rete; la promozione su tutto il territorio nazionale, sulla base delle disposizioni regionali concernenti l'articolazione delle aree territoriali di riferimento, di un omogeneo sviluppo degli ATS, ai fini dell'esercizio delle funzioni di competenza degli enti territoriali e della piena realizzazione dei LEPS, garantendo che questi costituiscano la sede operativa dei servizi sociali degli enti locali del territorio per lo svolgimento omogeneo sul territorio stesso di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS nonché per la gestione professionale di servizi integrati in collaborazione con i servizi sociosanitari; ferme restando le prerogative e le attribuzioni

⁸ Si tratta della Legge delega in materia di disabilità, la quale nella disposizione citata ha previsto di definire, anche avvalendosi del supporto della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, *“le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, con riguardo alle prestazioni in favore delle persone con disabilità, con individuazione di una disciplina di carattere transitorio, nelle more della effettiva applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni, che sia volta a individuare e garantire obiettivi di servizio, promuovendo la collaborazione tra i soggetti pubblici e i privati, ivi compresi gli enti operanti nel Terzo settore”*.

⁹ L'art. 1, commi 791-798, della legge di bilancio 2023 (legge n. 197 del 2022) reca disposizioni in materia di accelerazione del processo di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), definendo questi ultimi come *“condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni”* alle Regioni nelle materie di legislazione concorrente e in ulteriori materie o ambiti di materie riferibili ai LEP individuati dalla Cabina di regia sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard (di cui all'art. 1, comma 29, della n. 208 del 20157). A questo fine, è istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, una Cabina di regia per la determinazione dei LEP, presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e costituita da Ministri competenti nelle materie chiamate in causa dai compiti e dalle funzioni della Cabina di regia, oltre che dai Presidenti della Conferenza delle regioni e delle province autonome, dell'UPI e dell'ANCI. Sono stabiliti, altresì, i compiti e gli obiettivi che la Cabina di regia è chiamata a conseguire, nonché le tempistiche di svolgimento delle attività ad essa affidate, le procedure di realizzazione di tali attività e le forme e modalità di interazione con le amministrazioni competenti nelle materie coinvolte e con la Commissione tecnica per i fabbisogni standard. Per l'ipotesi in cui la Cabina di regia non riesca a concludere le proprie attività nei termini stabiliti, l'articolo prevede, altresì, la nomina di un Commissario. Sono disciplinate, infine, le procedure di predisposizione e adozione degli schemi di DPCM volti alla determinazione dei LEP e dei costi e fabbisogni standard nelle materie suscettibili di devoluzione alle Regioni ad autonomia ordinaria, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

¹⁰ Ricordiamo che gli obiettivi di servizio si differenziano sensibilmente dai LEPS. Mentre, infatti, questi ultimi, rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale nel rispetto di quanto stabilito a livello centrale dallo Stato; gli obiettivi di servizio, indicano i livelli minimi che un Comune deve garantire nell'erogazione di un certo servizio sociale e rappresentano solo lo strumento che il legislatore ha scelto per perseguire un graduale avvicinamento ai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), che sono, invece, sanciti nella Costituzione. Pertanto, gli obiettivi di servizio rappresentano uno dei passi della procedura volta all'individuazione di un livello essenziale delle prestazioni.

delle amministrazioni competenti, promozione dell'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS, allo scopo di garantire l'effettiva integrazione operativa dei processi, dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza, secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234¹¹.

Si parla, poi, di semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e messa a disposizione di PUA, collocati presso le "Case della comunità"¹², orientati ad assicurare alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie il supporto informativo e amministrativo per l'accesso ai servizi dello SNAA e lo svolgimento delle attività di screening per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega, e in raccordo con quanto previsto nel regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311¹³, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR.

Una delle parti più rilevanti è sicuramente quella indicata alla lett. l) riguardante la **semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto**, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi. In particolare, si prevede che tali finalità debbano essere raggiunte mediante:

1) la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi, **destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), e 11 febbraio 1980, n. 18 (Legge in materia di indennità di**

¹¹ La richiamata disposizione della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) stabilisce che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) e la successiva definizione di progetti di assistenza individuale integrata (PAI). In particolare, si specifica che presso i PUA, che hanno la sede operativa nelle «Case della comunità», operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale della persona, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua, altresì, le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

¹² Secondo la definizione contenuta nell'allegato 2 del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (DM 23 maggio 2022, n. 77), la Casa della Comunità (CdC) è "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento".

