

**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza
fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36
In attività ininterrottamente dal 1970
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it



Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

Torino, 9 febbraio 2023

- al Presidente, ai Vicepresidenti e ai Parlamentari
della Commissione Affari sociali, sanità
SENATO della REPUBBLICA

**Oggetto: PROPOSTE DI EMENDAMENTO al DISEGNO DI LEGGE n. 506
“DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”**

Osservazioni di carattere generale

Il testo in oggetto intende proporre azioni di prevenzione dirette agli anziani autosufficienti e interventi a sostegno degli “anziani non autosufficienti”. Il nostro contributo si sofferma su questi ultimi.

*In primo luogo si avanza la richiesta che **sia esplicitata la loro condizione di “malati cronici”**, in quanto la non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. Precisazione dirimente per rientrare a pieno titolo nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea (dpcm 12 gennaio 2017, servizi e prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali).*

*Per gli anziani **malati cronici** non autosufficienti **la competenza primaria è della Sanità** e, quindi, della “Missione 6” per quanto concerne il PNRR. E’ il Servizio sanitario (Asl) che deve garantire la presa in carico e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di sua pertinenza (Lea) **a tutti** gli anziani **malati cronici** non autosufficienti e, quando necessario, assicurare coordinamento e collegamento (il continuum) con il settore delle Politiche sociali, ovvero l’accesso ai Leps previsti dalla “Missione 5”, per chi ha diritto alle prestazioni socio-assistenziali.*

Chiediamo che nel DDL n. 506 in oggetto, sia richiamata la normativa vigente:

- ***Legge 833/1978** e s.m.i. in base alla quale i servizi e le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei **Lea** sono diritti esigibili, con accesso universalistico, nel rispetto del diritto fondamentale alla tutela della salute sancito dall’articolo 32 della Costituzione;*
- ***Legge 328/2000** e Il «Fondo per le non autosufficienze (FNA)» (articolo 1, comma 1264 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296), in base alle quali i Leps sono interventi **aggiuntivi**, rivolti agli anziani **malati cronici** non autosufficienti che, ai sensi del 1° comma dell’articolo 38, Costituzione, hanno diritto di richiedere prestazioni socio-assistenziali (contributi, pasti a domicilio, aiuto domestico, ...) o sociali (abitazione a condizioni agevolate, attività socializzanti, aiuto alla mobilità,...) erogati dai Comuni, singoli o associati, nell’ambito delle risorse disponibili. Un interesse legittimo, ma non un diritto esigibile.*

Ciò premesso, ci rivolgiamo al Presidente, ai Vicepresidenti e ai Parlamentari della Commissione Affari sociali, sanità del Senato, affinché siano accolti gli **emendamenti** di seguito proposti, che hanno lo scopo di mantenere e, semmai, rafforzare i diritti già oggi esigibili in ambito sanitario e socio-sanitario, a carattere universalistico; laddove possibile, avviare un percorso per ottenere l'esigibilità – anche progressiva – dei Leps.

Ai Parlamentari della Commissione 10^a del Senato, a salvaguardia del carattere universalistico del Servizio sanitario nazionale e del diritto alle cure di tutti i malati, senza distinzione alcuna, come **primo emendamento di carattere generale**, chiediamo di **sostituire la definizione** “Anziani non autosufficienti” con “Anziani **malati cronici** non autosufficienti”, indispensabile per la loro collocazione in ambito sanitario, che assicura il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di cui necessitano ai sensi della legge 833/1978 e s.m.i.

PROPOSTE DI EMENDAMENTO con le relative motivazioni

[le proposte sono riportate anche più avanti, incardinate nel testo del DDL n. 506]

* Proposta n.1

Articolo 1.1., lettera e) “livelli essenziali di assistenza (LEA)

Viene inserito il richiamo alla normativa nazionale di riferimento dei Lea, coerentemente con quanto previsto alla lettera a) per i Leps.

