

# dossier

XIX Legislatura

13 marzo 2023

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

**A.C. 977**



Senato  
della Repubblica



Camera  
dei deputati



Ufficio ricerche sulle questioni del lavoro e della salute

TEL. 06 6706-2451 - ✉ [studi1@senato.it](mailto:studi1@senato.it) - [@SR\\_Studi](https://twitter.com/SR_Studi)

Dossier n. 48/2



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

Tel. 066760-3266 - ✉ [st\\_affarisociali@camera.it](mailto:st_affarisociali@camera.it) - [@CD\\_sociale](https://twitter.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 32/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

*AS0032b.docx*

## INDICE

### SCHEDE DI LETTURA

- Premessa e sintesi del contenuto .....5
- Articolo 1 (*Definizioni*) .....9
- Articolo 2 (*Oggetto, principi e criteri direttivi generali di delega e istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana*) .....16
- Articolo 3 (*Delega al Governo per la promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e per la prevenzione della loro fragilità*) .....24
- Articolo 4 (*Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti*).....29
- Articolo 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*) .....39
- Articolo 6 (*Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi*)...45
- Articolo 7 (*Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali*) .....47
- Articolo 8 (*Disposizioni finanziarie*).....48
- Articolo 9 (*Entrata in vigore*) .....57

### DATI DI CONTESTO

- Dinamica demografica e non autosufficienza .....61
- Assistenza territoriale agli anziani – Dati SSN e ANCI.....67
- La spesa per *long term care* .....73



## **Schede di lettura**



## Premessa e sintesi del contenuto

### **Il disegno di legge in esame** reca e disciplina alcune **deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane**.

Viene delineata in tale ambito una riforma articolata e complessiva, volta ad attuare alcune norme della legge di bilancio 2022<sup>1</sup> e, con specifico riferimento alla categoria degli anziani non autosufficienti, a realizzare uno degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)<sup>2</sup>, che fissa al primo trimestre 2023 il traguardo per l'adozione della legge delega, e al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi delegati.

Il provvedimento muove dal riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio e dal principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente. Si prevede l'effettuazione, in una sede unica, mediante i "punti unici di accesso" (PUA), di una **valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato"** (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

Ulteriori elementi di rilievo sono la definizione di una specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale; la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD); il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*; la previsione d'interventi a favore dei *caregiver* familiari.

Viene demandata ai decreti legislativi delegati anche:

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

<sup>1</sup> Legge 30 dicembre 2021, n. 234. (articolo 1, commi 159-171).

<sup>2</sup> Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture.

Il disegno di legge è composto da **9 articoli**:

- **l'articolo 1** reca le **definizioni**;
- **l'articolo 2** definisce oggetto, **principi e criteri direttivi generali** della delega ed istituisce il **Comitato interministeriale per la popolazione anziana**, avente anche compiti di pianificazione;
- **l'articolo 3 delega** il Governo a adottare **entro il 31 gennaio 2024** uno o più decreti legislativi per la definizione di misure intese **alla promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità**;
- **la disciplina di delega di cui all'articolo 4** (il quale, così come **l'articolo 5**, è espressamente dedicato alla non autosufficienza) ha l'obiettivo di **riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti**, anche attraverso l'individuazione di un unico centro di spesa e di responsabilità in ambito LEPS, nonché di potenziare progressivamente le relative azioni, in attuazione della Missione 5<sup>3</sup>, componente 2 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- **l'articolo 5** reca una delega al Governo, da esercitarsi 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. Un primo ambito di delega concerne il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti: a tal fine è prevista, anche in via sperimentale e progressiva, per coloro che optino per essa, una **prestazione universale, graduata** secondo lo specifico bisogno assistenziale ed **erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona**. Gli aventi titolo all'**indennità di accompagnamento** hanno la **facoltà di optare<sup>4</sup> in maniera espressa per la nuova prestazione**, che ingloba l'erogazione monetaria e i servizi alla persona. La disciplina dell'indennità di accompagnamento rimane invariata, sicché i presupposti sanitari per l'accesso alla stessa non mutano. **Altri ambiti della delega sono costituiti da:** la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali volte a sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona

---

<sup>3</sup> Il comma 1 dell'articolo 4 cita solo la Missione 5, mentre la Missione 6 (Salute) è menzionata dal successivo comma 2, nell'ambito di uno specifico principio di delega (lettera i)).

<sup>4</sup> In virtù di una modifica approvata al Senato, al Governo è demandata la disciplina della reversibilità della scelta.



non autosufficiente; la definizione delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane; il miglioramento delle condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiari;

- **l'articolo 6** definisce il **procedimento per l'adozione dei decreti legislativi** delegati: sugli schemi dei decreti deve essere acquisita la previa intesa in Conferenza unificata; successivamente essi 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. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi;
- **l'articolo 7** reca la **clausola di invarianza finanziaria**;
- **l'articolo 8** reca le **disposizioni finanziarie**, specificando le risorse per attuare le misure previste dalle discipline di delega in oggetto;
- **l'articolo 9** dispone **sull'entrata in vigore del provvedimento**, fissandola al giorno successivo a quello della sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Si ricorda che sul presente disegno di legge la Conferenza Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali ha espresso un parere nella [seduta](#) dell'8 marzo 2023.



## Articolo 1 (Definizioni)

L'articolo 1 reca e specifica le **definizioni** contenute nel **disegno di legge delega**, delineandone in tal senso l'ambito di intervento. Si ricorda che il provvedimento in commento attua la **Riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti prevista dalla Missione 5 Componente 2 del PNRR**, che fissa al primo trimestre 2023 il traguardo per l'adozione della legge delega, e al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi delegati.

Come sopra ricordato, attraverso le definizioni recate dall'articolo 1, viene delineato l'ambito entro il quale intende operare il disegno di legge delega.

Vengono citati in prima istanza alla **lettera a) i livelli essenziali delle prestazioni (LEPS)**, ovvero i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. m), della Cost.) in coerenza con i principi e i criteri generali indicati dalla legge quadro n. 328 del 2001<sup>5</sup>. Tale definizione riprende alla lettera il contenuto dell'art. 1, comma 159 della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) che, per prima, ha definiti i LEPS per la non autosufficienza. A tali commi si rinvia per la definizione dei punti unici di accesso-PUA (i servizi integrati di cui all'art. 1, comma 163, della legge di bilancio 2022) e dei progetti individualizzati di assistenza integrata-PAI (art. 1, comma 163, della legge di bilancio 2022). La lettera a) in ultimo fa salvo quanto previsto dall'art. 1, commi da 791 a 798, della legge di bilancio 2023 (legge n. 197 del 2022) che disciplina la determinazione dei LEP quale soglia di spesa costituzionalmente necessaria costituente nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al PNRR, e dall'art. 2, comma 2, lett. h) n. 2) della legge delega sulla disabilità (L. n. 227 del 2021<sup>6</sup>) in materia di determinazione dei LEP, con riguardo alle prestazioni in favore delle persone con disabilità.