¹³ Il riferimento è al Regolamento indicato nella nota precedente.

accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili), fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3), e lettera b), della legge 22 dicembre 2021, n. 227¹⁴;

2) lo svolgimento presso i PUA, secondo le previsioni dell'art. 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, da parte delle unità di valutazione multidimensionali (UVM) ivi operanti, della valutazione finalizzata a definire il PAI, redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata di cui al numero 1), con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver familiari coinvolti¹⁵ e, se nominato, dell'amministratore di sostegno o, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del Terzo settore;

3) la previsione del «Budget di cura e assistenza»¹⁶ quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

La successiva lett. m) si riferisce poi all'adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale riferite alle persone anziane non autosufficienti, ricomprese nei LEPS.

Poi, con riguardo alle prestazioni di assistenza domiciliare¹⁷, si dovrà procedere all'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ATS e del Servizio sanitario nazionale, nei limiti della capienza e della destinazione delle rispettive risorse, finalizzata, con un approccio di efficientamento e di maggior efficacia delle azioni, della normativa e delle risorse disponibili a legislazione vigente, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere

¹⁴ Ossia, fermi restando i principi e criteri direttivi in tema di separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e in tema di accertamento della disabilità e di revisione dei suoi processi valutativi di base.

¹⁵ Si ricorda che, a norma di quanto previsto dall'art. 1, comma 255, L. n. 205/2017, il caregiver familiare è "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (NDR connotazione di gravità), di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18".

¹⁶ Ci si riferisce al c.d. "budget di salute". In proposito, si ricorda che esso è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti le aree sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore. Diverse regioni hanno adottato il budget di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi socio-sanitari. Tale istituto è menzionato anche dall'art. 1 del D.L. 34/2020 (c.d. Decreto Rilancio), al comma 4-bis, quale strumento innovativo nell'ambito della sperimentazione ivi prevista di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria.

¹⁷ Sul punto, ricordiamo che la disciplina delle cure domiciliari può essere individuata dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017. In esso si prevedono cure domiciliari di livello base e tre distinti livelli di cure domiciliari integrate (denominate ADI). Si stabilisce, altresì, che le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Il SAD (legge n. 328 del 2000) è, invece, il servizio deputato, a livello locale, all'erogazione di assistenza domiciliare di tipo socioassistenziale alle persone anziane non autosufficienti, al fine di favorirne l'autonomia e sostenerne il nucleo familiare.

continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, anche progressivamente, entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale:

- 1) l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali e dai comuni;
- 2) la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sanitarie e sociosanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano, anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi;
- 3) l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate, come determinate sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;
- 4) l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogati a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite degli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, anche del Terzo settore, che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività individuate nell'ambito del PAI;
- 5) **il coinvolgimento degli enti del Terzo settore**, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega.

Con riferimento ai servizi di cure palliative¹⁸ si prevede: il diritto di accesso a detti servizi per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e aventi patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita; erogazione di servizi specialistici di cure palliative in tutti i luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti, quali il domicilio, la struttura ospedaliera, l'ambulatorio, l'hospice e i servizi residenziali; il diritto alla definizione della pianificazione condivisa delle cure, all'esito di un processo di comunicazione e informazione tra la persona anziana non autosufficiente e l'equipe di cura, mediante il quale il soggetto interessato, anche tramite suo fiduciario o chi lo rappresenta legalmente, esprime la propria autodeterminazione rispetto ai trattamenti cui desidera o non desidera essere sottoposto.

Le lett. p) e q) riguardano rispettivamente l'ambito dei servizi semiresidenziali – per cui si richiede la promozione dell'offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita, anche con il sostegno del servizio civile universale - e quello dei servizi residenziali, con previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, anche attraverso la rimodulazione della dotazione di personale, nell'ambito delle vigenti facoltà assunzionali, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, con strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti.

