



## **DISEGNO DI LEGGE**

**presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (MELONI)  
dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali (CALDERONE)  
e dal Ministro della salute (SCHILLACI)**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 GENNAIO 2023**

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

## INDICE

Relazione .....	<i>Pag.</i>	3
Relazione tecnica .....	»	10
Analisi tecnico-normativa .....	»	19
Analisi di impatto della regolamentazione (AIR) .....	»	26
Disegno di legge .....	»	40

ONOREVOLI SENATORI. – Il presente disegno di legge delega in materia di politiche a favore della popolazione anziana è volto alla promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, mediante interventi idonei a soddisfare i loro bisogni sociali, sanitari e sociosanitari, con particolare riguardo a quelli connessi alla condizione di non autosufficienza. È emersa l'urgenza di una misura straordinaria per adeguare il sistema di *welfare* italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficiente.

La legge delega nasce, dunque, dalla necessità di definire nuovi criteri e 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 dell'evoluzione dei bisogni assistenziali, in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e di vita indipendente.

Il presente disegno di legge contiene principi e criteri di delega con i quali intende dare attuazione all'obiettivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo alla Missione 5, Componente 2, Riforma 2, inerente alle politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti, nonché a quello relativo alla Missione 6, relativi alla realizzazione delle Case della comunità, alla presa in carico della persona, al potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché al rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strut-

ture quali gli Ospedali di comunità, che miglioreranno l'assistenza sanitaria anche a vantaggio della popolazione anziana.

Il disegno di legge in oggetto, da approvare entro il primo trimestre 2023 (ai fini dell'adozione dei decreti legislativi entro il 31 gennaio 2024) opera, inoltre, nel solco dell'attuazione delle norme della legge di bilancio 2022 (articolo 1, commi 159-171, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

Il disegno di legge e i successivi decreti legislativi costituiscono, quindi, la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza coordinamento.

Il presente disegno di legge sarà sottoposto all'esame della Conferenza unificata ai fini dell'acquisizione del relativo parere.

Il provvedimento si compone di 3 capi e 9 articoli.

L'articolo 1 contiene le definizioni rilevanti nell'ambito del disegno di legge.

La definizione di persona anziana viene demandata ai decreti legislativi delegati che saranno adottati entro il 31 gennaio 2024, ai sensi dell'articolo 3 del disegno di legge.

L'articolo 2, rubricato «Oggetto, principi e criteri direttivi generali e istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana», al comma 1 prevede prioritariamente la ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, della legislazione vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana. Stabilisce altresì una possibilità di progressivo potenziamento delle azioni previste, comunque

nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi dell'articolo 8.

Il comma 2 individua, invece, i principi e criteri direttivi generali per l'esercizio del potere di delega da parte del Governo.

I primi tre criteri, indicati con le lettere *a)*, *b)* e *c)*, contengono linee generali di indirizzo dell'attività legislativa delegata afferenti alla promozione del valore umano e sociale della persona, alla promozione e valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie, al fine di contrastare la solitudine e deprivazione relazionale delle persone anziane.

Il criterio di cui alla lettera *d)* concerne il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio nei limiti della programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale.

Il criterio di cui alla lettera *e)* concerne la promozione della valutazione multidimensionale della persona anziana presso i punti unici di accesso (PUA). Costituisce un aspetto centrale del disegno di legge infatti la presa in carico unitaria della stessa ai fini dell'accertamento dei suoi bisogni sotto il profilo sanitario e socio-assistenziale. Si tratta di una previsione che già trova la propria fonte nell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Il criterio di cui alla lettera *f)* prevede il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*.

Il criterio di cui alla lettera *g)*, afferisce alla promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano.

Il criterio di cui alla lettera *h)* concerne il riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità e si ricollega direttamente alla previsione di cui all'arti-

colo 4, comma 2, lettera *p)*, n. 1). Quest'ultima previsione è chiaramente finalizzata ad evitare che il disabile, in virtù del raggiungimento dell'età anziana, possa perdere progressi trattamenti e *setting* assistenziali di cui fruiva, dei quali, invece, dovrà continuare a godere.

Il criterio di cui alla lettera *i)* riguarda la promozione del miglioramento delle opportune condizioni materiali e di benessere psico-sociale alle famiglie degli anziani fragili o non autosufficienti e a tutti coloro che sono impegnati nella loro cura, mediante un'allocatione più razionale ed efficace delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Il criterio di cui alla lettera *l)* concerne il rafforzamento dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti.

Il comma 3 prevede, invece, l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), che ha 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, e con specifiche competenze in materia di adozione: *a)* del « Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana »; *b)* del « Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana ». Il CIPA, inoltre, promuove l'armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, con i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), nonché 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 resi.

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, dell'economia e delle finanze o loro delegati. La disposizione prevede che la Presidenza del Consiglio dei ministri assicura il supporto tecnico e organizzativo alle attività del CIPA nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente, utilizzando personale che resterà comunque adibito anche allo svolgimento di altre funzioni ordinarie. Tale attività verrà svolta anche in raccordo con la Cabina 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, evitando quindi sovrapposizioni di interventi e prestazioni essenziali.

L'articolo 3 si inserisce nel capo II inerente alle deleghe al governo in materia di politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, la prevenzione delle fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti.

L'articolo prevede ulteriori principi e criteri direttivi a cui il Governo deve attenersi nell'adottare, entro il 31 gennaio 2024, i decreti legislativi finalizzati a:

a) interventi per l'invecchiamento attivo e la prevenzione dell'autonomia delle persone anziane.

In particolare, il Governo è chiamato a promuovere la salute e la cultura della prevenzione con apposite campagne informative, promuovere programmi e percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la mar-

ginalizzazione la deprivazione relazionale delle persone anziane, promuovere interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane. E' prevista, altresì, la promozione di azioni finalizzate a facilitare l'autonomia di vita degli anziani nei contesti urbani ed extraurbani, non solo con la rimozione di ostacoli che ne impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro, ma anche con la previsione 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), nonché di interventi finalizzati alla loro alfabetizzazione informatica. È inoltre prevista la promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento, nonché l'individuazione, la promozione e l'attuazione di percorsi per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva, al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita;

b) interventi per la solidarietà e la coesione tra generazioni, attraverso il sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali, nonché attraverso la 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 dei crediti scolastici e, 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) interventi per la prevenzione della fragilità: sotto tale profilo il Governo è chiamato ad interventi in favore della persona di età superiore a ottanta anni o di persona anziana affetta da patologie croniche suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia, che prevedano accessi a una valutazione multidimensionale delle sue capacità e dei suoi bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria.

L'articolo 4 prevede, al comma 1, la predisposizione, entro il 31 gennaio 2024, dei decreti di attuazione che i Ministeri competenti, a diverso titolo, sono chiamati ad emanare al fine di riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

La disposizione ha lo scopo di razionalizzare l'apparato normativo attualmente vigente ottimizzando gli interventi in vigore.

In particolare, il comma 2 prevede che, nell'esercizio della delega di cui al comma 1, il Governo:

a) adotti una definizione di « popolazione anziana non autosufficiente » che tenga conto di una serie di parametri quali l'età anagrafica, le condizioni di fragilità, nonché l'eventuale condizione di disabilità pregressa, individuati alla luce 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) adotti una definizione del « Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente » (SNAA) che preveda interventi dedicati alla assistenza della popolazione anziana non autosufficiente mediante programmazione integrata, valutazione e monitoraggio degli stessi da parte di tutte le

istituzioni individuate nel medesimo comma, rispettando gli indirizzi generali elaborati dal CIPA;

c) adotti un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS e di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio.

Di rilievo sotto il profilo ordinamentale sono anche le azioni di coordinamento e di promozione individuate nelle lettere d), e) ed f), 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 g) e h) 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 progressiva realizzazione di tali azioni è già oggetto del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022 - 2024.

La lettera h), nello specifico, tratta della semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione delle persone anziane non autosufficienti, favorendo su tutto il 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 rappre-

sentare un'adeguata risposta alle sue esigenze.

Nel comma 2, lettera *p*), numero 2), si ricorda che le persone con disabilità pregresse divenute anziane potranno accedere anche, su loro richiesta, ai servizi specificatamente previsti per l'età anziana, ma evitando che si faccia, come per gli altri anziani, una valutazione per l'accertamento della condizione di non autosufficienza e una nuova valutazione multidimensionale, visto che queste sono già state effettuate a favore del richiedente, in quanto persona con disabilità. Si evitano così duplicazioni di oneri amministrativi ed economici.

Viene prevista alla lettera *i*) l'adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazioni assistenziali riferite alle persone anziane non autosufficienti, ricomprese nei LEPS.

Alla lettera *l*) inoltre, con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, è prevista l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ATS e del SSN, nei limiti della capienza e della destinazione delle rispettive risorse, per 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 l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura e la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sociosanitarie.