<sup>5</sup> Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

<sup>6</sup> Delega al Governo in materia di disabilità.

### • I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)

La legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha fornito, ai commi da 159 a 171, la prima definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per la non autosufficienza, e ha qualificato l'offerta integrata sociosanitaria territoriale delineando le azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione (passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti), e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR in cui il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, alle persone in condizioni di non autosufficienza, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA).

In particolare, la legge di bilancio 2022 definisce come LEPS (art.1, comma 162) i servizi socio-assistenziali, erogati dagli ATS, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.

Più nel dettaglio, sono considerati LEPS:

a) l'assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari. Entrambi questi interventi vanno considerati in parallelo con le azioni previste dalla Componente 1 della Missione 6 Salute. Inoltre la legge di bilancio 2022 riconosce come livello essenziale delle prestazioni sociali la messa a punto di soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR (M5C2), mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale intergenerazionale e fra persone anziane e mediante adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) i servizi sociali di sollievo, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore;

c) i servizi sociali di supporto, quali: la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio; l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Il SSN e gli ATS sono tenuti a garantire l'accesso all'insieme dei servizi ora elencati attraverso i PUA (punti unici di accesso), operativi presso le Case delle comunità, dove sono fra l'altro presenti équipe integrate, composte da personale appartenente al SSN e agli ATS, in grado di assicurare la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM), che, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, procedono alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI)

contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Conseguentemente, la legge di bilancio 2022 fa riferimento a quanto previsto dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, c.d. Nuovi LEA e in particolare, agli articoli del medesimo d'interesse per la non autosufficienza: ovvero agli artt. 21 "Percorsi assistenziali integrati", 22 "Cure domiciliari", 23 "Cure palliative domiciliari" nonché all'art. 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti".

Per quanto riguarda, i contributi monetari, la legge di bilancio 2022 precisa che l'offerta degli ATS può essere integrata da contributi monetari - diversi dall'indennità di accompagnamento - utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore della assistenza sociale non residenziale.

L'attuazione degli interventi, e l'adozione dei necessari atti di programmazione integrata, non è definita nel dettaglio ma è demandata a linee guida da definire con intesa in sede di Conferenza Unificata, mentre le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e la verifica del raggiungimento dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti sono da determinare con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa in sede di Conferenza Unificata. La graduale introduzione dei LEPS per le non autosufficienze è inquadrata nell'ambito degli stanziamenti vigenti, incluse le integrazioni previste dalla medesima legge di bilancio 2022, che incrementa il Fondo per le non autosufficienze per un ammontare pari a 100 milioni di euro per il 2022, a 200 milioni per il 2023, a 250 milioni per il 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dal 2025.

La legge di bilancio 2022, al comma 174, ha inoltre introdotto un obiettivo per il raggiungimento del LEP riferibile al trasporto scolastico comunale degli alunni con disabilità; è stata infatti assegnata una quota variabile del Fondo di solidarietà comunale (FSC) destinata ad aumentare il numero di studenti della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado, privi di autonomia, a cui viene fornito il trasporto per raggiungere la sede scolastica: il FSC è stato aumentato di 30 milioni di euro per l'anno 2022, 50 milioni per l'anno 2023, di 80 milioni per l'anno 2024, 100 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026 e di 120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Sulla G. U. n. 294 del 17 dicembre 2022 è stato pubblicato il DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024 (PNNA 2022-2024). Il Piano stanziava complessivamente oltre 2,6 miliardi di euro per il triennio. Nello specifico, le risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze ammontano a: 822 milioni di euro per il 2022; 865,3 milioni di euro per il 2023; 913,6 milioni di euro per il 2024.

L'art. 1, commi 791-798, della legge di bilancio 2023 (legge n. 197 del 2022) reca disposizioni in materia di accelerazione del processo di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), definendo questi ultimi come "condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni" alle Regioni nelle materie di legislazione concorrente e in ulteriori materie o ambiti di materie riferibili ai LEP individuati

dalla Cabina di regia sulla base delle ipotesi tecniche formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard (di cui all'art. 1, comma 29, della n. 208 del 20157). A questo fine, è istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, una Cabina di regia per la determinazione dei LEP, presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e costituita da Ministri competenti nelle materie chiamate in causa dai compiti e dalle funzioni della Cabina di regia, oltre che dai Presidenti della Conferenza delle regioni e delle province autonome, dell'UPI e dell'ANCI. Sono stabiliti, altresì, i compiti e gli obiettivi che la Cabina di regia è chiamata a conseguire, nonché le tempistiche di svolgimento delle attività ad essa affidate, le procedure di realizzazione di tali attività e le forme e modalità di interazione con le amministrazioni competenti nelle materie coinvolte e con la Commissione tecnica per i fabbisogni standard. Per l'ipotesi in cui la Cabina di regia non riesca a concludere le proprie attività nei termini stabiliti, l'articolo prevede, altresì, la nomina di un Commissario. Sono disciplinate, infine, le procedure di predisposizione e adozione degli schemi di DPCM volti alla determinazione dei LEP e dei costi e fabbisogni standard nelle materie suscettibili di devoluzione alle Regioni ad autonomia ordinaria, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

L'art. 2, comma 2, lett. h) n. 2) della Delega sulla disabilità (legge n. 227 del 2021), con riguardo alle disposizioni finali e transitorie, ha previsto di definire, anche avvalendosi del supporto della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, con riguardo alle prestazioni in favore delle persone con disabilità, con individuazione di una disciplina di carattere transitorio, nelle more della effettiva applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni, che sia volta a individuare e garantire obiettivi di servizio, promuovendo la collaborazione tra i soggetti pubblici e i privati, ivi compresi gli enti operanti nel Terzo settore.

Alla **lettera b)** sono indicati gli **Ambiti territoriali sociali-ATS**: soggetti giuridici di cui all'art. 8, comma 3, lettera a), della già citata legge quadro n. 328 del 2000 e di cui all'art. 23, comma 2, del D. Lgs. n. 147 del 2017<sup>8</sup> che prevede che gli ATS trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego. Gli ATS sono impegnati, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 160 a 164, della legge di bilancio 2022 a garantire, 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

---

<sup>7</sup> *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*

<sup>8</sup> Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147, Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.

dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal decreto n. 77 del 2022<sup>9</sup> sulla definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, in attuazione della Componente 1, Missione 6, Salute, del PNRR.

La lettera c) cita i **punti unici di accesso (PUA)** già previsti dalla normativa previgente<sup>10</sup> ma ridefiniti dalla Legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021) come servizi integrati gestiti dal SSN e dagli ATS presso le Case della comunità affinché sia garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari loro dedicati. La legge di bilancio 2022 chiarisce inoltre, ulteriormente innovando rispetto alla normativa previgente, che presso i PUA operano équipe integrate per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. Le équipe integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale degli utenti non autosufficienti con l'obiettivo di consentirne la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. amplia le funzioni.