Altro punto di particolare importanza è quello che riguarda l'**aggiornamento e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento**, strutturale, organizzativo e di congruità del personale cui

¹⁸ Di cui, come specificato dalla lettera in esame, alla legge 15 marzo 2010, n. 38 (*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*), e agli articoli 23, 31 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi (nazionali, territoriali o aziendali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria) nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla legge delega, **dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore e del servizio civile universale, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari**, tenendo in considerazione anche la presenza di sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, finalizzati alla prevenzione e alla garanzia della sicurezza degli utenti, e per l'erogazione di terapie domiciliari o di servizi didiagnostica domiciliare in linea con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo (ai sensi dell'art. 15 della legge n. 118/22¹⁹) applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza. Acìò si dovrà procedere previa intesa in sede di Conferenza unificata, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione.

La lett. s) si concentra su quei principi e criteri direttivi cui il Governo dovrà attenersi **al fine di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana**.

In particolare, a tali persone dovrà essere garantito il diritto di accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, **con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità** nonché il diritto di accedere **su richiesta**, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, **senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale, attraverso la redazione del PAI che integra il progetto individuale previsto dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227**.

In forza del successivo art. 5, si delega il Governo ad adottare, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, per gli affari regionali e le autonomie, dell'università e della ricerca, dell'istruzione e del merito e dell'economia e delle finanze, **uno o più decreti legislativi finalizzati ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti**.

A tal fine, il Governo – così come abbiamo già visto agli articoli precedenti – oltre ai principi stabiliti all'art. 2, comma 2, dovrà attenersi a principi e criteri direttivi indicati in tale articolo.

Il primo ambito di riferimento è quello della **promozione del progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti**.

Si prevede, in particolare, l'introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti **che optino espressamente per essa** (prevedendo altresì la specifica disciplina per la

¹⁹ Detta norma dispone in ordine alla revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché al monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati.

reversibilità dell'opzione) di una **prestazione universale graduata** secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, all'indennità di accompagnamento e ai servizi socio-assistenziali domiciliari e di comunità rivolti alla non autosufficienza, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 8.

Si precisa, poi, che tale prestazione, quando fruita, **assorbe l'indennità di accompagnamento** (di cui all'art. 1 della legge n. 18/1980) e **le prestazioni erogate dai servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza degli anziani non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane (ulteriori prestazioni di cui all'art. 1, comma 164, della legge n. 234/2021²⁰).**

Si stabilisce, altresì, che, al fine di promuovere il miglioramento, anche in via progressiva, del livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro di cura e di assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti su tutto il territorio nazionale, 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 della persona non autosufficiente, per sostenere e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socio-assistenziali.

Il secondo ambito di riferimento è, poi, quello che riguarda la **definizione delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane**, mediante:

1) 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;

2) definizione degli standard formativi degli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio, al fine della qualificazione professionale e senza la previsione di requisiti di accesso per l'esercizio della professione stessa, mediante apposite linee guida nazionali da adottare con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che definiscano i contenuti delle competenze degli assistenti familiari e i riferimenti univoci per l'individuazione, la validazione e la certificazione delle competenze pregresse comunque acquisite, in linea con i livelli di inquadramento presenti nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativa;

3) identificazione, nel rispetto dei limiti di spesa di personale previsti dalla normativa vigente, dei fabbisogni regionali relativi alle professioni e ai professionisti afferenti al modello di salute bio-psicosociale occupati presso le organizzazioni pubbliche e private coinvolte nelle azioni previste dalla presente legge. Infine, al fine di sostenere il processo di progressivo ed equilibrato miglioramento delle condizioni di vita individuali dei **caregiver familiari**, comunque nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, deve essere prevista: la ricognizione e la ridefinizione della normativa di settore; la promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata; forme di

²⁰ Ricordiamo che il secondo periodo del comma 164 prevede che l'offerta di servizi possa essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

partecipazione delle rappresentanze dei caregiver familiari, nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

Rapporto con il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024

Alcuni dei principi, criteri direttivi, obiettivi ed elementi caratterizzanti della Legge delega, sono già, in parte, previsti all'interno del [il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza \(PNNA\) 2022-2024](#)²¹.