* Proposta n.2

Art. 2.2. lettera d)

Si osserva che il previsto “diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure al proprio domicilio” **può essere condizionato** “entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge dalla programmazione integrata socio-assistenziale e socio-sanitaria statale e regionale” laddove le prestazioni siano dirette a persone anziane autosufficienti, che non necessitano di cure socio-sanitarie continuative. **Non è corretto** invece **prevedere limiti di risorse in presenza di anziani malati cronici** e/o persone con demenza o Alzheimer in condizioni di non autosufficienza irreversibile. In questi casi le prestazioni socio-sanitarie **devono essere garantite in quanto i Lea sono diritti esigibili**. Pertanto viene eliminato il riferimento alle prestazioni socio-sanitarie.

Al riguardo è intervenuta la Corte costituzionale con la sentenza 62/2020 precisando che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)» “Dal ché si ricava la conferma che nessuna esigenza di carattere finanziario può essere fatta valere a giustificazione della mancata attuazione dei Lea” (Francesco Pallante, vedi **Nota 1** al fondo).

* Proposta n. 3

Articolo 2.2., lettera e)

- In base alla normativa vigente l'accesso alle prestazioni sanitarie erogate ai sensi della legge 833/1978 è diretto e non prevede valutazione alcuna da parte di commissioni.

Il “paziente anziano” **anche** nel caso in cui rientri nella condizione di **malato cronico non autosufficiente**, ha diritto all’accesso ai percorsi sanitari senza filtri, se non quelli previsti per tutti i cittadini malati.

E’ quindi passibile di ricorso per discriminazione introdurre la valutazione per le prestazioni sanitarie dirette agli anziani **malati cronici** non autosufficienti; discriminazione tra malati, vietata dall’articolo 1 della sopra richiamata legge 833/1978.

Pertanto si chiede di sopprimere la valutazione riferita a bisogni sanitari, mentre si propone di inserire una modifica all’art. 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Lea) ai fini del riconoscimento di un contributo economico in ambito ADI.

- Per quanto riguarda gli interventi rientranti nei **Leps**, **vanno definite le caratteristiche degli utenti che avranno diritto** a richiederli già nel disegno di legge delega, come indirizzo del Parlamento al Governo.

Si osserva che l’utilizzo della locuzione **persona anziana “fragile”** lascia aperta ampia discrezionalità.

In merito al concetto di “fragile” si richiama il documento dell’Accademia di Medicina di Torino “La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte” (Vedi **Nota 2** al fondo) laddove precisa che: *“Con il termine di “anziano fragile” si è soliti intendere “un soggetto ultra65enne dipendente da altri nello svolgimento della attività della vita quotidiana (...) con difficoltà nel movimento autonomo , anche in assenza di gravi malattie (...) e che richiede continua assistenza medica (...); questi pazienti che richiedono cure differenziate, personalizzate e indifferibili sono spesso portatori di complesse problematiche psico-cognitive come depressione e demenza, e non di rado presentano anche bisogni sociali (es. povertà, solitudine, rete amicale / familiare carente o non idonea, perdita del coniuge e di sostegno)”*.

L’Accademia ricorda altresì che da tempo l’**Ordine dei Medici** della Provincia di Torino ha precisato che gli *«anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*.

Da quanto sopra si evince che **la fragilità è una definizione clinica** e pertanto è fondamentale che prioritariamente sia assicurata la presa in carico sanitaria, perché i **Leps sono prestazioni socio-assistenziali aggiuntive** a quelle specifiche di tutela della salute.

Si veda il **contributo/proposta del Prof. Maurizio Motta**, Università di Torino, sulle ragioni (e convenienza) per il Servizio sanitario nazionale dell’introduzione in ambito Lea di un contributo domiciliare a sostegno delle prestazioni indispensabili per assicurare le funzioni vitali ai malati cronici non autosufficienti al domicilio (Maurizio Motta - Vedi **Nota 3** al fondo)

Proposta n. 4

Articolo 2,2 lettera f)

È indispensabile richiamare la piena attuazione della **legge 38 in vigore dal 2010**, ma applicata a macchia di leopardo nel Paese e assente nelle Rsa anche dai Lea 2017.