Per la definizione dei PUA, il provvedimento in esame rinvia all'art. 1, comma 163, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) che li identifica come segue: “Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della comunità”<sup>11</sup>. Va osservato tuttavia che il D.M. n. 77 del 2022, recante gli standard dell'assistenza territoriale, definisce i PUA “la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le

---

<sup>9</sup> Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

<sup>10</sup> Il decreto 10 luglio 2007 “Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano” prevede, all'Allegato A, che nella Casa della salute “Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale”. Vale la pena ricordare che la Casa della comunità rappresenta l'evoluzione della Casa della salute.

<sup>11</sup> L'articolo 3, comma 2, lettera c), del ddl in esame, prospetta un ampliamento dell'ambito soggettivo di ricorso ai PUA in merito agli interventi per la prevenzione della fragilità delle persone di età superiore agli ottanta anni o della persona anziana affetta da patologie suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia.

funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti” non ricomprendendo nella loro definizione il profilo sociale e sociosanitario attribuito ai PUA dalla legge di bilancio 2022 per le prestazioni rivolte alla non autosufficienza.

La **lettera d)** fornisce la definizione dei **progetti individualizzati di assistenza integrata, (PAI)** di cui si è già detto *supra*.

La **lettera e)** definisce i **livelli essenziali di assistenza – LEA**: i [livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria](#) previsti dall’art.1, comma 10, del D. Lgs. n. 502 del 1992<sup>12</sup> e di cui al [D.P.C.M. 12 gennaio 2017](#) c.d. Nuovi LEA, **in applicazione di quanto previsto all’articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione e in coerenza con i principi e criteri indicati dalla legge n. 833/1978<sup>13</sup>, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale** (tale ultimo inciso è stato aggiunto nel corso dell’esame al Senato).

In premessa giova ricordare che i LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN eroga gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*). Il Capo IV (articoli 21-35) dei Nuovi LEA individua e descrive le diverse tipologie (domiciliare/semiresidenziale/residenziale) di assistenza sanitaria caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale, ai quali corrispondono diversi percorsi assistenziali.

Infine viene fornita, alla **lettera f)**, per il **caregiver familiare**, la definizione contenuta nella legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 255 L. n. 205/2017).

#### • *Il/la caregiver*

Il profilo del *caregiver* è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, legge n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti, quali:

- il coniuge o una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto;

---

<sup>12</sup> Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

<sup>13</sup> Istituzione del servizio sanitario nazionale



La legge n. 76 del 2016<sup>14</sup> ha regolamentato le unioni civili e le convivenze di fatto, anche tra persone dello stesso sesso, estendendo ad esse alcune prerogative spettanti ai coniugi. L'unione civile, considerata "formazione sociale" ai sensi degli artt. 2 e 3 della costituzione, avviene mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, mentre sono considerati conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale e coabitanti o aventi dimora abituale nello stesso comune.

- il familiare o affine entro il secondo grado e anche un familiare entro il terzo grado, nei casi individuati dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992<sup>15</sup>, che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, ovvero gli sia riconosciuto un grado di invalidità in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata continuativa, definita come *handicap* grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata L. 104 o che sia titolare di [indennità di accompagnamento](#), disciplinata dalla legge n. 18 del 1980<sup>16</sup>, erogata a domanda, a favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. Il sostegno economico, a carico di risorse statali erogate dall'Inps in 12 mensilità, è corrisposto indipendentemente dal reddito del beneficiario e in regime di esenzione fiscale.

L'*handicap* grave si profila come riduzione dell'autonomia personale, anche correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici. Per una più approfondita disamina sulla disabilità si fa rinvio al [Dossier di documentazione e ricerche del 9 febbraio 2021](#) "Il tema della disabilità nel contesto normativo italiano ed internazionale";

---

<sup>14</sup> Legge 20 maggio 2016, n. 76, Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze.

<sup>15</sup> Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

<sup>16</sup> Legge 11 febbraio 1980, n. 18, Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

## Articolo 2

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

L'**articolo 2** elenca i principi e i criteri direttivi generali a cui il Governo deve attenersi nell'esercizio della delega, sottolineando, in premessa, che la delega ha come obiettivo la ricognizione, il riordino, la semplificazione, **l'integrazione** e il coordinamento delle disposizioni legislative vigenti rivolte alla popolazione anziana in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria - anche in attuazione del PNRR - nonché il progressivo potenziamento delle relative azioni, da realizzarsi nell'ambito delle risorse disponibili (come definite dall'articolo 8). A tal fine, viene 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.

Il **comma 2** elenca i **principi e i criteri direttivi generali** a cui il Governo deve attenersi nell'esercizio della delega:

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

**b) promozione e valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà** svolte **dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie**, per la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni, **anche con il supporto del servizio civile universale** (tale inciso è stato aggiunto nel corso dell'esame al Senato), anche nell'ottica del superamento dei divari territoriali;

**c) previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico** (così specificato dal Senato) e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, **del servizio civile universale** (tale riferimento è stato aggiunto nel corso dell'esame al Senato) e degli enti del terzo settore (contrasto dei fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere);

**d) riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento**

**alle decisioni che riguardano la loro assistenza** (tale inciso è stato aggiunto nel corso dell'esame al Senato), nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socioassistenziale, **anche con il contributo del servizio civile universale** (riferimento aggiunto dal Senato) e socio sanitaria statale e regionale **anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi socio-sanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge** (tale ultimo inciso è stato aggiunto nel corso dell'esame al Senato);

Nell'ambito della legge per la riforma del Terzo settore (L. 106/2016) è stato istituito il Servizio civile universale che ha sostituito il precedente Servizio civile nazionale. Il Servizio civile universale è disciplinato dal D.Lgs. 40/2017 (come modificato dal D.Lgs. 43/2018) ed è finalizzato alla "difesa non armata e nonviolenta della Patria, all'educazione alla pace tra i popoli, nonché alla promozione dei valori fondativi della Repubblica". I settori di intervento in cui si realizzano le finalità del servizio civile universale sono: assistenza; protezione civile; patrimonio ambientale e riqualificazione urbana; patrimonio storico, artistico e culturale; educazione e promozione culturale paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale, e dello sport; agricoltura in zona di montagna, agricoltura sociale e biodiversità; promozione della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata; promozione e tutela dei diritti umani; cooperazione allo sviluppo; promozione della cultura italiana all'estero e sostegno alle comunità di italiani all'estero.

Alla base della programmazione del Servizio civile universale è collocato il Piano triennale, modulato per Piani annuali, predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale. Il Piano triennale è attuato mediante programmi di intervento proposti dagli enti di Servizio civile universale che si articolano, a loro volta, in progetti i quali indicano: le azioni; il numero e la distribuzione degli operatori volontari nelle sedi di attuazione il personale dell'ente coinvolto. La Presidenza del Consiglio cura l'amministrazione e la programmazione annuale delle risorse del Fondo nazionale per il Servizio civile, alimentato con le risorse derivanti dal bilancio dello Stato nonché da altre fonti pubbliche e private, comprese quelle comunitarie.