Ricordiamo che detto Piano costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) ed individua, nei limiti di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire, in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale.

Il PNNA è stato ufficialmente adottato con il DPCM 3 ottobre 2022 (GU n. 294 del 17 dicembre 2022), con cui è stato anche ripartito il Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024²².

Il Piano si è reso necessario in seguito al quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021 che delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le "Case della comunità" previste dal PNRR.

Si ricorda che in base delle indicazioni programmatiche del Piano Nazionale, le regioni sono state chiamate ad adottare un Piano regionale per la non autosufficienza, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del piano nazionale, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti.

La matrice di programmazione – così come enunciata nel Piano stesso – si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi, che riguardano:

1. LEPS di erogazione²³ riferiti ai contenuti del [comma 162 lettere a, b, c](#) e del [comma 164 della legge di Bilancio 234/2021](#).

²¹ Per una più approfondita disamina sull'argomento si consiglia la lettura dell'approfondimento elaborato sul tema dal Centro Studi Giuridici HandyLex, consultabile a questo link [qui](#).

²² Il Piano stanziava complessivamente oltre 2,6 miliardi di euro per il triennio. Nello specifico, le risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze, che ammontano a: 822 milioni di euro per il 2022; 865,3 milioni di euro per il 2023; 913,6 milioni di euro per il 2024.

²³ I LEPS di erogazione si sostanziano nei seguenti servizi:

- a) a.1 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo;
- a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;
- a.3 soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
- a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
- b) servizi sociali di sollievo, quali:
 - b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
 - b.2 un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

2. LEPS di processo²⁴ riferito ai contenuti del [comma 163 della legge di bilancio 234/2021](#).
3. azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del [comma 166 della legge di bilancio 234/2021](#), che riguardano il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali e lo sviluppo del sistema dei servizi;

e i due gruppi di destinatari (persone con non autosufficienza e persone con disabilità).

Secondo quanto previsto nel Piano sia i LEPS di erogazione che il LEPS di processo sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali. Essi, infatti, costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS.

Già da quanto finora detto nonché dalla più specifica e approfondita analisi condotta su entrambe le fonti normative, emerge chiaramente come diversi siano i punti di contatto tra le stesse, tali da far ritenere che, in qualche modo e per certi aspetti, il PNNA anticipi quanto previsto e ribadito nella Legge delega e, conseguentemente, ne attui alcuni aspetti anche prima dell'emanazione dei decreti attuativi.

In primo luogo, prendiamo in considerazione le fonti normative di riferimento.

Abbiamo già evidenziato come con la legge delega si sia dato avvio ad una riforma articolata e complessiva, al fine di dare attuazione all'art. 1, commi 159-171, della L. n. 234/2021 (legge di bilancio 2022) e, con specifico riferimento alla categoria delle persone anziane non autosufficienti, di realizzare uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture).

Nel PNNA leggiamo espressamente come lo stesso trova alcuni riferimenti fondamentali *“nelle due riforme legate alla Missione MSC2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021”*.

Infatti, è proprio il quadro di intervento già avviato dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021 che si pone come riferimento per le azioni del PNNA 2022-2024 nella transizione che va dalla programmazione precedente, che iniziava a basarsi sull'attuazione dei LEPS, alla condizione futura che vede la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni scaturito dalla pandemia Covid.

b.3 l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) servizi sociali di supporto, quali:

c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio;

c.2 l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

²⁴ Il LEPS di processo è teso a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato. Esso, secondo quanto previsto dal PNNA è dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità ed è costituito da macrofasi (accesso, prima valutazione; valutazione multidimensionale; elaborazione del piano assistenziale personalizzato; monitoraggio degli esiti di salute), le quali rappresentano un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

Il PNNA si pone anche nell'ottica di quel processo di attenzione che negli ultimi anni è sempre più crescente sul tema della non autosufficienza e dell'assistenza alle persone anziane.