Proposta n. 5

Articolo 4.2. lettera a)

L’articolo 1 della legge 833/1978 prevede, tra le altre cose, che il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»* sanitario nazionale. Pertanto vieta di considerare l’età anagrafica; motivo per cui va cancellata. Si inserisce una precisazione della condizione di “fragilità” e di funzioni vitali.

Nell’anziano malato cronico non autosufficiente **le funzioni vitali sono parte integrante della tutela della salute e non prestazioni di assistenza sociale**.

Nel documento “La non autosufficienza dell’anziano è un problema di salute” (V. Nota 4 al fondo) **le Società di geriatria piemontesi** precisano che *«non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un “paziente” e diventa un “problema socio-assistenziale”, a qualsiasi età. Tuttalpiù si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l’espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute.*

«Va considerato quindi che, in questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l’alimentazione compreso, se occorre, l’imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze.

*«Appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, in ambito sanitario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell’accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di **malattie croniche, per definizione inguaribili, ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale (...)**»*

Proposta n. 6

Articolo 4. 2., lettera b)

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), la cui non autosufficienza è determinata dall’aggravarsi delle malattie croniche irreversibili, **non deve avere competenza in materia sanitaria e socio-sanitaria.**

È l’articolo 32 della Costituzione che tutela il diritto fondamentale alla salute e, mediante la legge 833/1978 e i Lea sanitari e socio-sanitari, assicura i servizi e le prestazioni a tutti i malati, nessuno escluso.

Il Sistema nazionale assistenza anziani dovrà limitarsi alla programmazione delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i LEPS con riferimento alla “Missione 5”.

Il **Servizio sanitario** nazionale e regionale **dovranno garantire correttamente il collegamento e il coordinamento** con il settore dell’assistenza sociale così come previsto dall’articolo 1 della legge 833/1978, che stabilisce che *«nel Servizio sanitario è assicurato il collegamento e coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale, attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività».*

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non è un servizio, come quello sanitario e **non deve acquisire competenze** in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria.

Così come è previsto nel DDL risulta un sistema separato (un ghetto per gli inguaribili?) dove collocare tutti i malati cronici non autosufficienti? Oggi gli anziani, domani chiunque non “si impegni a guarire”?

Non è un caso che nel testo non sia associato il sostantivo “malato cronico” all’anziano non autosufficiente; per non riconoscere il loro “status” di malati - e i corrispondenti diritti – sono trattati come “casi sociali” con accesso alle prestazioni previa valutazione socio-economica (Isee), perché il settore di riferimento è quello delle politiche sociali (art. 38 Cost.) e non quello della Sanità di tutti i malati (articolo 32, Cost.).

Così come proposto **lo SNAA toglierebbe diritti esigibili agli anziani malati cronici non autosufficienti e finirebbe per sostenere la cultura dello scarto dei malati inguaribili** - che sono sempre curabili - e la cui competenza deve restare in capo al Servizio sanitario nazionale anche per le cure di Lungo termine (LTC) che sono LEA.

Non può essere il costituendo CIPA a decidere sulle esigenze indifferibili di cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati anziani non autosufficienti, comprese le persone con demenza o Alzheimer.

Non è accettabile la prospettiva di emarginazione (ageismo istituzionale?) in evidente violazione di principi contenuti negli articoli 1 e 2 della legge 833/1978.

Chiediamo alla 10^a Commissione del Senato della Repubblica di salvaguardare la tutela della salute degli anziani (anche per la prevenzione e le cure di lunga durata) nell'ambito della competenza del Servizio sanitario nazionale "anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione" (articolo 2, lettera F, Legge 833/1978).