Si ricorda che il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede, nell'ambito della Missione 1, l'investimento 1.7 *Competenze digitali di base*. L'investimento mira a migliorare le competenze digitali dei cittadini anche al fine di superare il *digital divide* attraverso due misure:

- l'istituzione del Servizio civile digitale (ai cui programmi partecipano gli enti iscritti all'albo del Servizio civile universale) che prevede il reclutamento di giovani per aiutare gli utenti ad acquisire competenze digitali di base;
- la creazione di Centri di facilitazione digitale, punti di accesso fisico, che offrono ai cittadini servizi di facilitazione digitale e formazione per l'acquisizione di competenze digitali.

e) promozione della **valutazione multidimensionale biopsicosociale**<sup>17</sup> (qualificazione aggiunta nel corso dell'esame al Senato) delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso ai servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e delle facoltà assunzionali degli enti; approccio complessivo e organico all'età anziana in tutte le sue dimensioni, che assicuri l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza della persona secondo l'evoluzione delle sue condizioni bio-psico-sociali.

Sul punto, l'**articolo 4** - che delega il Governo ad adottare 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 - precisa, al **comma 2, lett. l), punto 1)**, che, oltre ai principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo in commento, il Governo si attiene a ulteriori principi e criteri direttivi fra i quali è compresa la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuarsi secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale, destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alla legge n. 104 del 1992<sup>18</sup>, e n. 18 del 1980<sup>19</sup>, fermo restando quanto previsto dalla legge delega sulla disabilità (legge n. 227 del 2021<sup>20</sup>) in materia di separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e con riguardo all'accertamento della disabilità e alla revisione dei suoi processi valutativi di base;

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

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

h) riconoscimento degli **specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità**, al fine di promuoverne l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità, **anche con**

---

<sup>17</sup> Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Il modello bio-psico-sociale trova applicazione a discipline che vanno dalla medicina alla psicologia alla sociologia; la sua accettazione e prevalenza variano tra discipline e culture.

<sup>18</sup> *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*

<sup>19</sup> *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.*

<sup>20</sup> *Delega al Governo in materia di disabilità.*

**l’ausilio del servizio civile universale** (tale inciso è stato aggiunto nel corso dell’esame al Senato) assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con **il loro progetto individuale di vita** (inciso aggiunto al Senato) e con i percorsi assistenziali già in atto, **nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge** (così specificato dal Senato);

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

l) **rafforzamento dell’integrazione e dell’interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti** nell’ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, **anche valorizzando dati ed evidenze generati dai cittadini**, nonché **dati risultanti da indagini, studi, ricerche condotte da enti del Terzo settore** (tale inciso è stato aggiunto nel corso dell’esame al Senato);

m) **riqualificazione dei servizi di semiresidenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing*)**, **nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge** (tale lettera è stata aggiunta nel corso dell’esame al Senato).

Il *cohousing* può essere considerato una dimensione sociale del vivere sostenibile il cui scopo principale è quello di ricercare un nuovo stile di abitare che garantisca migliori condizioni di benessere e qualità. Nato nel Nord Europa, ha assunto aspetti diversi in tutto il mondo in base alle esigenze e alle culture dei vari Paesi.

Il principio alla base del *cohousing* è quello della “condivisione” di determinati spazi e servizi alla ricerca di un nuovo modo di vivere basato su «socialità, condivisione, collaborazione e stili di vita sostenibili». Per concretizzare questi principi da anni – circa una decina in Italia – si realizzano costruzioni all’interno delle aree urbane, di complessi abitativi composti da alloggi privati indipendenti dotati di ampi spazi e servizi comuni. Queste zone condivise da tutti gli abitanti (i *cohouser*) possono essere di vario genere e dipendono dalle esigenze e desideri dei *cohouser* stessi.

***Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)***

Il **comma 3** istituisce, 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, sentite le parti sociali e le associazioni di settore e **rappresentative delle persone in condizioni di disabilità** (qualificazione aggiunta nel corso dell'esame al Senato), il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", **che sostituisce il Piano per la non autosufficienza** (tale ultimo inciso è stato aggiunto nel corso dell'esame al Senato, che ha anche soppresso il riferimento alle previsioni del Piano nazionale della prevenzione, del Piano nazionale della cronicità e del Piano per la non autosufficienza<sup>21</sup>). Sulla base dei suddetti piani nazionali sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali;

*In proposito si valuti l'opportunità di chiarire se la previsione di un nuovo Piano per l'assistenza e la cura della fragilità e non autosufficienza della persona anziana, in sostituzione del Piano per la non autosufficienza, garantisca adeguata tutela anche ai soggetti non autosufficienti che non siano anziani, attualmente rientranti nell'ambito di previsione del Piano per la non autosufficienza.*

Il [Piano nazionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024](#) (PNNA 2022-2024), è stato adottato il 3 agosto 2022 con Intesa in sede di Conferenza Unificata. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17 dicembre 2022 è stato pubblicato il [DPCM 3 ottobre 2022](#), di adozione del **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024**. Il Piano si è reso necessario in seguito al quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021 che delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR. L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 definisce gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione

---

<sup>21</sup> La formulazione originaria della disposizione modificata dall'Aula del Senato prevedeva l'adozione da parte del CIPA dei citati piani tenuto conto di quanto previsto nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione, del Piano nazionale della cronicità e del Piano per la non autosufficienza.

nazionale. La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi, che riguardano:

1. LEPS di erogazione riferiti a: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza (comma 162, lettere a, b, c e comma 164 della legge di bilancio 2022).

2. LEPS di processo riferito alle équipes integrate composte da personale appartenente al SSN e agli ATS che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e procedono alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata-PAI, comma 163 della legge di bilancio 2022. La strategia di intervento è sostenuta dall' Accordo Interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità allegato al Piano di cui il PNNA 2022-2024 reca lo schema-tipo (Allegato 1).

3. Azioni di rafforzamento (a cura di Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ANPAL e Centri per l'impiego del territorio) riferite alla messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie (commi 162 e 166 della legge di bilancio 2022); processo peraltro sostenuto da un Accordo Interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità allegato al Piano. Una delle strategie di intervento del PNNA 2022-2024 è dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di processo teso a garantire, negli ambiti territoriali, sistemi di servizi integrati necessari a sviluppare e consolidare il Percorso assistenziale integrato – PAI (vedi *supra*).

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

Va inoltre ricordato che l'ultimo [Piano nazionale della prevenzione riferito agli anni 2020 2025](#) è stato adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni. Il Piano rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Ogni Regione è chiamata ad adottare il PNP e a predisporre e approvare un proprio Piano locale (Piano Regionale della Prevenzione - PRP), entro i termini previsti dall'Intesa, declinando contenuti, obiettivi, linee di azione e indicatori del Piano nazionale all'interno dei contesti regionali e locali. A sua volta il livello centrale è tenuto a mettere in campo le Linee di supporto centrale al PNP, parte integrate del Piano stesso, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi garantendo la coesione del sistema.