D'altronde – come abbiamo visto sopra – è la stessa legge delega oggetto di analisi (art. 2, comma 3, lett. a) a prevedere espressamente che tra i compiti del CIPA vi è anche quello di adottare *“con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità il “Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana” e il **“Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”, che andrà a sostituire, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza”***.

E questa natura di “vettore del processo di transizione” del PNNA viene anticipata ed “autoproclamata” dallo stesso Piano. In esso leggiamo, infatti, che *“le principali riforme che influenzeranno l'attuazione operativa del presente Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, e che ne accentuano la necessaria ottica di transizione, sono quelle relative alla legge quadro sulla disabilità che si è sostanziata nella Legge 227 del 22 dicembre 2021 con la quale il Governo è stato delegato ad adottare, entro 20 mesi, uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, e quella sul Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, prevista entro giugno 2023”*.

Altro punto su cui possiamo soffermarci è quello che riguarda la platea dei destinatari, la quale risulta parzialmente in comune.

Abbiamo visto come la legge delega si rivolga alle persone anziane e alle persone anziane non autosufficienti (anche con pregressa disabilità).

Il PNNA individua nei propri destinatari le persone che, in virtù di specifiche condizioni di salute bio-psico-fisica, sociale e relazionale che rendono problematico il rapporto con i propri contesti di riferimento, richiedano interventi di supporto volti ad incrementare una propria competenza a riconoscere ed individuare risorse – informative, economiche, relazionali, abitative, etc., e criteri per lo sviluppo della propria salute, qualità di vita e di convivenza, anche in presenza di fabbisogni complessi di tipo sanitario, in virtù della presenza di specifiche patologie, condizioni invalidanti stabili o croniche che le espongano – a qualunque età ed in particolar modo in età avanzata – a rischio di marginalizzazione, o deterioramento della propria condizione di vita e convivenza.

Conseguentemente, il Piano individua fra i propri destinatari diretti:

- le persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima;
- persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave²⁵.

²⁵ Più nello specifico, dal combinato disposto tra quanto previsto nel Piano e quanto indicato nel Decreto di adozione dello stesso emergono molteplici destinatari. Infatti, il decreto di riparto prevede espressamente che le Regioni devono utilizzare le risorse loro assegnate in favore di:

1. persone con disabilità gravissima;
2. quelle individuate all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016;
3. persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;
4. persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

Nonché, così come espressamente previsto dal PNNA, delle persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale.

Lo stesso decreto prevede, altresì, che comunque occorre utilizzare tali risorse fino al soddisfacimento della platea di individuata all'art. 3 del DM 26 settembre 2016, ovvero persone in condizione di disabilità gravissima intendendo per tali le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, *ossia*:

Nell'ambito dell'analisi della legge delega, abbiamo visto, altresì, come un punto centrale sia quello della valutazione multidimensionale della persona anziana da svolgersi presso i PUA, che comporta la presa in carico unitaria della stessa ai fini dell'accertamento dei suoi bisogni sotto il profilo sanitario e socio-assistenziale, volta alla predisposizione del PAI.

Sul punto, possiamo evidenziare come proprio nel PNNA 2022-24, è espressamente prevista la valutazione multidimensionale presso i PUA e, proprio al fine del rafforzamento degli stessi, sono destinate risorse pari a 20 milioni per il 2022 e 50 milioni a decorrere dal 2023 per le assunzioni di figure professionali sociali (art. 5 DPCM 3 ottobre 2022).

Di rilievo, ancora, sono anche le azioni di coordinamento e di promozione individuate all'art. 4, comma 2, lett. f), g), h) della legge delega, attinenti ad un omogeneo sviluppo su tutto il territorio nazionale degli ambiti territoriali sociali (ATS) e all'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS. La natura di tali disposizioni rientra nell'ambito dell'azione di razionalizzazione del sistema unitamente alle lettere i) e l) che prevedono l'introduzione di misure di semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e messa a disposizione dei PUA.