Nel sopra citato documento i Geriatri piemontesi mettono in guardia dall'**ageismo istituzionale che discrimina gli anziani malati cronici non autosufficienti**. Al riguardo evidenziano che "Da questo punto di vista l'impiego di termini come «anziano con perdita di autonomia» o «anziano non autosufficiente» per il paziente anziano affetto da demenza rientra appieno nel concetto di «ageismo» (l'insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto sulla base dell'età anagrafica, cfr. Busca M. T., Nave E., Le parole della bioetica, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo, che viene definita «ageismo istituzionale», **quando si mettono in atto discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico**.

«Rientra inoltre nell'ageismo istituzionale anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce gli altri stakeholders a vedere nell'anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale» (V. Nota 4 al fondo).

Proposta n. 7

Art. 4.2. h) 1), 2)

Motivazione dell'emendamento. Questo punto è cruciale perché intacca il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento quale risarcimento per la perdita della condizione di non autosufficienza e la conseguente dipendenza per le funzioni vitali.

Si condivide la proposta di semplificare le procedure, ma sarebbe **irricevibile il trasferimento della competenza in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali**, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 cost. Dpcm 159/2013 e s.m.i. ISEE).

L'indennità di accompagnamento deve restare un diritto esigibile in base alle condizioni accertate ai sensi della legge 18/1980, nell'ambito della previdenza e pertanto non va modificata.

La nostra proposta prevede che l'indennità di accompagnamento sia considerata parte integrante del PAI e del budget di cura nel momento in cui l'anziano malato cronico non autosufficiente a seguito di patologie invalidanti o loro esiti chiederà una prestazione sociosanitaria LEA o una prestazione sociale o socio-assistenziale mediante la valutazione della competente commissione dell'Asl (collocata presso i PUA) che si collegherà con il Servizio sociale del Comune (presente nel PUA) per definire la prestazione Leps, nel caso l'interessato ne abbia diritto avendone i requisiti. Solo in questo caso vanno applicati i criteri socio economici per stabilire il diritto all'accesso.

Il personale Inps sarà funzionalmente integrato per l'accertamento dei requisiti ai fini dell'indennità di accompagnamento.

In tal modo verrà comunque assicurata la **prestazione universale graduata**, composta da Indennità di accompagnamento (Inps), prestazioni socio sanitarie Lea (SSN); prestazioni sociali e socio assistenziali (Leps) nel rispetto dell'articolo 1, legge 833/1978, e viene individuato l'ente titolare responsabile del percorso (l'asl) che deve garantire il coordinamento delle prestazioni a cui ha diritto l'anziano malato cronico non autosufficiente.

Si chiede alla Commissione parlamentare di indirizzare il Governo affinché siano **mantenuti i diritti oggi esigibili**, quale è l'indennità di accompagnamento, agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle

persone con demenza o malattia di Alzheimer, con la proposta di modificazione degli interventi in capo all'Asl.

Non si può proporre una riforma al ribasso, che verrebbe ad escludere almeno un milione di malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento, peraltro insufficiente come già motivato, a sostenere tutti gli oneri a cui devono far fronte per assicurarsi le prestazioni atte a soddisfare le funzioni vitali.

Sarebbe assai devastante se il DDL avesse lo scopo di togliere prestazioni esigibili ai malati non autosufficienti anziani per allargare i beneficiari selezionando in base all'Isee. In questo modo la condizione di malattia (peraltro devastante in caso di demenza o Alzheimer) sarebbe altresì causa di impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) oltre di quello medio basso, già più volte segnalato dal Censis. **E' necessario contrastare la povertà a causa di carenza di salute e non incentivarla.**

Secondo la ricerca di Welforum del maggio 2018 (si veda **Nota 5** al fondo), l'indennità è una prestazione che viene riconosciuta come "risarcimento" agli anziani che sono affetti da patologie croniche irreversibili e dipendono dall'aiuto di altre persone per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

Nel 2016 risultavano 1,4 milioni gli anziani over-65 malati non autosufficienti, beneficiari dell'indennità di accompagnamento. La stessa ricerca segnalava tuttavia – con preoccupazione – che **già dal 2011 sono stati introdotti criteri molto più selettivi** allo scopo di ridurre il diritto e, conseguentemente, le risorse stanziate, da cui il conseguente impoverimento sopra richiamato.