Il [Piano nazionale della cronicità](#), approvato nel 2016, nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

b) **promuove**, acquisito il preventivo parere della [Commissione tecnica per i fabbisogni standard](#) (di cui all'art. 1, comma 29, della legge di stabilità 2016 - legge n. 208 del 2015), e in raccordo con la Cabina di regia di cui all'art. 1, comma 792, della legge di bilancio 2023<sup>22</sup> e con quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lett. h) n. 2 della legge n. 227 del 2021 (si veda *supra* quanto detto sulle disposizioni citate in materia di LEP), ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, **l'armonizzazione dei LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti** e dei relativi obiettivi di servizio, con i **LEA**;

c) promuove **l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale**, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi.

d) **monitora** (tale lettera è stata aggiunta nel corso dell'esame al Senato) **l'attuazione del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana**” e del **“Piano nazionale integrato per la non autosufficienza nella popolazione anziana** di cui alla lettera a) e approva annualmente **una relazione sullo stato di attuazione degli stessi**, recante l'indicazione delle azioni, delle misure e delle fonti di finanziamento adottate. La relazione è trasmessa alle Camere entro il 31 maggio di ogni anno, dal Presidente del consiglio dei ministri o da un Ministro da lui delegato.

Il **comma 4** regola la **composizione del CIPA**. Il Comitato, 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 le pari opportunità e la

---

<sup>22</sup> Legge n. 197/2022



famiglia la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, degli affari regionali, 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 poste all'ordine del giorno. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge delega, sono determinate le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del CIPA.

Il **comma 5** dispone la **neutralità finanziaria** delle disposizioni relative al **CIPA**.

### Articolo 3

*(Delega al Governo per la promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e per la prevenzione della loro fragilità)*

L'articolo 3 reca una disciplina di delega al Governo per la definizione di misure intese alla promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità. La delega deve essere esercitata (mediante uno o più decreti legislativi) entro il 31 gennaio 2024, fatta salva l'ipotesi di prolungamento del termine - nella misura di 45 giorni - ai sensi delle norme procedurali di cui all'articolo 6<sup>23</sup>. La delega è esercitata in base alla procedura di cui al comma 1 del presente articolo 3 e alle norme procedurali di cui all'articolo 6, secondo i principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, comma 2, e a quelli specifici di cui al comma 2 del presente articolo 3, nonché secondo le disponibilità e i vincoli finanziari definiti ai sensi dell'articolo 8. I principi e criteri direttivi specifici, di cui al comma 2 del presente articolo 3, concernono: gli interventi per l'invecchiamento attivo e la promozione dell'autonomia delle persone anziane (**lettera a**)); gli interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni (**lettera b**)); gli interventi per la prevenzione della fragilità (**lettera c**)).

Il comma 1 specifica che l'oggetto della delega di cui al presente articolo 3 è costituito dalla definizione della persona anziana, dalla promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e dalla prevenzione della loro fragilità - anche con riferimento alle condizioni di disabilità, come aggiunto dal Senato -. Si consideri l'opportunità di valutare se il suddetto riferimento alla definizione della persona anziana sia improprio, considerato il contenuto dei principi e criteri direttivi della delega.

Riguardo alla procedura per l'esercizio della delega, il comma 1 definisce i membri del Governo competenti per la proposta e per il concerto (con riferimento all'esame da parte del Consiglio dei ministri), mentre le altre norme procedurali sono poste dal successivo articolo 6 (alla cui scheda si rinvia).

In merito ai termini temporali per l'esercizio della delega, cfr. *supra*.

---

<sup>23</sup> Si ricorda che il [Piano nazionale di ripresa e resilienza](#) (PNRR) prevede che i decreti legislativi, da adottare in sede di esercizio delle discipline di delega relative agli anziani non autosufficienti, entrino in vigore entro il 31 marzo 2024.

Come accennato, il **comma 2** pone principi e criteri direttivi specifici per l'esercizio della delega e richiama (nell'**alinea**) quelli generali di cui all'**articolo 2, comma 2** (alla cui scheda si rinvia). Inoltre, la delega deve essere esercitata secondo le disponibilità e i vincoli finanziari definiti ai sensi dell'**articolo 8** (alla cui scheda si rinvia).

I principi e criteri direttivi specifici, di cui al **comma 2**, concernono: nella **lettera a)**, gli interventi per l'invecchiamento attivo e la promozione dell'autonomia delle persone anziane; nella **lettera b)**, gli interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni; nella **lettera c)**, gli interventi per la prevenzione della fragilità degli anziani (interventi che, come specifica l'**alinea** della **lettera**, devono essere definiti in coerenza con la disciplina prevista in materia da altri strumenti di regolamentazione).

Più in particolare, i principi e criteri direttivi di cui alla **lettera a)** prevedono la promozione:

- della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, attraverso campagne informative e iniziative da svolgersi in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro (**numero 1**)). La **relazione tecnica** allegata al disegno di legge<sup>24</sup> osserva che le suddette campagne informative saranno previste entro i limiti delle risorse finanziarie vigenti a disposizione del Dipartimento per le politiche della famiglia (Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri);
- di programmi e percorsi integrati, volti a contrastare l'isolamento o la marginalizzazione, sociale e civile, e la mancanza o insufficienza di relazioni e di legami affettivi delle persone anziane (**numero 2**));
- di interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane (**numero 3**)); riguardo alla promozione di tali interventi, la riformulazione operata **dal Senato** fa riferimento (fermi restando i limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge) anche alla rete delle farmacie territoriali, prevedendo che quest'ultima operi in sinergia con gli erogatori dei servizi socio-sanitari;
- dell'impegno degli anziani 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 (**numero 4**));
- di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli all'esercizio fisico, alla fruizione degli spazi verdi e alle occasioni di socializzazione e di incontro (**numero 5**));

---

<sup>24</sup> La **relazione tecnica** è reperibile nell'[A.S. n. 506](#).

- di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior co-housing*) e intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*co-housing* intergenerazionale) (**numero 6**). Tali forme sono realizzate secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili e 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); queste forme possono aver luogo 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 socio-sanitari integrativi<sup>25</sup>;
- di azioni di alfabetizzazione informatica e di pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie, idonee a promuovere la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane, al fine di favorire l'autonomia dell'anziano nella gestione della propria vita e di garantire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni (**numero 7**);
- di percorsi e iniziative per il mantenimento, mediante l'attività sportiva e la relazione con animali di affezione, delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, al fine della conservazione dell'indipendenza funzionale in età avanzata e di una buona qualità di vita (**numero 8**); riguardo a tali ambiti, la norma di delega in esame prevede, oltre che la promozione dei suddetti percorsi e iniziative, l'individuazione e l'attuazione degli stessi; il riferimento alle "iniziative" e la fattispecie della relazione con animali di affezione sono stati introdotti **dal Senato**;
- di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere (verso luoghi e centri che possono accrescere il benessere della persona) e il cosiddetto turismo lento (contraddistinto da ritmi e modi che agevolano il conseguimento del benessere e il rapporto con gli ambiti visitati); tali attività - come indica il principio di delega - possono concorrere al raggiungimento e al mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale, considerato come obiettivo ulteriore rispetto alla cura delle malattie e delle infermità (**numero 9**)).