In relazione ai servizi semiresidenziali (lettera *m*)), si prevede la promozione dell'offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali nonché attività di socialità e di arricchimento della vita, mentre relativamente ai servizi residenziali (lettera *n*)), sono previste misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità dell'assistenza, realizzata anche attraverso la previsione

della rimodulazione della dotazione di personale in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, cercando di creare strutture dotate di 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.

Si prevede, altresì, la 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, sociosanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione (lettera *o*)).

Infine, per favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, si prevede il riconoscimento del diritto ad accedere a servizi e attività specifici per la loro condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai predetti servizi senza soluzione di continuità, nonché la possibilità di accedere, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e delle 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 n. 227 del 2021 (lettera *p*)).

L'articolo 5 contiene la delega al Governo, da esercitare entro il 31 gennaio 2024, 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.

La disposizione prevede, al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti:

- 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.

La previsione risponde all'esigenza di procedere ad un progressivo riequilibrio tra erogazioni monetarie e prestazioni di servizi rivolte agli anziani non autosufficienti.

In via sperimentale, la misura è destinata ai soli anziani non autosufficienti che risultino già percettori dell'indennità d'accompagnamento, i quali hanno la facoltà di optare in maniera espressa per la nuova prestazione, che ingloba l'erogazione monetaria e i servizi alla persona. È di fondamentale importanza chiarire che la disciplina dell'indennità di accompagnamento rimane invariata, sicché i presupposti sanitari per l'accesso alla stessa non mutano;

- la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socio-assistenziali.

Il miglioramento dell'assistenza e delle cure prestate agli anziani non autosufficienti è perseguito anche attraverso la previsione

di percorsi formativi per lo svolgimento delle attività professionali prestate a domicilio o nei centri semiresidenziali integrati e residenziali e l'individuazione dei fabbisogni regionali di assistenti sociali e pedagogisti.

Infine, per sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiari, la norma prevede:

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.

L'articolo 6 delinea il procedimento per l'adozione dei decreti legislativi.

L'articolo 7 introduce una clausola di salvaguardia, prevedendo che le disposizioni della 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.

L'articolo 8 prevede le misure finanziarie necessarie all'attuazione degli interventi stabiliti dalla legge delega, stabilendo che agli stessi si provveda mediante le risorse derivanti dal riordino e dalla modificazione delle misure nell'ambito:

1) 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;

2) 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;

3) 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.

Si prevede altresì che alla realizzazione degli obiettivi della 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 per-

sona, per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (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 «Inclusione 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.

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.

L'articolo 9 disciplina l'entrata in vigore della legge delega.

Il presente schema di disegno di legge delega in materia di politiche in favore della popolazione anziana è volto alla promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, mediante interventi idonei a soddisfare i loro bisogni sociali, sanitari e socio-sanitari, con particolare riguardo a quelli connessi alla condizione di non autosufficienza.

Si tratta di un provvedimento orientato a dare diretta attuazione all'obiettivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo alla Missione 5, Componente 2, Riforma 2, che impegna il Governo a presentare un disegno di legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, da portare all'approvazione definitiva entro il primo trimestre 2023 (ai fini dell'adozione dei decreti legislativi entro il 31 gennaio 2024).

Il disegno di legge in oggetto opera, inoltre, nel solco dell'attuazione delle norme della legge di bilancio 2022 (articolo 1, commi 159-171 della legge n. 234/2021), con le quali si è iniziato il percorso di riforma previsto dal PNRR e avviato a livello territoriale il processo di integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari riservati alle persone non autosufficienti e del Regolamento adottato con decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale (in attuazione della Missione 6, Componente 1, Riforma 1 del PNRR).

Il disegno di legge e i successivi decreti attuativi costituiscono, quindi, la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza coordinamento.

L'obiettivo del processo di riforma, del presente disegno di legge e dei successivi decreti attuativi è, quindi, essenzialmente costituito dalla realizzazione di un sistema che, senza toccare le rispettive competenze del sistema sanitario e di quello sociale, operi un raccordo e coordinamento fra gli stessi al fine della progressiva implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (d'ora in avanti LEPS) per gli anziani 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.

A tal fine, sotto il profilo ordinamentale, rilevano le disposizioni che prevedono l'istituzione del CIPA (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana) e dello SNAAs (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente), organismi con il compito di coordinare le attività degli attori del settore sociale e sanitario.

La complessità della materia è data dalla circostanza che la stessa interseca programmazioni e piani nazionali, regionali o territoriali, di carattere socio assistenziale, socio sanitario e sanitario, già in



essere o *in fieri*, il cui contenuto va a sostanziare le azioni programmatiche previste nel presente disegno di legge.

Inoltre, la presente delega è finalizzata anche alla semplificazione e razionalizzazione della disciplina in materia di assistenza socio-sanitaria agli anziani.

### CAPO I

L'**articolo 1** del disegno di legge definisce i concetti e gli istituti rilevanti ai fini del successivo articolato normativo e pertanto non ha impatto sotto il profilo finanziario.

Le definizioni riguardano istituti già disciplinati dalla legge di cui sono, infatti, richiamate le specifiche disposizioni.

La definizione di persona anziana è demandata ai decreti legislativi delegati che saranno adottati entro il 31 gennaio 2024, ai sensi dell'articolo 3 del disegno di legge.

L'**articolo 2**, concernente "oggetto, principi e criteri direttivi generali e istituzione del Comitato interministeriale per la popolazione anziana", prevede, al comma 1, prioritariamente la ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, della legislazione vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana. Stabilisce altresì la possibilità di un progressivo potenziamento delle azioni previste dalla presente legge, comunque nell'ambito delle risorse disponibili. Tutte le disposizioni che compongono il disegno di legge in oggetto sottostanno, pertanto, al vincolo posto dal presente comma 1.

Il comma 2 individua, invece, i principi e criteri direttivi generali per l'esercizio del potere di delega da parte del Governo.

I primi tre criteri, indicati con le lettere a), b) e c), contengono linee generali di indirizzo dell'attività legislativa delegata afferenti al valore umano e sociale della persona e il contrasto alla solitudine, e come tali sono neutrali sotto il profilo finanziario.

Il criterio di cui alla lettera d), concernente il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio è riconosciuto nei limiti della programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale che, come noto, si articola sulla base delle risorse finanziarie disponibili.

Il criterio, di cui alla lettera e), concernente la valutazione multidimensionale della persona anziana presso i PUA, costituisce un aspetto centrale del disegno di legge, costituito dalla presa in carico unitaria della stessa ai fini dell'accertamento dei suoi bisogni sotto il profilo sanitario e socioassistenziale. Si tratta di una previsione che già trova la propria fonte nell'articolo 1, comma 163 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 che a tal fine prevede un apposito ulteriore stanziamento



per l'anno 2022 e per quelli a venire, per far fronte agli oneri derivanti dalla necessaria implementazione del personale socioassistenziale connessa all'attuazione di tale metodologia. Peraltro, nel nuovo Piano Nazionale per la non autosufficienza è espressamente prevista la valutazione multidimensionale presso i PUA e, a tal fine, sono destinate risorse pari a 20 milioni per il 2022 e 50 milioni a decorrere dal 2023 per le assunzioni di figure professionali sociali.

Il criterio di cui alla lettera f) prevede il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*.

Il criterio di cui alla lettera g) prevede la promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano.

Il criterio di cui alla lettera h) concerne il riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità e si ricollega direttamente alla previsione di cui all'articolo 4, comma 2, lettera p), n. 1).

Il criterio di cui alla lettera i) del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere psico-sociale alle famiglie degli anziani e a tutti coloro che sono impegnati nella loro cura. A tal fine l'articolo 5, comma 2, lettera c) stabilisce:

- 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.

Si tratta di un criterio che introduce una linea tendenziale di indirizzo, nell'ambito delle risorse disponibili. Peraltro, la previsione è già in parte esistente nel nostro ordinamento, perché l'articolo 1, comma 162, lettera c), della legge 30 dicembre 2021, n. 234 prevede il supporto alle famiglie delle persone anziane non autosufficienti mediante la messa a disposizione di strumenti per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, nonché l'assistenza legale, gestionale ed amministrativa per l'espletamento di adempimenti. Per la copertura finanziaria di tali previsioni, si rinvia alla già richiamata disposizione dell'articolo 5, lettera c).

Il criterio di cui alla lettera l) prevede il rafforzamento dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti. Trattandosi di interventi da realizzarsi nell'ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, vi si provvederà nell'ambito delle risorse allo scopo già programmate e dunque senza nuovi né maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'articolo 2, comma 3, prevede, invece, l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) che ha 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, e con specifiche competenze in materia di adozione del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana". E' altresì deputato a promuovere l'armonizzazione dei LEPS con i LEA nonché l'integrazione dei sistemi informativi dei soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale.

Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri 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, dell'economia e delle finanze o loro delegati. La disposizione prevede che la Presidenza del Consiglio dei ministri assicuri il supporto tecnico e organizzativo alle attività del CIPA nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente, utilizzando personale che resterà comunque adibito anche allo svolgimento di altre funzioni ordinarie. La disposizione, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

## CAPO II

L'articolo 3, comma 1, individua l'oggetto della delega al Governo finalizzata all'adozione di uno o più decreti legislativi volti a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità.

Con riferimento agli interventi di cui al comma 2 lettera a), la cui attuazione sarà garantita nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e, nello specifico al punto n. 1), si rappresenta che la promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita effettuata attraverso apposite campagne informative troverà copertura nei fondi del Ministero della famiglia, la natalità e le pari opportunità istituzionalmente competente in materia. La previsione non determina, quindi, un aumento della spesa perché avviene nel limite delle dotazioni finanziarie della PCM.

Le altre previsioni della lettera a) prevedono la promozione di una serie di azioni che saranno articolate secondo le disponibilità finanziarie esistenti.

L'articolo 3, comma 2, lettera b), ha carattere ordinamentale e non determina nuovi o maggiori oneri a carico delle finanze pubbliche.



L'articolo 3, comma 2, lettera c), n. 1) introduce la possibilità di accesso, per gli anziani di età superiore ad ottanta anni o affetti da patologie croniche, ad una valutazione multidimensionale delle capacità e dei bisogni di natura socio - sanitaria da effettuarsi nell'ambito dei PUA. L'intervento è formulato nell'ambito di una offerta progressiva che tiene conto delle risorse disponibili a legislazione vigente.

L'articolo 3, comma 2, lettera c), n. 2) contiene disposizioni che non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

L'articolo 4, al comma 1, prevede la predisposizione, entro il 31 gennaio 2024, dei decreti di attuazione che i Ministeri competenti, a diverso titolo, sono chiamati ad emanare al fine di riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti. La disposizione ha lo scopo di razionalizzare l'apparato normativo attualmente vigente armonizzando gli interventi in vigore.

Il presente comma ha altresì l'obiettivo di un progressivo potenziamento delle azioni, nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi dell'articolo 8.

Il comma 2 prevede che nell'esercizio della delega di cui al comma 1, il Governo si attenga, con riferimento alla lettera a), a definire la condizione di persona anziana non autosufficiente.

Particolarmente rilevante ai fini del buon funzionamento del sistema integrato dei servizi che si va a costruire e ad implementare, è il sistema di monitoraggio dei LEPS descritto alla lettera c), da concordare previamente in sede di Conferenza unificata, e il correlato sistema di interventi sostitutivi e conseguenti sanzioni in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio.

Di rilievo, sotto il profilo ordinamentale, sono anche le azioni di coordinamento e di promozione individuate nelle lettere d), e) ed f), attinenti ad un omogeneo sviluppo su tutto il territorio nazionale degli ATS e la promozione dell'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS. La natura di tali disposizioni rientra nell'ambito dell'azione di razionalizzazione del sistema unitamente alle seguenti lettere g), h). La progressiva realizzazione di tali azioni è già oggetto del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022 - 2024.

La lettera h), nello specifico, tratta della semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione delle persone anziane non autosufficienti. Tale valutazione, da effettuarsi con il concorso delle istituzioni titolari (tra le quali INPS) e delle professionalità competenti 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 dalla équipe multidisciplinare per



rispondere ai bisogni del singolo e individuare le prestazioni che possano rappresentare un'adeguata risposta alle sue esigenze.

In questa ottica innovativa debbono essere parimenti apprezzate le norme destinate all'adozione di criteri e indicatori di monitoraggio delle diverse tipologie di prestazioni comprese nei LEPS.

La disposizione prevede che le predette azioni avvengano mediante una procedura di riordino, ricognizione e semplificazione, nonché efficientamento della legislazione vigente e delle attività, con un progressivo potenziamento delle azioni, comunque nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Nel comma 2 lettera p), n. 2), si ricorda che le persone con disabilità pregresse divenute anziane potranno accedere anche, su loro richiesta, ai servizi specificatamente previsti per l'età anziana, ma evitando che si faccia, come per gli altri anziani, una valutazione per l'accertamento della condizione di non autosufficienza e una nuova valutazione multidimensionale, visto che queste sono già state effettuate a favore del richiedente, in quanto persona con disabilità. Si evitano così duplicazioni di oneri amministrativi ed economici.

L'articolo 5 prevede, al numero 1) della lettera a), del comma 2 l'introduzione, in via sperimentale e progressiva, di una prestazione universale – quindi non correlata alla prova dei mezzi come già previsto dalla vigente legislazione in materia di indennità di accompagnamento (capacità economica del beneficiario) – destinata alle persone anziane non autosufficienti.

La previsione risponde all'esigenza di procedere ad un progressivo riequilibrio tra erogazioni monetarie e prestazioni di servizi rivolte agli anziani non autosufficienti.

In via sperimentale, la misura è destinata ai soli anziani non autosufficienti che risultino già percettori dell'indennità d'accompagnamento i quali hanno la facoltà di optare in maniera espressa per la nuova prestazione, che sostituisce la mera erogazione monetaria con un pacchetto di prestazioni pecuniarie e di servizi.

È di fondamentale importanza chiarire che la disciplina dell'indennità di accompagnamento rimane invariata, sicché i presupposti sanitari per l'accesso alla stessa non mutano.

La prestazione universale, qualora scelta dal beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, assorbe quest'ultima e le ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e non potrà essere di valore inferiore ad esse.

La misura è finanziata nell'ambito delle risorse individuate dall'articolo 8.

Si prevede altresì la facoltà del legislatore delegato di procedere ad una operazione di ricognizione e riordino delle agevolazioni contributive e fiscali esistenti, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, per favorire la regolarizzazione del lavoro di cura e l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socioassistenziali.



Nel 2021 il numero dei lavoratori domestici regolarmente registrati (comprensivi dei colf che non effettuano lavoro di cura e di assistenza agli anziani) ammonta a circa 961.358, di cui badanti 451.371 (47% circa). Di questi ultimi, 410.476 sono donne (91% circa).

Secondo stime Istat il settore presenta una percentuale di irregolarità del 57%, sicché allo stato vi sarebbe un numero di lavoratori domestici irregolari pari a circa 548.000, di cui, applicando la medesima percentuale dei lavoratori regolari, 257.600 circa badanti (47%). Dei badanti non regolari 234.500 sono donne (91%).

La norma prevede, quindi, che attraverso la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali esistenti, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini di durata delle agevolazioni predette, comunque nell'ambito delle risorse finanziarie esistenti a legislazione vigente, si possa procedere a favorire il lavoro di cura e assistenza regolare e, quindi, la qualità dello stesso. La successiva lettera b) prevede percorsi formativi per lo svolgimento dell'attività di cura ed assistenza e l'identificazione dei fabbisogni regionali per assistenti sociali e pedagogisti.

La successiva lettera c), del comma 2, prevede interventi a favore dei *caregiver* familiari. Si tratta di previsioni destinate al progressivo miglioramento delle condizioni di vita di tali soggetti, comunque nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Giova ricordare, a tal fine, la definizione dei *caregiver* familiari, figure disciplinate all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020), che in quanto persone conviventi nel nucleo familiare della persona non autosufficiente sono impegnate nell'assistenza diretta alla persona non autosufficiente nell'ambito del PAI.

L'articolo 5, comma 2, lettera c), prevede, nell'ambito delle risorse disponibili, la ricognizione e ridefinizione della normativa di settore, la certificazione delle competenze professionali e l'individuazione di forme di partecipazione delle rappresentanze dei *caregiver* familiari, nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

L'articolo 6 si limita a definire il procedimento per l'adozione dei decreti legislativi mentre l'articolo 7 dispone una clausola di salvaguardia in favore delle autonomie speciali.

L'articolo 8 individua le disponibilità finanziarie attualmente esistenti che concorrono alla realizzazione della riforma, prevedendo che all'attuazione degli articoli 2, 3, 4 e 5 si provveda mediante le risorse provenienti dal riordino e la modificazione delle misure nell'ambito dei Fondi che di seguito si riepilogano:

- 1) 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;

2) 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;

3) 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.

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 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 (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 "Inclusione 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

E' stabilito, inoltre, che all'erogazione delle prestazioni sanitarie si provveda 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. Attesa la complessità della materia trattata e non essendo possibile procedere alla puntuale determinazione degli effetti finanziari derivanti dai decreti legislativi di attuazione, la quantificazione degli stessi potrà essere effettuata esclusivamente al momento dell'attuazione degli stessi decreti. Infatti, tali decreti dovranno essere corredati di nuova 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.