Proposta n. 8

Articolo 5, punto 2, a), 2)

Si rammenta che i familiari non hanno obblighi di cura, posti dalla legge 833/1978 in capo al Servizio sanitario.

È l'anziano malato cronico non autosufficiente titolare del diritto a ricevere una quota sanitaria (così come è prevista nei Lea per il ricovero in Rsa) a copertura degli oneri sostenuti a domicilio per assicurare le stesse prestazioni che riceverebbe in Rsa, ospedale o casa di cura. Pertanto si rinvia al riconoscimento di un contributo economico a carico del Servizio sanitario nazionale per sostenere le prestazioni domiciliari, inserito come proposta di emendamento all'articolo 2. 2. di cui ne beneficiano indirettamente i caregiver che accudiscono direttamente o mediante l'aiuto di terzi.

NOTE

Nota 1 – Francesco Pallante, "Appunto sul diritto costituzionale dei malati cronici non autosufficienti", in "Prospettive assistenziali", n. 214/2020 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)

Nota 2 – Torino, "L'Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici non autosufficienti", in "Prospettive. I nostri diritti sanitarie e sociali", n. 216/2021 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)

Nota 3 – Maurizio Motta – "Che cosa manca al DDL che discutiamo?" - Seminario "DAL DDL NON AUTOSUFFICIENZA ALLA VERA GARANZIA DELLE CURE" – Torino, 26/01/2023 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)

Nota 4 – "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute" (a cura delle Società di geriatria Piemonte-Val d'Aosta) - "Prospettive. I nostri diritti sanitarie e sociali", n. 217/2022 (Cfr. www.fondazionepromozionesociale.it)

Nota 5 – Laura Pelliccia – "Indennità di accompagnamento: un'analisi delle recenti tendenze evolutive", www.welforum.it, 2 maggio 2018.

Proposte di emendamento incardinate nel testo del DDL n. 506**DISEGNO DI LEGGE n. 506****“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 GENNAIO 2023

CAPO I

PRINCÌPI GENERALI E SISTEMA DI
COORDINAMENTO E PROGRAMMAZIONE
INTERMINISTERIALE

Art. 1.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intendono per:

- a) « livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) »: i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura su tutto il territorio nazionale sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i princìpi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, recante « Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali », e con quanto previsto dall'articolo 1, comma 159, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e fatto salvo quanto previsto dall'articolo 1, commi 791 e seguenti, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 2), della legge 22 dicembre 2021, n. 227;
- b) « ambiti territoriali sociali (ATS) »: i soggetti giuridici di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, che, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 160 a 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, riforma 1.2, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in raccordo con quanto

previsto dal 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. 311, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR;

c) « punti unici di accesso (PUA) »: i servizi integrati di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

d) « progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI) »: i progetti individuali predisposti, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

e) « livelli essenziali di assistenza (LEA) »: i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria previsti dall'articolo 1, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ***secondo quanto previsto all'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 833/1978 'senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio" sanitario***

f) « caregiver familiari »: i soggetti di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

Art. 2.

(Oggetto, principi e criteri direttivi generali e istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)

1. La presente legge reca disposizioni di delega al Governo per 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 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 dell'articolo 8.