I principi e criteri direttivi di cui alla successiva **lettera b)** prevedono:

---

<sup>25</sup> Si ricorda che, per l'anno 2022, i commi da 678 a 680 dell'articolo 1 della [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#), hanno istituito, presso il Ministero dell'interno, un Fondo, con una dotazione finanziaria di 5 milioni di euro per il 2022, inteso alla concessione, da parte dei comuni, di agevolazioni per la realizzazione di progetti di coabitazione, libera e volontaria, di persone aventi più di 65 anni di età; il [D.M.](#) dell'11 luglio 2022 ha definito i requisiti minimi relativi ai progetti di coabitazione oggetto delle risorse suddette.

- il sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali, tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale (**numero 1**);
- la promozione di programmi di cittadinanza attiva, volti alla coesione tra le generazioni, in favore della collettività e delle comunità territoriali, attraverso la partecipazione e l'ausilio del servizio civile universale<sup>26</sup> (**numero 2**), inserito **dal Senato**);
- la promozione dell'incontro e della relazione fra generazioni lontane (**numero 3**)), valorizzando: per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, all'interno del *curriculum* dello studente, le esperienze significative di volontariato, anche al fine del riconoscimento di crediti scolastici (la norma di delega fa riferimento alle esperienze maturate in ambito extrascolastico sia presso le strutture residenziali o semiresidenziali sia a domicilio); per gli studenti universitari, le attività svolte in convenzione tra le università e le strutture residenziali o semiresidenziali o a domicilio, anche al fine del riconoscimento di crediti formativi universitari.

I principi e criteri direttivi di cui alla **lettera c)** riguardano, come accennato, la prevenzione della fragilità degli anziani. Si ricorda tuttavia che, nelle discipline di delega in esame, si prevede la definizione di norme distinte e specifiche per gli anziani non autosufficienti (cfr., in particolare, tra gli altri principi e criteri direttivi di delega relativi a questi ultimi, quelli di cui al successivo **articolo 4, comma 2, lettera l)**, alla cui scheda si rinvia).

Riguardo ai suddetti interventi per la prevenzione della fragilità, la **lettera c)** in esame prevede che in sede di esercizio della delega si disciplinino, ferma restando la coerenza con le norme relative ad altri strumenti di regolazione:

- l'offerta progressiva della possibilità, per la persona anziana affetta da una o più patologie croniche suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e che determinino il rischio di perdita dell'autonomia, di accedere a una valutazione multidimensionale - basata su linee guida nazionali - delle sue capacità e dei suoi bisogni di natura bio-psico-sociale, sanitaria e socio-sanitaria, da effettuarsi, nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), da parte di *équipe* multidisciplinari, sulla base della segnalazione dei medici di medicina generale, della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali (ATS), fermi restando i limiti delle disponibilità finanziarie di cui alla presente legge (**numero 1**). La riformulazione operata **dal Senato** ha chiarito che la norma di delega si riferisce anche agli anziani affetti da una sola delle richiamate patologie croniche e ha soppresso il riferimento agli anziani di età

---

<sup>26</sup> Riguardo alla disciplina del servizio civile universale, cfr. il [D.Lgs. 6 marzo 2017, n. 40](#).

superiore a ottanta anni (riferimento posto nel testo originario in via disgiuntiva rispetto agli anziani affetti da patologie croniche); **la medesima riformulazione** ha altresì inserito i riferimenti suddetti alle linee guida nazionali, ai bisogni di natura bio-psico-sociale (anziché sociale), alle farmacie e al rispetto dei limiti finanziari. Si ricorda che la normativa vigente sui PUA - in base all'articolo 1, comma 163, della [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#), comma richiamato dall'**articolo 1, comma 1, lettera c)**, del presente disegno di legge - è posta con riferimento esclusivo ai soggetti non autosufficienti e prevede la garanzia di un accesso unico ai servizi sociali e ai servizi socio-sanitari; tale accesso deve avere la sede operativa presso le articolazioni del Servizio sanitario nazionale denominate "Case della Comunità"<sup>27</sup> e in essa devono essere presenti *équipe* integrate, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. La **relazione tecnica** allegata al disegno di legge<sup>28</sup> osserva che l'offerta progressiva di cui alla presente norma di delega sarà definita tenendo conto delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente (cfr., in particolare, le risorse richiamate dai **commi 2 e 3** del successivo **articolo 8**). Riguardo alla definizione degli ATS e ad un esame più approfondito dei PUA, si rinvia alle schede di lettura del precedente **articolo 1, comma 1, lettere b) e c)**;

- la fase di svolgimento presso il PUA, all'esito della suddetta valutazione, dell'attività di individuazione dei fabbisogni di assistenza della persona e di fornitura dei servizi di orientamento e supporto informativo necessari, al fine dell'accesso al *continuum* di servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e socio-sanitaria, statale e regionale.

---

<sup>27</sup> Si ricorda che la Casa della Comunità costituisce, secondo la definizione posta nell'allegato 1 del regolamento di cui al [D.M. 23 maggio 2022, n. 77](#), "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento"; per la disciplina di tale struttura, cfr. il medesimo regolamento.

<sup>28</sup> La **relazione tecnica** è reperibile nell'[A.S. n. 506](#).

## Articolo 4

### *(Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti)*

L'**articolo 4**, composto da due commi e **oggetto di diverse modifiche durante l'esame del Senato**, reca e disciplina una delega legislativa al Governo avente per oggetto l'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti. La delega è espressamente finalizzata 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 a potenziare progressivamente le relative azioni, in attuazione delle previsioni di cui alla Missione 5, componente 2, riforma 2, del PNRR<sup>29</sup>.

Il **comma 1** dell'articolo in esame prevede che la delega legislativa anzidetta sia esercitata **entro il 31 gennaio 2024**, mediante uno o più decreti legislativi, da adottare su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno, delle infrastrutture e dei trasporti, per le riforme istituzionali e la semplificazione normativa, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per 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. **Al novero dei Ministri chiamati a esprimere il concerto è stato aggiunto, in virtù di una modifica approvata dal Senato, il Ministro per lo sport e i giovani.** Il comma in esame chiarisce che la delega legislativa in questione è finalizzata 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 a potenziare progressivamente le

<sup>29</sup> Per le persone anziane non autosufficienti, il PNRR prevede diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5 - Inclusione e Coesione), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata sul territorio (Missione 6 - Salute). L'obiettivo della richiamata riforma 2, in particolare, è quello di riformare i servizi sociali e migliorare le condizioni di vita degli anziani non autosufficienti. Tale riforma deve comprendere: I) la semplificazione dell'accesso ai servizi da parte degli anziani mediante la creazione di punti unici di accesso ai servizi sociali e sanitari; II) l'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale; (III) la messa a disposizione di una valutazione multidimensionale; e (IV) la definizione di progetti individualizzati che promuovano la deistituzionalizzazione.

relative azioni, in attuazione della Missione 5, componente 2, riforma 2, del PNRR (al riguardo v. nota in calce).