Ministero  
dell'Economia e delle Finanze  
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

**VERIFICA DELLA RELAZIONE TECNICA**

La verifica della presente relazione tecnica, effettuata ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 ha avuto esito Positivo.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Firmato digitalmente

*Paolo Miuccio*



## ANALISI TECNICO-NORMATIVA

Amministrazione proponente: Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Titolo: Schema di disegno di legge recante deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Indicazione del referente dell'Amministrazione proponente: Ufficio legislativo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

## PARTE I - ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

1) *Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di governo.*

Il disegno di legge delega in materia di politiche a favore della popolazione anziana è volto alla promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, mediante interventi idonei a soddisfare i loro bisogni sociali, sanitari e socio-sanitari, con particolare riguardo a quelli connessi alla condizione di non autosufficienza. E' emersa l'urgenza di una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficiente.

La legge delega nasce, dunque, 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 dell'evoluzione dei bisogni assistenziali, in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e di vita indipendente.

L'intervento, da portare all'approvazione definitiva entro il primo trimestre 2023 (ai fini dell'adozione dei decreti legislativi entro il primo trimestre 2024) opera nel solco dell'attuazione delle norme della legge di bilancio 2022 (articolo 1, commi 159-171 della legge n. 234/2021) è collegato alla manovra di finanza pubblica 2023-2025 e contiene principi e criteri di delega con i quali intende dare attuazione all'obiettivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo alla Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti e alla Missione 6, 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.

In particolare, il disegno di legge in parola 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 delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili.

Il disegno di legge ed i successivi decreti attuativi costituiscono, quindi, la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza coordinamento.

L'intervento è coerente con il programma di Governo.

2) *Analisi del quadro normativo nazionale.*

La materia è attualmente disciplinata dalle seguenti fonti:

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- Legge 11 febbraio 1980 n. 18 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili";
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005);
- Legge 27 dicembre 2006, n. 296, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato";
- Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà";
- Legge 27 dicembre 2017, n. 205, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020";
- Legge 30 dicembre 2018 n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021";
- Legge 30 dicembre 2020, n. 178 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023";
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità;
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024";
- Legge 29 dicembre 2022, n. 197 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025".

### 3) *Incidenza delle norme proposte sulle leggi e i regolamenti vigenti.*

Le disposizioni proposte non incidono direttamente sulla legislazione primaria vigente.

La legge prevede prioritariamente la delega al Governo per la ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento della legislazione vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana (art. 2, comma 1).

L'articolo 3 delega il Governo ad adottare entro il 31 gennaio 2024 uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne l'autonomia, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità.

L'articolo 4 delega il Governo 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 riordino delle risorse disponibili.

L'articolo 5 delega infine il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi finalizzati ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine nonché il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali, prevedendo l'introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino per essa, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona. In via sperimentale, la misura è destinata ai soli anziani non autosufficienti che risultino già percettori dell'indennità

d'accompagnamento i quali hanno la facoltà di optare in maniera espressa per la nuova prestazione, che ingloba l'erogazione monetaria e i servizi alla persona.

La disciplina dell'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1 della legge n. 18 del 1980 rimane invariata, sicché i presupposti sanitari per l'accesso alla stessa non mutano.

4) *Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali.*

Non vi sono incompatibilità con l'ordinamento costituzionale.

5) *Analisi delle compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.*

L'intervento appare riconducibile prevalentemente alla materia di esclusiva competenza statale di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione), nonché alla materia di competenza concorrente di tutela della salute (articolo 117, terzo comma) e alla residuale competenza regionale in materia di assistenza (articolo 117, quarto comma).

Si segnala che, a fronte dell'intreccio di competenze sopra descritto, il necessario coordinamento con i vari livelli di Governo è assicurato dall'adozione dell'intesa in Conferenza Unificata sullo schema di legge delega ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e dell'acquisizione dell'intesa sempre in Conferenza Unificata sugli schemi dei decreti legislativi attuativi della delega.

L'articolo contiene inoltre la clausola di salvaguardia concernente l'applicazione delle disposizioni della legge delega e dei decreti legislativi 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.

6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.*

L'intervento normativo è conforme ai principi previsti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione. Non si rilevano, pertanto, profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle Regioni ordinarie e a statuto speciale, nonché degli Enti locali, né di incompatibilità con i principi di sussidiarietà, di differenziazione e di adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

7) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.*

L'intervento normativo non contiene rilegificazioni di norme delegificate. L'articolo 2, comma 1, reca la delega al Governo di effettuare 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.

8) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.*

Non si segnalano allo stato progetti di legge di analoga portata.

9) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.*

Il provvedimento non contrasta con i principi fissati in materia dalla giurisprudenza, che riconosce il diritto delle persone anziane e di quelle non autosufficienti a cure e assistenza gratuita o con forme di compartecipazione economica, nonché l'opportunità che venga mantenuto il rapporto con la famiglia. Al riguardo, il Consiglio di Stato ritiene che il mantenimento di un adeguato rapporto con le famiglie per i disabili gravi e gli anziani non autosufficienti realizza non solo un maggior beneficio per l'assistito, ma è idonea a realizzare anche risultati migliori a parità di costo dei programmi di assistenza (Cfr. Consiglio di Stato sez. IV, 29/02/2016, n. 838; Consiglio di Stato sez. III, 15/07/2015, n. 3541).

Non risultano pendenti giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.

## PARTE II. CONTESTO NORMATIVO COMUNITARIO E INTERNAZIONALE

1) *Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario.*

Il disegno di legge delega non presenta profili d'incompatibilità con l'ordinamento dell'Unione europea. Si pone, infatti, in linea con il principio dell'art. 25 della Carta Europea dei diritti fondamentali, secondo cui "L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale", e con la finalità, espressa dalla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 della Commissione Europea del 3 marzo 2021, di realizzare un'Unione Europea senza barriere e orientata verso l'emancipazione delle persone con disabilità.

Il provvedimento intende dare attuazione all'obiettivo del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo alla Missione 5, Componente 2, Riforma 2, inerente le politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti, nonché a quello relativo alla Missione 6, inerente i progetti di rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata e della telemedicina per i pazienti cronici.

2) *Verifica dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione Europea sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano in corso procedure di infrazione nei confronti dell'Italia in materia.

3) *Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.*

L'intervento normativo non presenta profili di incompatibilità con gli obblighi internazionali.

4) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia delle Comunità Europee sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano pendenti giudizi sul medesimo o analogo oggetto.

5) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano pendenti giudizi innanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.

- 6) *Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea.*

Non risultano attualmente indicazioni al riguardo.

### PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO

- 1) *Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.*

Il nuovo provvedimento non ha introdotto nuove definizioni, in quanto la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS), degli ambiti sociali territoriali (ATS), dei punti unici di accesso (PUA), dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei caregiver familiari sono contenute in distinti provvedimenti normativi, opportunamente richiamati nell'articolo 1 del DDL.

Viene demandata ai decreti legislativi delegati:

- la definizione di persona anziana;
- la definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
- la definizione del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

- 2) *Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni ed integrazioni subite dai medesimi.*

E' stata effettuata la verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel testo.

- 3) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.*

Non si è fatto ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni e integrazioni a disposizioni vigenti.

- 4) *Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.*

Non vi sono disposizioni aventi effetti abrogativi impliciti.

- 5) *Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.*

Non sono presenti disposizioni aventi effetto di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica. Non sono presenti disposizioni aventi effetto retroattivo e norme derogatorie rispetto alla normativa vigente.

- 6) *Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.*

Non risultano presenti deleghe aperte sul medesimo oggetto.

- 7) *Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruenza dei termini previsti per la loro adozione.*

La delega legislativa deve esercitarsi attraverso l'emanazione di uno o più decreti legislativi entro il 31 gennaio 2024.

Ai sensi dell'articolo 3, comma 1, i decreti finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità sono adottati su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero 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.

Ai sensi dell'articolo 4, comma 1, i 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, sono adottati 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.

Ai sensi dell'art.5, comma 1, i 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 sono adottati 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.

L'articolo 6 disciplina la procedura di adozione dei decreti legislativi attuativi della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5. Sui decreti deve essere acquisita la previa intesa in Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Successivamente sono trasmessi alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica 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 di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e con la procedura previsti dalla presente legge, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

I termini di adozione previsti appaiono congrui in relazione al tipo di provvedimento da adottare.

*8) Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati e di riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazione della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di statistica apposite elaborazioni statistiche con correlata indicazione nella relazione economico-finanziaria della sostenibilità dei relativi costi.*

Per la predisposizione dell'intervento normativo sono stati utilizzati dati nella disponibilità del MLPS. Nel corso di attuazione della normativa ed in fase di implementazione saranno svolti

monitoraggi e controlli per verificare il raggiungimento degli obiettivi che la normativa si è prefissata.