2. Nell'esercizio delle deleghe di cui alla presente legge, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi generali:

Proposta n. 1

a) promozione del valore umano, 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 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 alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato e degli enti del Terzo settore;

d) riconoscimento del diritto delle persone anziane 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 socio-assistenziale statale e regionale ~~integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale~~;

e) promozione della valutazione multidimensionale 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 **malate croniche** 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;

resta fermo il diritto agli interventi sanitari e socio-sanitari previsti dalla legislazione vigente. Il Governo, con proprio decreto, è incaricato altresì a introdurre come Lea, (con modifica dell'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017), nell'ambito della titolarità del Servizio sanitario e con una sua compartecipazione finanziaria, un contributo universalistico per la tutela negli atti della vita quotidiana (p. es. aiuto per la messa a letto e l'alzata, accompagnamento all'utilizzo del bagno o pulizia e igiene personale per chi è

Proposta n. 2

Proposta n. 3

Continua proposta n. 3

incontinente, preparazione di alimentazione adeguata e/o imboccamento; aiuto nella vestizione, monitoraggio e somministrazione delle terapie) degli anziani malati cronici non autosufficienti con il seguente meccanismo: 1) la valutazione individua un grado di non autosufficienza abbinato a un budget di cura da usare, 2) si compone il budget di cura con 50% del Servizio sanitario nazionale e il 50% di utente e/o Comuni), 3) si trasforma il budget nell'intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo, sul modello di ciò che già accade per gli inserimenti in Rsa – Residenza sanitaria assistenziale rientranti nei LEA)

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

dare piena attuazione alla legge 38/2010 al fine di garantire il diritto alle persone anziane, comprese quelle affette da patologie croniche invalidanti, demenza o malattia di Alzheimer, alle terapie di contrasto del dolore e alle cure palliative in ogni luogo di cura: ospedale, strutture sanitarie (case di cura, cure intermedie...), Rsa, ogni altra struttura residenziale e al domicilio.

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, assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con i percorsi assistenziali già in atto;

i) promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere 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.

3. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le

Proposta n. 4

politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.

In particolare, il CIPA:

a) adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le associazioni di settore, tenuto conto di quanto previsto nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione, del Piano nazionale della cronicità e del Piano per la non autosufficienza, 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». Sulla base dei suddetti Piani nazionali sono adottati i corrispondenti Piani regionali e locali;

b) promuove, acquisito il preventivo parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e in raccordo con la Cabina di regia di cui all'articolo 1, comma 792, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e con quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, l'armonizzazione dei LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, con i LEA;

c) promuove 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.

4. Il CIPA, presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, 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, 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.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinate le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del CIPA.

5. Alle disposizioni di cui ai commi 3 e 4 la Presidenza del Consiglio dei ministri provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente sul proprio bilancio e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

CAPO II

DELEGHE AL GOVERNO IN MATERIA DI POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO, LA PROMOZIONE DELL'AUTONOMIA, LA PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ, L'ASSISTENZA E LA CURA DELLE PERSONE ANZIANE ANCHE NON AUTOSUFFICIENTI

Art. 3.

(Invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, 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'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, oltre ai principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, comma 2, il Governo si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi:

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

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne in formative e iniziative da svolgersi 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;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 facilitanti 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 co-housing) e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni svantaggiate (co-housing 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 capaci di promuovere 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 per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva;9) promozione di programmi e percorsi volti a | |
|--|--|

favorire il turismo del benessere e il turismo lento come ricerca di tranquillità fisiologica e mentale per il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale, che va oltre la 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 dell'incontro e della relazione fra generazioni lontane, valorizzando:

2.1) 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 dei crediti scolastici;

2.2) 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 di età superiore a ottanta anni o per la persona anziana affetta da patologie croniche suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia, di accedere a una valutazione multidimensionale delle sue capacità e dei suoi bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria, da effettuare nell'ambito dei PUA da parte di équipe multidisciplinari, sulla base della segnalazione dei medici di medicina generale, della rete ospedaliera, dei comuni e degli ATS;

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.

Art. 4.

(Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, 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 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 PNRR.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, oltre ai principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, comma 2, il Governo si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi:

a) adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto ~~dell'età anagrafica~~, delle condizioni di fragilità **conseguenti dalla presenza di patologie croniche irreversibili o da loro esiti e dalla dipendenza dall'aiuto di altri per il soddisfacimento delle funzioni vitali**, 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;

b) definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana **malata cronica** non autosufficiente (SNAA), con il compito di procedere alla programmazione ~~integrata~~, alla valutazione e al monitoraggio degli interventi e dei servizi statali e territoriali rivolti alle persone anziane **malate croniche** non autosufficienti **con bisogni sociali e/o socio-assistenziali, aggiuntivi agli interventi sanitari e socio-sanitari garantiti dal Servizio sanitario nazionale**, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la

Proposta n. 5

Proposta n. 6

<p>partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, cui concorrono, secondo le rispettive prerogative e competenze, i seguenti soggetti:</p> <p>1) a livello centrale, il CIPA;</p> <p>2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, nelle politiche sociali e socio-assistenziali, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;</p> <p>3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario;</p> <p>c) adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane malate croniche non autosufficienti con bisogni sociali e socio-assistenziali e di valutazione dei risultati e di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56;</p> <p>d) 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;</p> <p>Ai sensi dell'articolo 1, della legge 833/1978 a livello centrale il Ministero della salute, a livello regionale gli Assessori alla Sanità, a livello locale le Aziende sanitarie ed i distretti socio-sanitari assicurano il coordinamento ed il collegamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, Centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute della popolazione anziana, in particolare se malata cronica e non autosufficiente. Restano ferme le procedure in capo al settore sanitario di monitoraggio dei Lea (art. 9, decr. L.vo 18/2/2000, n. 56).</p> <p>e) 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 di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non</p>	<p>Continua proposta n.6</p> <p>Continua proposta n.6</p> <p>Continua proposta n.6</p>
---	--

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;

f) ferme restando le prerogative e competenze 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. 234;

g) semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e messa a disposizione di PUA, collocati presso le Case della comunità, orientati ad assicurare alle persone anziane **malate croniche** 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 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. 311, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR;

h) 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, mediante:

1) ~~la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura 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, 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, e 11 febbraio 1980, n. 18, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3, e lettera b), della legge 22 dicembre 2021, n. 227;~~

La previsione in capo all'Asl (art. 21, Dpcm

Continua proposta n.6

Proposta n. 7

12/1/2017) della valutazione multidimensionale secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni sanitari e socio-sanitari rientranti nei Lea nonché alla individuazione della condizione di situazione di gravità e non autosufficienza.

La commissione, su richiesta dell'interessato o di chi lo rappresenta, è integrata funzionalmente da personale Inps, per l'accertamento delle prestazioni di cui alla legge 18/1980 e dal personale dei Servizi sociali (ATS/Comuni) per le eventuali prestazioni Leps aggiuntive;

2) lo svolgimento presso i PUA, secondo le previsioni dell'articolo 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~~ **socio-sanitari e sociali e/o socio-assistenziali** individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata di cui al numero 1), con la partecipazione della persona destinataria, dei familiari coinvolti e, se nominato, dell'amministratore di sostegno;

3) la previsione del « Budget di cura e assistenza » 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;

i) adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale riferite alle persone anziane non autosufficienti, ricomprese nei LEPS;

l) con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, integrazione degli istuti 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, sociale e sociosanitaria, secondo un approccio ~~basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, anche progressivamente, entro i limiti e i termini definiti, ai sensi~~

Continua proposta n.7

Continua proposta n.7

~~della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale e socio-sanitaria statale e regionale;~~ orientato a favorire, anche progressivamente, una presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale definito dalla programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale 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 socio-sanitarie che tenga conto delle condizioni dell’anziano;

3) l’offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, come determinati sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;

m) con riferimento ai servizi semiresidenziali, promozione dell’offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita;

n) con riferimento ai servizi residenziali, 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;

o) revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, secondo il principio di sussidiarietà di cui all’articolo 118 della Costituzione;

p) al fine di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell’età anziana, riconoscimento del diritto:

1) ad accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai pregressi servizi a seguito dell’ingresso nell’età anziana,

senza soluzione di continuità;
2) ad accedere inoltre, 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.