Si ricorda che il PNRR prevede l'adozione di una disciplina legislativa di delega in materia di politiche in favore delle persone anziane- con entrata in vigore della stessa entro il 31 marzo 2023 - e la correlativa adozione dei decreti legislativi, con entrata in vigore di questi ultimi entro il 31 marzo 2024.

Si ricorda, altresì, che nel PNRR, nell'investimento 1.2 della Missione 6, si prevedono interventi in materia di cure domiciliari e telemedicina, e si evidenzia che detti interventi sono "in linea e rafforzano quanto promosso e previsto dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. Infatti, solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio."

*Si osserva che il comma in esame, in relazione al PNRR, fa esclusivo riferimento alla Missione 5, componente 2, riforma 2, e non richiama anche le correlate parti della Missione 6 (v. sopra; v. anche lett. i) del successivo comma 2).*

Il **comma 2** dell'articolo in commento enumera una serie di principi e criteri direttivi che integrano, con riferimento alla delega in oggetto, i principi e criteri direttivi generali di cui all'**articolo 2, comma 2** (riguardo a questi ultimi v. *supra*, scheda di lettura relativa all'art. 2).

Il comma in esame richiede al legislatore delegato, in particolare:

- alla **lettera a)**, l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità<sup>30</sup>, 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<sup>31</sup> e degli ulteriori e diversi

---

<sup>30</sup> Nel precedente art. 3, co. 2, lett. c) si prefigurano interventi funzionali alla prevenzione della fragilità, 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 (v. sopra la relativa scheda di lettura).

<sup>31</sup> Il 22 maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha approvato una definizione della condizione di disabilità e delle sue diverse forme attraverso l'*International classification of functioning, disability and health* (ICF), uno strumento unitario di classificazione che analizza e descrive la disabilità come una esperienza umana che tutti possono sperimentare nel corso della vita. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato i rappresentanti dei governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto un significativo contributo attraverso una rete collaborativa informale denominata *Disability Italian*



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<sup>32</sup>;

- alla **lettera b)**, **oggetto di modifiche durante l'esame del Senato (di seguito evidenziate in grassetto)**, la definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), **come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, dell'insieme di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti**;
- **alla lettera c)**, **introdotta dal Senato**, l'attribuzione allo SNAA del compito di programmare in modo integrato tutti i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze: 1) a livello centrale, il CIPA; 2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione; 3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario<sup>33</sup>;
- **alla lettera d)**, **introdotta dal Senato**, l'individuazione dei LEPS in un'ottica di integrazione con i LEA, assicurando il raccordo con la

---

*Network* (DIN), costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia. (ICF). L'ICF revisiona la *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) pubblicata dalla stessa OMS nel 1980 superandone la prospettiva organicistica a favore di una multidimensionale. L'ICF rappresenta un tentativo di fornire un linguaggio unificato e standard e, al contempo, un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. È una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che le disabilità possono causare nel contesto socio-culturale di riferimento. L'ICF suggerisce infatti di tener conto delle componenti classificate (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali e fattori personali) per una valutazione e un accertamento delle disabilità che ponga al centro la persona, permettendo di sintetizzare le informazioni raccolte dagli operatori dei diversi servizi e dalla famiglia nella prospettiva di costruire un progetto di vita completo e reale. L'ICF è in costante aggiornamento da parte del *Classification and Statistics Committee* (CSAC, ex *Update and Revision Committee* - URC, comitato di aggiornamento e revisione) dell'OMS.

<sup>32</sup> In base all'articolo richiamato, l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

<sup>33</sup> Si ricorda che, nell'ambito del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, di cui al d.m. 23 maggio 2022, n. 77, pubblicato nella GU, Serie Generale, n. 144 del 22 giugno 2022, sono stati tra l'altro ridisegnati funzioni e standard del distretto sanitario, definito quale "luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali".

disciplina procedurale e transitoria contenuta in materia di LEP nella legge delega sulla disabilità (articolo 2, comma 2, lettera *h*), numero 2), della legge 227/2021) e con le disposizioni in materia di LEP contenute nella legge di bilancio 2023 (articolo 1, commi da 791 a 798)<sup>34</sup>;

- alla **lettera e)**, l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS<sup>35</sup> 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<sup>36</sup>;
- alla **lettera f)**, il coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale, **tenuto conto – secondo una modifica introdotta dal Senato - delle indicazioni fornite da enti e società che valorizzano la collaborazione e l'integrazione delle figure professionali in rete**;
- alla **lettera g)**, la promozione su tutto il territorio nazionale, sulla base delle disposizioni regionali concernenti l'articolazione delle aree territoriali di riferimento, di un omogeneo sviluppo degli ATS, ai fini dell'esercizio delle funzioni di competenza degli enti territoriali e della piena realizzazione dei LEPS. In tale ambito, occorre garantire che gli ATS 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;
- alla **lettera h)**, **oggetto di una modifica formale nel corso dell'esame in Senato**, la promozione dell'integrazione funzionale tra distretto

---

<sup>34</sup> V. in proposito l'approfondimento contenuto nella scheda di lettura relativa all'articolo 1 del presente disegno di legge.

<sup>35</sup> Riguardo ai LEPS per la non autosufficienza, si veda l'approfondimento contenuto nella scheda di lettura dell'articolo 1 del presente disegno di legge.

<sup>36</sup> Di cui al richiamato articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. Si ricorda che, in applicazione del predetto articolo 9, è intervenuto da ultimo il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 12 marzo 2019, recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (decreto adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano).

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 n. 234 del 2021<sup>37</sup> e ferme restando le prerogative e le **attribuzioni** delle amministrazioni competenti;

- alla **lettera i)**, la semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e la messa a disposizione di punti unici di accesso (PUA), collocati presso le Case della Comunità<sup>38</sup>, 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, in raccordo con quanto previsto nel Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale<sup>39</sup>, in attuazione della missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR. **In base a una modifica apportata dal Senato**, le predette attività di *screening* devono poter essere svolte anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui al presente provvedimento;
- alla **lettera l)**, **oggetto di diverse modifiche durante l'esame del Senato (di seguito evidenziate in grassetto)**, la semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi. Detti obiettivi sono da perseguire, in primo luogo, mediante la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuarsi secondo criteri standardizzati e omogenei **basati su linee guida validate** a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura **bio-psico-sociale**, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo

<sup>37</sup> La richiamata disposizione della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) stabilisce che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) e la successiva definizione di progetti di assistenza individuale integrata (PAI).