## ANALISI DI IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (AIR)

**Provvedimento:** Schema di Disegno di legge recante “Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”.

**Amministrazione competente:** Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

**Referente dell’amministrazione competente:** Ufficio legislativo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

**SINTESI DELL’AIR E PRINCIPALI CONCLUSIONI**

Il presente disegno di legge contiene principi e criteri di delega mediante i quali intende realizzare quanto specificato dal piano di riforme che accompagna il Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Il PNRR, infatti, con la Missione 5, Componente 2, Riforma 2, inerente alle politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti, e con la Missione 6, inerente i progetti di rafforzamento dell’assistenza domiciliare integrata e della telemedicina per i pazienti cronici, introduce diverse misure per le persone anziane e anziane non autosufficienti, mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati alla prevenzione dell’istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia al potenziamento dell’assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6).

**1. CONTESTO E PROBLEMI DA AFFRONTARE**

L’Italia, con 13,8 milioni di ultrasessantacinquenni al primo gennaio 2019, pari al 22,8 per cento della popolazione totale, si colloca ai vertici della classifica delle popolazioni più longeve. Il dato è, indubbiamente, un chiaro e positivo indice di benessere diffuso e di complessiva soddisfacente tutela sociale e sanitaria del cittadino e delle comunità, ma c’è da considerare che inevitabilmente un crescente numero di anziani è affetto da malattie croniche o comunque vive condizioni psicofisiche invalidanti. Ciò determina un progressivo aumento del fenomeno della non autosufficienza, che cresce dopo i 65 anni e si impenna intorno agli 80.

Il CENSIS stima in oltre 2,8 milioni gli anziani non autosufficienti: il 20,7% degli anziani e l’81% del totale dei non autosufficienti. Il rischio di non autosufficienza cresce con l’età e supera il 40% oltre gli ottanta anni.

Si evidenzia un trend di crescita costante negli ultimi anni, proiettato verso un 2050 in cui una persona su tre avrà più di 65 anni. Infatti, la quota degli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29% e quella degli over ottantacinque sarà oltre il 5%. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59% e 64%. A parità di età, la multicronicità e la riduzione della perdita di autonomia si manifestano in maniera sensibilmente più marcata fra gli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi e residenti nel Mezzogiorno. Ne consegue che una quota consistente e crescente di anziani richiede interventi sanitari ed assistenziali continuativi. Situazione problematica, che tende ad aggravarsi nel tempo e

che presenta, inoltre, significative differenze nelle diverse realtà locali. Liguria, Toscana, Marche, Molise registrano più alti indici di invecchiamento rispetto ad altre regioni, in particolare del Meridione. Lazio e Lombardia si distinguono per una percentuale di anziani soli che supera il 30 per cento nella fascia di età considerata, in un quadro di indebolimento delle relazioni parentali che rende difficile il supporto della rete familiare, con conseguenti significativi tassi di ricovero in strutture assistenziali. Al contrario, al Sud mantiene ancora carattere preminente il modello di famiglia tradizionale che, indubbiamente, è in grado di garantire una maggiore tutela per i soggetti deboli.

Il disagio in vecchiaia, inoltre, si caratterizza ovunque al femminile, non solo perché le donne vivono più a lungo, ma perché connotate da malattie cronico-degenerative in aumento, da solitudine e da indici di basso reddito.

In ogni caso si tratta di un carico assistenziale crescente, di una sfida inedita ed impegnativa tanto per le famiglie che per l'intero sistema di welfare.

Il nostro Paese affronta la sfida con preoccupante ritardo. I comuni, che pure hanno sviluppato reti di interventi e servizi territoriali e domiciliari per disabili ed anziani, intercettano con difficoltà una domanda di assistenza in aumento, soprattutto dopo i ripetuti tagli al sociale delle manovre finanziarie degli scorsi anni. Le aziende sanitarie locali (ASL), chiamate ad affrontare una crescente complessità epidemiologica e organizzativa, per più del 60 per cento dei ricoveri accolgono soggetti ultrasessantacinquenni - molti dei quali in situazione di fragilità e disabilità - in strutture generalmente non progettate per rispondere ai loro particolari bisogni di assistenza. Si tratta di strutture con modelli organizzativi intra-ospedalieri spesso inadeguati, fatta eccezione per quei reparti geriatrici espressamente dedicati agli anziani fragili, con percorsi di cura ospedale-territorio poco gestiti, che troppo spesso si riducono all'invio di fax o alla mera consegna al paziente di una scheda di dimissione, e con una residenzialità assistita non sempre programmata e progettata come parte integrante della rete territoriale.

Pur in un processo virtuoso di trasferimento di risorse verso il territorio con l'obiettivo di attivare ed implementare prestazioni ambulatoriali, domiciliari e diurne, e di ridurre i ricoveri, la Sanità fatica a contenere i costi entro i tetti di spesa programmati, anche perché marca un indubbio ritardo quella necessaria evoluzione organizzativa e culturale rappresentata da aggregazioni funzionali territoriali (AFT), unità complesse di cure primarie (UCCP) e farmacie dei servizi, che possono dare corpo ad una reale continuità assistenziale e ad un più adeguato sostegno domiciliare e familiare nelle situazioni più complesse.

In tale quadro l'unica certezza è l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS, della quale sono destinatari circa 1,4 milioni di anziani. Tale indennità, tuttavia, con i suoi 508 euro mensili, fissi per tutti, si rivela sempre più una misura rigida, generica, palesemente inadeguata a fronteggiare bisogni assistenziali complessi e diversificati. Il risultato è che gli anziani non autosufficienti, come del resto le persone con gravi disabilità, pesano sempre più sulle famiglie, sia come carico assistenziale che in termini di oneri economici. Anzi, la non autosufficienza è ormai, dopo la perdita del lavoro, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane. Infatti, solo tra i 250 e i 300 mila anziani sono ospiti nelle case di riposo, mentre vivono a casa all'incirca 3,5 milioni, dei quali, secondo le stime del 2021, solamente 403.000 persone over 65, pari a poco meno del 2,9% delle persone over 65, hanno ricevuto cure ed assistenza presso il proprio domicilio (fonte: "La Mappa della Fragilità In Italia" Gradiente Geografico e Determinanti Sociodemografici - Indagine 2022), con una spesa pubblica del 20% circa inferiore alla media del continente (Spasova et al., 2018) e solo il 17,7%

di questo budget arriva alla domiciliarità (Ragioneria Generale dello Stato, 2020). Degli anziani che vivono in casa, 185.970 sono quelli assistiti a domicilio, sia attraverso l'intervento dei servizi sociali del Comune (SAD), sia mediante l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) che dipende dal servizio sanitario nazionale e che si sostanzia in un'assistenza domiciliare integrata semplice, per ottenere la quale è necessario rivolgersi al proprio medico di base, che valuta la situazione e la segnala al Distretto Sanitario, il quale si attiva per fornire i servizi richiesti, e in una ADI Complessa, la cui richiesta è valutata da una commissione, composta da medici, operatori dei servizi sociali, infermieri ed altre eventuali figure professionali. Inoltre, la domanda può essere accettata solo se il servizio di Assistenza Domiciliare è attivo nella Asl di riferimento e se la persona ha realmente complesse necessità, per le quali non sono sufficienti gli infermieri o gli operatori sociali.

I programmi pubblici di assistenza per gli anziani non autosufficienti si caratterizzano, dunque, per distinti ambiti del welfare (frammentazione orizzontale) e sono erogati a diversi livelli di governo (frammentazione verticale). Risulta evidente la complessità del sistema di assistenza, in cui le diverse tipologie di sostegno agli anziani fanno capo ad istituzioni distinte tra loro quali l'Inps, i Servizi sociali e le Asl e, soprattutto, l'inadeguatezza del sistema stesso, che non appare in grado di fornire un sostegno idoneo agli anziani e alle loro famiglie. Dato che le strutture pubbliche si rivelano molto spesso inadeguate a fornire la necessaria assistenza, l'anziano e la sua famiglia, pressati dal bisogno di soluzioni immediate, sono costretti ad affidarsi a strutture di ricovero pubbliche e private (RSA), non sempre accoglienti e accudenti come hanno evidenziato tristi casi di cronaca, e se private anche molto costose, oppure a persone che non hanno alcuna esperienza nella gestione e nella cura delle persone anziane, quali cittadine straniere che si prestano a tale attività senza alcuna formazione pregressa e che spesso non sono regolarizzate.

Infatti, nel 2021 il numero dei lavoratori domestici regolarmente registrati (comprensivi di colf che non effettuano lavoro di cura e di assistenza agli anziani) ammonta a circa 961.358, di cui badanti 451.371 (47% circa). Di questi ultimi, 410.476 sono donne (91% circa).

Secondo stime Istat il settore presenta una percentuale di irregolarità del 57%, sicché allo stato vi sarebbe un numero di lavoratori domestici irregolari pari a circa 548.000, di cui, applicando la medesima percentuale dei lavoratori regolari, 257.600 circa badanti (47%). Dei badanti non regolari 234.500 sono donne (91%).