Art. 5.

(Delega al Governo in materia di 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)

1. Il Governo è altresì delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, 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.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, oltre ai principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, comma 2, il Governo, si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi:

a) al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti, prevedere:

1) l'introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, di valore comunque non inferiore alle indennità e alle ulteriori prestazioni di cui al secondo periodo, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 8. Tale

prestazione, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento, di cui all'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, e le ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

~~2) 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;~~

b) definire le 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 residenziali;

2) identificazione dei fabbisogni regionali per assistenti sociali e pedagogisti;

c) 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, prevedere:

1) la ricognizione e ridefinizione della normativa di settore;

2) la promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata;

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

CAPO III

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 6.

(Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi)

1. Gli schemi dei decreti legislativi di cui agli articoli 3, 4 e 5, previa intesa con la Conferenza

Proposta n. 8

unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono 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. Se il termine per l'espressione del parere scade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'adozione dei decreti legislativi o successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di quarantacinque giorni.

2. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e con la procedura prevista dalla presente legge, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

Art. 7.

(Clausola di salvaguardia)

1. Le disposizioni della presente legge e quelle dei decreti legislativi emanati in attuazione della stessa sono applicabili 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.

Art. 8.

(Disposizioni finanziarie)

1. Fermo restando quanto previsto dal comma 4 del presente articolo, all'attuazione degli articoli 2, 3, 4 e 5 si provvede mediante le risorse derivanti dal riordino e dalla modificazione delle misure nell'ambito:

a) del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20 della legge 8 novembre 2000, n. 328, e del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale di cui all'articolo 1, comma 386, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, limitatamente alle risorse disponibili previste per le prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti;

b) del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare di cui all'articolo 1, comma 254, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, come incrementato ad opera dell'articolo 1, comma 483, della legge 30 dicembre

2018, n. 145, limitatamente alle risorse disponibili previste per le prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti;
c) del Fondo di cui all'articolo 1, commi 1250, 1251 e 1252, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per il finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno alla componente anziana dei nuclei familiari.

2. Alla realizzazione degli obiettivi di cui alla presente legge concorrono, in via programmatica, le risorse disponibili nel PNRR per il sostegno alle persone vulnerabili e per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti di cui alla Missione 5, componente 2, investimento 1.1, per la realizzazione delle Case della 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, quali gli Ospedali di comunità, di cui alla Missione 6, componente 1, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3, compatibilmente con le procedure previste per l'attivazione delle risorse del PNRR e fermo restando il conseguimento dei relativi obiettivi e traguardi, e le risorse previste nell'ambito del Programma nazionale « Inclusion e lotta alla povertà » della programmazione 2021-2027, compatibilmente con le procedure previste per l'attivazione delle risorse della programmazione 2021-2027 dalla normativa europea di settore.

3. All'erogazione delle prestazioni sanitarie si provvede mediante le risorse previste a legislazione vigente derivanti dal trasferimento alle regioni e alle province autonome delle relative quote del Fondo sanitario nazionale nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria.

4. Gli schemi dei decreti legislativi adottati in attuazione delle deleghe contenute nella presente legge sono corredati di una relazione tecnica che dia conto della neutralità finanziaria dei medesimi ovvero dei nuovi o maggiori oneri da essi derivanti e dei corrispondenti mezzi di copertura. In conformità all'articolo 17, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, qualora uno o più decreti determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, i medesimi decreti legislativi sono emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanzino le occorrenti risorse

<p>finanziarie.</p> <p>5. Fermo restando quanto previsto dal comma 1, dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tale fine, agli adempimenti relativi ai suddetti decreti, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente.</p> <p>Art. 9. (Entrata in vigore)</p> <p>1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.</p>	
---	--