La lettera l), nello specifico, tratta, come abbiamo sopra visto, della semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione delle persone anziane non autosufficienti, favorendo su tutto il

-
- a) *“mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'art. 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua;*
 - b) *invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate.*

o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'[allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013](#) e per i quali destinatari si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Il PNNA integra la platea dei destinatari specificando che le misure ed interventi sono destinati anche alle persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, per tali intendendosi le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

In ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.

territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un unico soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi. Tale valutazione è propedeutica all'accesso alle prestazioni e ai benefici previsti dalla normativa nazionale e dovrà essere realizzata presso i medesimi PUA, già individuati dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, quali sedi ove operare la valutazione multidimensionale propedeutica alla predisposizione di un piano di interventi personalizzato, costruito dall'équipe multidisciplinare per rispondere ai bisogni del singolo e individuare le prestazioni che possano rappresentare un'adeguata risposta alle sue esigenze.

La progressiva realizzazione di tali azioni è già oggetto del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022 - 2024²⁶.

Conseguentemente, non può che concludersi che dette attività, possano già trovare pienamente e concretamente attuazione allo stato, prima e a prescindere, dall'emanazione dei decreti attuativi e nelle more della futura adozione del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", volto a sostituire, per la parte inerente alla popolazione anziana, l'attuale Piano per la non autosufficienza.

Conclusioni

Alla luce di quanto fin qui detto è del tutto evidente, allora, come molti siano gli effetti che la legge delega produce.

In primo luogo, si tratta di una legge cui dovrà seguire una imponente e complessa opera di attuazione ad opera del Governo attraverso l'emanazione dei decreti delegati.

In secondo luogo, e prima e a prescindere da ciò comporta l'ingresso o la conferma nel nostro ordinamento giuridico di tutta una serie di principi e di criteri direttivi già immanenti in esso.

Infine, prende in considerazione alcuni aspetti che in qualche modo sono già stati (seppur in parte) "anticipati" dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e, conseguentemente, possono già trovare applicazione prima e a prescindere dall'emanazione dei decreti delegati.

Cronoprogramma

- ✓ **31 marzo 2023** → entrata in vigore della Legge;

- ✓ **entro il 29 giugno 2023 (entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge)** → adozione del DPCM con cui si determinano le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del CIPA (art. 2 comma 4);

²⁶ Per sostenere la progressiva attuazione del LEPS di Processo 'Percorso assistenziale integrato', nel Piano sono individuati degli obiettivi di servizio che gli ATS si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza del PNNA 2022-2024. In particolare, si prevedono:

- Obiettivi di Servizio 2022: Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

- Obiettivi di Servizio 2023: Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

- Obiettivi di Servizio 2024: Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Regolamento unico di ambito per i servizi sociosanitari. Protocolli per la costruzione delle reti di comunità. Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

- ✓ **entro il 31 gennaio 2024** → adozione decreti delegati;
- ✓ **entro 12 mesi dall'entrata in vigore di ciascuno dei decreti delegati** → il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

Indicazioni operative

- il CIPA, è chiamato ad adottare, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, **sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità** il “Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana” e il “Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”, **che andrà a sostituire il Piano per la non autosufficienza**. Sulla base dei suddetti Piani nazionali, **saranno poi adottati, i corrispondenti piani regionali e locali**.
- Dovrà essere adottata una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, tenuto anche conto delle indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.
- Dovrà essere adottata una definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, di Stato, regioni e comuni, che mantengono le titolarità esistenti.
- Lo SNAA dovrà programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, **con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore**, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze:
 - 1) a livello centrale, il CIPA;
 - 2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;
 - 3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.

- La valutazione multidimensionale unificata dovrà essere effettuata secondo criteri standardizzati e omogenei basati su **linee guida validate a livello nazionale**.
- La definizione degli standard formativi degli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio, al fine della qualificazione professionale e senza la previsione di requisiti di accesso per l'esercizio della professione stessa, dovrà essere effettuata mediante apposite **linee guida nazionali** da adottare con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che definiscano i contenuti delle competenze degli assistenti familiari e i riferimenti univoci per l'individuazione, la validazione e la certificazione delle competenze pregresse comunque acquisite, in linea con i livelli di inquadramento presenti nella contrattazione collettiva nazionale di lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico comparativamente più rappresentativa.