Nel caso di regolarizzazione, lo stipendio e i relativi contributi previdenziali e assicurativi, richiedono un impegno economico importante, che non tutti gli anziani sono in grado di sostenere.

Con l'epidemia causata dal Covid-19, poi, è emersa, con ancora maggiore evidenza e in tutta la sua gravità, l'inadeguatezza del nostro sistema di assistenza sociosanitaria. A gennaio 2021 il 95,6% delle persone decedute a causa del Covid-19 sono state persone anziane sopra i 65 anni. Purtroppo, molte di esse erano ospiti delle Residenze Sanitarie Residenziali, aspetto che ha portato a riflettere sulla inadeguatezza di luoghi cosiddetti di "lunga degenza" e a ripensare al tema con una visione olistica delle soluzioni percorribili: contrasto dell'isolamento sociale, promozione di politiche per l'invecchiamento attivo, supporto e aiuto alla non autosufficienza, attivazione di servizi domiciliari di qualità esigibili in tutto il territorio nazionale.

Ne è conseguita la necessità che vengano stabiliti più attenti criteri di accreditamento delle strutture di accoglienza e cura che consentano la verifica della qualità anche mediante l'individuazione di standard/indicatori "sostanziali" per l'utenza assistita, nonché di introdurre strumenti di formazione per i soggetti che si avvicinano all'assistenza dell'anziano pur non avendo le competenze specifiche di tipo infermieristico e socio-sanitario.

L'aspetto rilevante è, dunque, la mancanza di un sistema integrato di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria multiprofessionale e integrata con una strutturazione permanente in cui i servizi del pubblico, sanitario e sociale, svolgano un lavoro secondo una modalità complementare e crescente in base all'evoluzione dei bisogni delle persone anziane.

E' emersa, dunque, l'urgenza di una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona anziana o anziana non autosufficiente.

La legge delega nasce, dunque, dalla necessità di definire nuovi criteri e nuove modalità di interventi assistenziali sociali, sanitari e sociosanitari per la terza età, al fine di migliorare la qualità del sistema di assistenza alle persone anziane e alle persone anziane non autosufficienti, in un quadro di evoluzione dei servizi che sia adeguato alle diverse necessità che l'anziano manifesta con l'avanzamento dell'età e all'eventuale sviluppo di malattie conseguenti al progressivo invecchiamento.

Il provvedimento normativo si inserisce nel quadro del PNRR, nel quale si evidenzia come "secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030" e, in particolare, nell'ambito della Componente C2 - "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", finalizzato a favorire la realizzazione di un sistema organico degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, nonché nell'ambito della Missione 6 dedicata alla Sanità, che destina tre miliardi al potenziamento dell'assistenza domiciliare per gli anziani attraverso la realizzazione delle case di comunità.

In tale contesto, la legge delega individua i principali attori della realizzazione del sistema integrato di assistenza e cura, nelle strutture pubbliche territoriali chiamate a dare attuazione, secondo le rispettive prerogative e competenze, alle previsioni normative, e, in particolare:

- a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione;
- a livello locale le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e il distretto sanitario.

A livello centrale si prevede l'istituzione del Comitato interministeriale per le 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. Il CIPA ha, dunque, una funzione di programmazione che si esplica con l'adozione del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", sulla cui base sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali.

Il Comitato, altresì, promuove, con il preventivo parere della commissione tecnica per i fabbisogni standard e in raccordo con la Cabina di regia, l'armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, con i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), nonché 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.

In tal modo si forniscono linee programmatiche d'azione uniforme su tutto il territorio nazionale, in modo da contrastare il divario tra le diverse regioni nei servizi resi agli anziani.

Sono destinatari dei benefici derivanti dall'attuazione delle disposizioni normative in esame gli anziani e gli anziani non autosufficienti, come sopra numericamente individuati, che dovrebbero beneficiare della realizzazione di politiche tese a favorire un invecchiamento attivo connesso con il tessuto sociale e con le nuove generazioni, nonché dell'attuazione di un sistema pubblico di assistenza e cura unico e integrato, caratterizzato da tutele crescenti, che accompagnano l'anziano nelle sue progressive esigenze di assistenza e di cura.

Sono, altresì, destinatari dei benefici derivanti dalle previsioni normative anche i *caregivers* familiari, circa 3 milioni di persone, cui dovranno essere destinati gli interventi finalizzati a valorizzare le competenze professionali acquisite nell'attività di assistenza e cura delle persone anziane e la loro partecipazione nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale, previa ricognizione e ridefinizione delle norme di settore.

## **2. OBIETTIVI DELL'INTERVENTO E RELATIVI INDICATORI**

### **2.1 Obiettivi generali e specifici**

#### **Obiettivo generale:**

L'obiettivo generale è quello di procedere alla ricognizione, al riordino, alla semplificazione e al coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, della legislazione vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, al fine di migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani, attraverso un nuovo modello di sviluppo socialmente ed ambientalmente sostenibile, nonché di raggiungere una maggiore visione prospettica, che consideri l'attuale situazione demografica del Paese, innovando l'offerta di servizi sociali sociosanitari e sanitari e affrontando nel suo complesso la ricostruzione di un sistema integrato multilivello capace di organizzare e assistere una società sempre più longeva, di facilitare l'accesso dei cittadini a percorsi personalizzati di presa in carico e di accompagnamento e di assicurare la presenza di servizi e strutture di concezione e approccio diversi nella cura e assistenza.

Si possono, quindi, individuare tre obiettivi generali.

Il Governo è delegato ad adottare non oltre il 31 gennaio 2024, uno o più decreti legislativi finalizzati a promuovere l'invecchiamento attivo, l'autonomia, la prevenzione delle fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti al fine di tutelare la dignità degli anziani e migliorare le loro condizioni di vita e di assistenza, per contrastare il fenomeno della solitudine sociale e della deprivazione relazionale.

Altro ambito della delega riguarda la ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento delle norme vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana non autosufficiente, al fine di potenziare ed integrare maggiormente, in via progressiva, la loro assistenza anche presso il domicilio, garantendo i livelli essenziali di assistenza, sia sanitaria (LEA) che sociale (LEPS).

Il terzo ambito della delega è finalizzato ad introdurre 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.

**Obiettivi specifici** sono:

- con riferimento alle persone anziane autosufficienti:
  - promuovere la cultura della salute e della prevenzione lungo il corso della vita, favorire percorsi per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva, nonché promuovere programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento per favorire la tranquillità fisiologica e mentale per il raggiungimento ed il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale;
  - favorire programmi e percorsi diretti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile attraverso il loro coinvolgimento in attività di utilità sociale, di volontariato, di tutoraggio delle altre fasce d'età, nonché attraverso programmi e percorsi;
  - promuovere il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione di spazi verdi e le occasioni di incontro e socializzazione, nonché realizzare 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), 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;
  - promuovere l'alfabetizzazione informatica e favorire l'uso di nuove tecnologie;
  - favorire l'incontro, lo scambio e la solidarietà intergenerazionale, per valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale;
  - valorizzare per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, le esperienze significative di volontariato all'interno del curriculum dello studente anche ai fini del riconoscimento dei crediti scolastici e per gli studenti universitari, le attività svolte in convenzione tra le università e le strutture residenziali o semiresidenziali o a domicilio con riconoscimento di crediti formativi universitari;
  - fornire alle persone fragili, e, in particolare, alle persone di età superiore a ottanta anni o affette da patologie croniche suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento, la possibilità di accedere, in coerenza con la disciplina prevista in materia da altri strumenti di regolamentazione, ad una valutazione multidimensionale delle proprie capacità e bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria, garantendo all'esito della valutazione, un'attività di screening per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza della persona e per il necessario orientamento e supporto informativo ai fini dell'accesso al *continuum* di servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale.

- Con riferimento agli anziani non autosufficienti:
- Introdurre una forma di programmazione unitaria e integrata dei servizi statali e territoriali destinati alle persone anziane con la previsione di sistemi di valutazione e monitoraggio degli interventi resi, attraverso la definizione di Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), nonché rafforzare, con interventi adeguati su tutto il territorio nazionale, l'attuale sistema socio-sanitario integrato dei servizi pubblici esigibili per i cittadini non autosufficienti e per le loro famiglie e, nel contempo, individuare l'apporto che i soggetti istituzionali, coinvolti a diverso titolo, debbono prestare per contribuire alla costruzione del sistema delle cure e favorire la possibilità di vivere presso il proprio domicilio con supporti adeguati;
  - riordinare, semplificare, potenziare e razionalizzare, anche in via progressiva, l'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti, e, quindi, procedere al coordinamento degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari e promuovere su tutto il territorio nazionale uno sviluppo omogeneo degli ATS che garantiscano lo svolgimento uniforme sul territorio di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali prestati alle persone anziane non autosufficienti;
  - semplificare e integrare i processi, i servizi e gli interventi per la non autosufficienza e l'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari, mettere a disposizione i punti unici di accesso (PUA) e così 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;
  - semplificare e integrare le procedure amministrative finalizzate all'accertamento della condizione di non autosufficienza e favorire su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un soggetto unico, riducendo le duplicazioni e contenendo i costi e gli oneri amministrativi;
  - introdurre una valutazione multidimensionale unificata per consentire l'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare, al fine di consentire l'accesso alle prestazioni di competenza statale, che sostituisca le procedure di accertamento dell'invalidità civile e dell'accesso ai relativi benefici, nonché introdurre presso i PUA una valutazione unica, da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), per stabilire un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), che tenga conto dei fabbisogni assistenziali dell'anziano non autosufficiente;
  - Introdurre uno specifico budget di cura di cura e assistenza, per effettuare una ricognizione unitaria delle prestazioni e dei servizi sociali e sanitari e delle risorse attivabili nell'ambito del piano assistenziale individuale;
  - procedere ad integrare gli istituti di assistenza domiciliare integrata (ADI) con il servizio di assistenza domiciliare (SAD), al fine di garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria,

sociale e sociosanitaria che si basi sulla presa in carico dell'anziano non autosufficiente di carattere continuativo e multidimensionale;

- promuovere, con riferimento ai servizi semiresidenziali, l'offerta di interventi complementari di sostegno, e con riferimento ai servizi residenziali, garantire misure idonee per raggiungere livelli di intensità assistenziale adeguati alle esigenze degli ospiti e la qualità degli ambienti di vita, nonché introdurre una revisione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento, sia per le strutture pubbliche che per quelle private;
  - Garantire alle persone con disabilità che entrano nell'età anziana, l'accesso a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, senza soluzione di continuità e con divieto di dismissione o di esclusione dai pregressi servizi, nonché l'accesso agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e anziane non autosufficienti, senza che sia necessario procedere ad un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza o di una nuova valutazione multidimensionale, se esistente;
  - Sostenere il processo di progressivo ed equilibrato miglioramento delle condizioni di vita dei *caregivers* familiari impegnati nell'assistenza diretta alla persona non autosufficiente, promuovendo interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata e forme di partecipazione delle rappresentanze dei caregiver familiari.
- Ulteriori obiettivi da perseguire, nell'ambito del progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali, sono:
- 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 non inferiore alle indennità di accompagnamento e alle prestazioni assistenziali già esistenti. Tale prestazione, ove fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento.
  - 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 socioassistenziali
- In tale quadro, gli interventi della legge delega si basano sull'utilizzo delle risorse dei fondi preesistenti, relativi alla gestione delle non autosufficienze, alle politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, nonché dei fondi istituiti per il riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare.

## 2.2 Indicatori e valori di riferimento

Allo scopo di individuare indicatori adeguati e specifici per le diverse tipologie di prestazioni è istituito, presso la presidenza del Consiglio dei Ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con compito di adottare 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 cui basi saranno adottati i piani regionali e locali. Verranno seguite anche le indicazioni della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, di cui all'art. 1, comma 29 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che agisce 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, lett. h) n. 2 della legge 22 dicembre 2021, n. 227, al fine di promuovere l'armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, con i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA).

### 3. OPZIONI DI INTERVENTO E VALUTAZIONE PRELIMINARE

Nel sistema normativo del Paese manca una disciplina organica sul tema della non autosufficienza che da almeno 30 anni attende la realizzazione di una riforma globale che riguardi l'insieme degli interventi, sanitari e sociali, rivolti ad una platea di cittadini in continua crescita. La predisposizione di un testo normativo sistematico è da considerarsi di portata storica. Non può sottacersi, inoltre, che si tratta di un provvedimento previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relativo alla Missione 5, Componente 2, Riforma 2, che impegna il Governo a presentare un disegno di legge delega per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e che gli attribuisce obiettivi importanti, come l'integrazione tra gli interventi, la semplificazione dell'accesso, l'incentivazione della domiciliarità, nonché una formale individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti. Attualmente il sistema di interventi dedicati agli anziani e agli anziani non autosufficienti, è fortemente decentrato con una capacità di risposta territoriale non omogenea. Uno dei motivi sostanziali per la sua adozione è certamente il tentativo di sostenere obiettivi comuni che siano riferimento unico per i territori pur nel rispetto delle singole specificità.

Data l'ampiezza dell'intervento normativo, che coinvolge diversi profili del sistema di assistenza e cura degli anziani, si è ritenuto di adottare una legge delega che individuasse un unico complesso di principi e criteri direttivi dell'intera materia. Nel provvedimento in tal modo possono coesistere disposizioni di indirizzo, che esprimono le finalità che il legislatore intende perseguire e i criteri direttivi cui dovrà attenersi la disciplina attuativa, con norme di riordino e di razionalizzazione delle disposizioni vigenti e con norme più direttamente cogenti e innovative del sistema vigente. La complessità della materia, infatti, data dalla evidente circostanza che la stessa interseca programmazioni e piani nazionali, regionale o territoriali, di carattere socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario, già in essere o *in fieri*, il cui contenuto va a sostanziare le azioni programmatiche previste nel presente provvedimento, richiede un disegno normativo che la riconduca ad una unità di obiettivi da realizzare. Per tale finalità, lo strumento tecnico più idoneo è, dunque, sembrata la legge delega adottata nel caso *de quo*.

#### **4. COMPARAZIONE DELLE OPZIONI E MOTIVAZIONE DELL'OPZIONE PREFERITA**

##### **4.1 Impatti economici, sociali ed ambientali per categoria di destinatari**

Sotto il profilo economico, considerando la complessità della materia e non essendo possibile procedere alla puntuale determinazione degli effetti finanziari derivanti dai decreti legislativi di attuazione, la quantificazione degli stessi potrà essere effettuata esclusivamente al momento dell'attuazione dei decreti delegati.

E' possibile, comunque, evidenziare, sul versante sociale, l'implementazione del "Fondo per le non autosufficienze" per il finanziamento di progetti per la vita indipendente degli anziani, che potranno favorire le attività delle associazioni e degli enti del terzo settore, e per l'assunzione di personale da destinare ai punti unici di accesso, con conseguente favorevole impatto sull'occupazione. Sul versante sanitario, contribuiranno alla realizzazione delle politiche individuate dal provvedimento in parola, le risorse previste a legislazione vigente derivanti dal trasferimento alle Regioni e alle Province autonome delle relative quote del Fondo Sanitario Nazionale specificamente destinate per le finalità nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria, andando ad incrementare le risorse disponibili di tali enti.

In tale quadro, gli interventi della legge delega si basano sull'utilizzo delle risorse dei fondi preesistenti, relativi alla gestione delle non autosufficienze, alle politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale nonché di fondi istituiti per il riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare.

Inoltre, alla realizzazione degli obiettivi della legge delega contribuiscono, in via programmatica, le risorse del 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 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, Ospedali di comunità, (di cui alla Missione 6, componente 1, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3), in conformità con le procedure stabilite per l'attivazione delle risorse del PNRR e fermo restando il conseguimento dei relativi obiettivi e traguardi, nonché le risorse previste nell'ambito del Programma Nazionale "Inclusione 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. Ciò premesso, i benefici per i principali destinatari consistono nella facilitazione all'approccio ai servizi, nella semplificazione, integrazione e unificazione delle procedure di accertamento, nonché nel potenziamento progressivo delle risposte sanitarie, sociali e sociosanitarie.

Si ipotizza, dunque, che un moderno *welfare* che eroghi adeguate prestazioni di sostegno e di assistenza alle persone anziane e anziane non autosufficienti possa determinare riflessi importanti anche sui livelli occupazionali dei soggetti che li assistono.

Sotto il profilo sociale e ambientale la legge delega, mirando a favorire una migliore qualità di vita degli anziani autosufficienti e contrastando i fenomeni di solitudine e di istituzionalizzazione, valorizza le attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nell'associazionismo e nelle famiglie, come l'impegno in attività di utilità sociale e la sorveglianza dei minori, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche, il tutoraggio e cura delle altre fasce di età attraverso il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato e degli enti del terzo settore.

La promozione di azioni facilitanti l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani degli anziani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro e la promozione di meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, nonché la previsione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni disagiate, da realizzarsi 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, favorisce nuove forme di socializzazione tra anziani che può anche condurre ad un alleggerimento del carico gravante sulle famiglie. Nel contempo, tali previsioni impegnano i comuni a nuove politiche abitative e di innovazione del patrimonio urbano e i servizi sociali comunali, nonché alla previsione di nuove e più agili forme di assistenza.

Si prevede, altresì, la promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento che possa implementare le attività economiche dedite al turismo, con lo sviluppo di nuove forme di accoglienza.

Con riferimento agli anziani non autosufficienti, la legge delega si basa su un modello di intervento che prevede l'integrazione di tutte i servizi disponibili, grazie a una rete territoriale in cui si sviluppa l'azione di soggetti organizzati, delle reti informali e delle risorse della comunità locale sia pubbliche che private, formali e non formali.

In particolare, si incentiva lo sviluppo degli Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che hanno tra i loro compiti quello di pianificare annualmente gli interventi di promozione della salute, integrando le diverse competenze professionali ed organizzative interne alle Agenzie, nonché i ruoli e le responsabilità, attivati mediante processi partecipati, dei diversi soggetti della comunità quali Comuni, Istituzioni, Enti, Volontariato, Associazionismo.

Si promuove il potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti, nonché il rafforzamento del Punto unico di accesso, ossia il luogo nel quale si prende in carico la persona con tutti i suoi bisogni sociali e sanitari e dove si realizza l'integrazione sociosanitaria. I PUA, inseriti nelle Case di comunità, producono effetti su tutto il sistema degli attori istituzionali coinvolti, anche mediante la previsione del "Budget di cura e assistenza" quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni, dei servizi e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo Piano.

Il provvedimento, dunque, mira a potenziare la rete istituzionale di interventi a favore degli anziani non autosufficienti, favorendo una maggiore semplicità di accesso ai servizi da parte degli anziani e dei loro *caregivers*, con una ricaduta positiva in termini di tempo speso per ottenere la richiesta assistenza, nonché di qualità dell'assistenza resa.

A ciò si aggiunge che l'integrazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) tende a garantire una risposta globale alle esigenze di gestione e cura dell'anziano, con un beneficio organizzativo che coinvolge i destinatari diretti delle misure e le loro famiglie, ma con una ripercussione positiva anche in termini di qualità dei soggetti deputati alla loro realizzazione. La delega, dunque, mira a migliorare la qualità dell'assistenza resa all'anziano. Ulteriori impatti che la legge delega produrrà riguardano le residenze per gli anziani, pubbliche private.

La revisione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati anche del terzo settore, di servizi di rete, domiciliari, diurni e residenziali rappresenta un

veicolo di valutazione istituzionale finalizzato al continuo miglioramento degli aspetti legati all'assistenza e una garanzia affinché tutti possano ricevere un trattamento adeguato in base ai loro bisogni. Significa assicurare standard di sicurezza della qualità delle cure a tutti i cittadini che scelgono tra gli accreditati, pubblici e privati, con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali e garantire che le strutture siano dotate di risorse e organizzazione adeguate alle attività erogate.

Nei territori in cui i sistemi di autorizzazione e di accreditamento sono stati correttamente applicati l'offerta di tutti i servizi – sia domiciliari che semiresidenziali e residenziali – prevede rigorosi standard gestionali e strutturali e altrettanto rigorosi meccanismi di vigilanza e controllo del loro rispetto da parte di tutti gli erogatori, sia pubblici che privati, ma, anche in considerazione degli effetti determinatisi con l'emergenza pandemica, è emersa la mancanza di omogeneità nella modalità con la quale i territori hanno applicato gli adempimenti amministrativi o semplicemente, vigilato su di essi.

La revisione dei criteri minimi di autorizzazione e accreditamento prevista dalla legge delega è funzionale a facilitare una corretta e omogenea applicazione sull'intero territorio nazionale delle norme, in modo da evitare di accumulare in *un unicum*, servizi e situazioni territoriali dalle caratteristiche e dalla qualità diversa tra loro, sia nell'organizzazione che nelle cure.

Inoltre, non tutti i servizi sociali sono sottoposti dalla legge nazionale al processo di autorizzazione e di accreditamento sociale. Tali procedure sono infatti esplicitamente previste solo per i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e per le comunità di tipo familiare, mentre non sono inclusi, gli altri servizi sociali, a partire da quelli domiciliari (servizio di assistenza domiciliare SAD, segretariato sociale, affido familiare ecc.). Solo poche regioni come Emilia-Romagna e Toscana hanno approvato i sistemi di autorizzazione e accreditamento dei servizi per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale. Pertanto, l'estensione del sistema a tutte le Regioni italiane con un meccanismo di autorizzazione e accreditamento dei servizi domiciliari socio-assistenziali, rappresenta un'opportunità da affiancare a quello delle cure domiciliari.

Il provvedimento impatta poi sulla formazione del personale addetto ai servizi. Infatti, la previsione del potenziamento delle attività e della programmazione integrata della parte sociale con quella sanitaria, nonché dei compiti degli attori coinvolti, Stato, Regioni e ATS al fine di fronteggiare e superare la frammentazione attuale, comporta competenze rafforzate e nuove anche ai fini dell'assunzione di personale specializzato.

Anche con riferimento ai servizi semiresidenziali, è prevista 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 e, con riferimento ai servizi residenziali, sono poi previste 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 delle persone anziane.

Infine, si prevede anche una ricognizione e un riordino delle agevolazioni contributive e fiscali per sostenere il lavoro di cura prestato presso il domicilio della persona non autosufficiente. Ciò può portare ad una regolarizzazione dei numerosissimi rapporti di lavoro sommerso e anche ad una valorizzazione delle competenze maturate in tale attività lavorativa.

#### **4.2 Impatti specifici**

Si riporta la eventuale valutazione dei seguenti impatti:

##### **A. Effetti sulle PMI (Test PMI)**

Non si producono effetti sulle PMI.

##### **B. Effetti sulla concorrenza**

Non si producono effetti sulla concorrenza.

##### **C. Oneri informativi**

Si rinvia ai successivi provvedimenti normativi e/o regolamentari.

#### **4.3 Motivazione dell'opzione preferita**

Il disegno di legge ed i successivi decreti attuativi costituiscono la cornice necessaria a dare sistematicità ad una materia in cui sussistono fonti normative eterogenee e distinti centri di azione amministrativa che operano con regole proprie e senza coordinamento. Si inserisce in un contesto privo di alternative adeguate capaci di coprire i bisogni di una categoria di cittadini che si è delineata nel corso di decenni.

La complessità della materia è data dalla circostanza che proprio le risposte esistenti risultino poco coordinate e/o inadeguate ai bisogni mentre le azioni programmatiche previste nel disegno di legge in oggetto si propongono di fornire maggiore sostanza ai servizi e alle risposte.

In tale contesto, le disposizioni del disegno di legge delega mirano a realizzare quanto specificato dal piano di riforme che accompagna il PNRR e si collocano nell'ambito dei principi e delle norme internazionali e nazionali di riferimento, quali in particolare il principio della eguale dignità delle persone sancito dall'art. 2 della Costituzione, nonché i principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, di seguito "CRPD"), ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, dalla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 della Commissione Europea del 3 marzo 2021. Le predette disposizioni attuano, altresì, l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in materia di riconoscimento del valore umano, sociale, culturale ed economico di ogni stagione della vita delle persone, indipendentemente dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni alla loro autonomia.

#### **5. MODALITÀ DI ATTUAZIONE E MONITORAGGIO**

##### **5.1 Attuazione**

L'attuazione del presente disegno di legge avverrà tramite l'adozione di successivi decreti legislativi che il Governo dovrà adottare entro il 31 gennaio 2024.

##### **5.2 Monitoraggio**

Il monitoraggio sarà effettuato successivamente alla predisposizione dei decreti legislativi di attuazione delle deleghe contenute nel presente provvedimento. E' previsto tra i criteri che il

legislatore ha delegato al Governo la previsione dell'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati e 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.

#### **CONSULTAZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'AIR**

Non sono state svolte consultazioni.

#### **PERCORSO DI VALUTAZIONE**

Il DDL in oggetto rappresenta la sintesi di un lungo lavoro realizzato dalla Commissione "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, e dalla Commissione per la "Riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana" presso il ministero della Salute, nonché da quella appositamente istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. All'esito del lavoro dei tavoli tecnici sono stati predisposti i testi che sono stati oggetto di un complesso lavoro di revisione, affinamento, modifica e integrazione da parte di tutti gli attori istituzionali a diverso titolo coinvolti a valle del quale è stato redatto il testo oggetto del presente AIR.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### CAPO I

#### PRINCÌPI GENERALI E SISTEMA DI COORDINAMENTO E PROGRAMMA- ZIONE 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 principi 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, garanti-

scono, 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;

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:

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 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 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, 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 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 na-

zionale, 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 Pre-

sidente 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:

1) promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative 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, 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 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 non autosufficienti, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, cui concorrono, secondo le rispettive prerogative e competenze, i seguenti soggetti:

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;

c) adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti 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;

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;

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 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 socio-sanitari e messa a disposizione di PUA, collocati presso le Case della comunità, 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, 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 attua-

zione 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;

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 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 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, 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 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 sociosanitarie 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 perse-

guire 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, sociosanitari 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 *care-giver* 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 profes-

sionali 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 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 at-

tuazione 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 stanziino le occorrenti risorse finanziarie.

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.

Art. 9.

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.