<sup>38</sup> Secondo la definizione contenuta nell'allegato 2 del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, già citato in nota nella pagina precedente, la Casa della Comunità (CdC) è "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento".

<sup>39</sup> Già citato in nota in calce alla pagina precedente.

nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, **anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi.** La succitata valutazione multidimensionale unificata è 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<sup>40</sup>, e 11 febbraio 1980, n. 18<sup>41</sup>, fermi restando i principi e criteri direttivi in tema di separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e in tema di accertamento della disabilità e di revisione dei suoi processi valutativi di base, posti dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227<sup>42</sup>. In secondo luogo, gli anzidetti obiettivi di semplificazione e integrazione delle procedure sono da perseguire mediante lo svolgimento presso i PUA, secondo le previsioni del già citato articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 2022, 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 prevista dallo stesso comma 163, con la partecipazione della persona destinataria, dei familiari *caregiver*<sup>43</sup> coinvolti e, se nominato, dell'amministratore di sostegno **o, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del Terzo settore.** In terzo luogo, gli obiettivi più volte citati sono da perseguire mediante la previsione del "Budget di cura e assistenza"<sup>44</sup> quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e

---

<sup>40</sup> Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

<sup>41</sup> Legge in materia di indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

<sup>42</sup> Delega al Governo in materia di disabilità.

<sup>43</sup> Riguardo alla figura del *caregiver* v. approfondimento contenuto nella scheda di lettura relativa all'articolo 1 del presente provvedimento.

<sup>44</sup> In proposito, si ricorda che il "budget di salute" è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati interessano infatti le aree sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità. Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore. Diverse regioni hanno adottato il budget di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi socio-sanitari. Tale istituto è menzionato anche dall'art. 1 del D.L. 34/2020 (c.d. Decreto Rilancio), al comma 4-*bis*, quale strumento innovativo nell'ambito della sperimentazione ivi prevista di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria.

delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo Progetto;

- alla **lettera m)**, l'adozione di criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale riferite alle persone anziane non autosufficienti, ricomprese nei LEPS (riguardo al sistema di monitoraggio, v. anche la precedente lettera e));
- alla **lettera n)**, **oggetto di diverse modifiche durante l'esame del Senato (di seguito evidenziate in grassetto)**, con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare<sup>45</sup>, l'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. La predetta integrazione è espressamente finalizzata, in un'ottica di efficientamento, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, **psicosociale** 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 del provvedimento in esame, dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale, il raggiungimento dei seguenti risultati: 1) l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali e dai comuni; 2) la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni **sanitarie** e socio-sanitarie, che tenga conto delle condizioni dell'anziano, **anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi**; 3) l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguate, come determinate sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente; **4) l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite degli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, anche del Terzo settore, che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività individuate nell'ambito del PAI**; 5) **il coinvolgimento degli enti del**

<sup>45</sup> Si ricorda che la disciplina delle cure domiciliari è posta dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Ivi si prevedono cure domiciliari di livello base e tre distinti livelli di cure domiciliari integrate (denominate ADI). Si stabilisce, altresì, che le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Il SAD, il cui fondamento legislativo è nella legge n. 328 del 2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), è invece il servizio deputato, a livello locale, all'erogazione di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale alle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenerne il nucleo familiare.

**Terzo settore, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui al presente provvedimento;**

- alla **lettera o)**, **introdotta dal Senato**, con riferimento ai servizi di cure palliative<sup>46</sup>, previsione: 1) del diritto di accesso ai servizi di cure palliative per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita; 2) dell'erogazione di servizi specialistici di cure palliative in tutti i luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti, quali il domicilio, la struttura ospedaliera, l'ambulatorio, l'*hospice* e i servizi residenziali; 3) del diritto alla definizione della pianificazione condivisa delle cure<sup>47</sup>, come esito di un processo di comunicazione e informazione tra il soggetto anziano non autosufficiente e l'équipe di cura, mediante il quale il soggetto interessato, anche tramite il suo fiduciario o chi lo rappresenta legalmente, esprime la propria autodeterminazione rispetto ai trattamenti cui desidera o non desidera essere sottoposto;
- alla **lettera p)**, con riferimento ai servizi semiresidenziali, la promozione dell'offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita, **anche - come specificato dal Senato - con il sostegno del servizio civile universale**<sup>48</sup>;
- alla **lettera q)**, con riferimento ai servizi residenziali, la previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, anche attraverso la rimodulazione della dotazione di personale, nell'ambito delle vigenti facoltà assunzionali, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, con strutture dotate di ambienti amichevoli, familiari e sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti;
- alla **lettera r)**, **oggetto di diverse modifiche durante l'esame del Senato (di seguito evidenziate in grassetto)**, in riferimento a una serie di soggetti erogatori (v. *infra*), previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.

---

<sup>46</sup> Di cui, come specificato dalla lettera in esame, alla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), e agli articoli 23, 31 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

<sup>47</sup> Di cui al richiamato articolo 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

<sup>48</sup> Riguardo alla disciplina del servizio civile universale, cfr. il D.Lgs. 6 marzo 2017, n. 40.

281, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, **l'aggiornamento e semplificazione** dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento **strutturale, organizzativo e di congruità del personale, con applicazione a quest'ultimo dei trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81<sup>49</sup>, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui al presente provvedimento.** L'aggiornamento e la semplificazione dei criteri anzidetti devono riguardare i soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore **e del servizio civile universale**, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari, **tenendo in considerazione anche la presenza di sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, finalizzati alla prevenzione e alla garanzia della sicurezza degli utenti, e per l'erogazione di terapie domiciliari o di servizi di diagnostica domiciliare in linea con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dalla legge per la concorrenza 2021<sup>50</sup>, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale<sup>51</sup>, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza;**

- alla **lettera s)**, al fine espresso di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, il 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, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, senza necessità di richiedere

---

<sup>49</sup> Il citato d.lgs., recante disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183, al richiamato art. 51 stabilisce che per contratti collettivi si intendono i contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria.

<sup>50</sup> Più precisamente dal richiamato articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021), il quale dispone in ordine alla revisione e trasparenza dell'accREDITAMENTO e del convenzionamento delle strutture private nonché al monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati.

<sup>51</sup> Ai sensi dei richiamati articoli 8-*quater*, 8-*quinqües* e 8-*octies* del 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).

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 già menzionata legge n. 227 del 2021 (legge delega in materia di disabilità).



## Articolo 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)*

**L'articolo 5** delega il Governo ad adottare, entro il **31 gennaio 2024**, uno o più decreti legislativi 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. A tal fine è introdotta, in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino per essa, **prevedendo altresì la specifica disciplina per la reversibilità dell'opzione** (inciso aggiunto nel corso dell'esame al Senato), una **prestazione universale graduata** secondo lo specifico bisogno assistenziale **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 di 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 per coloro che non optano per la prestazione universale graduata.

I decreti delegati in parola, sono da adottare, come già detto 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.

L'articolo in commento individua pertanto ulteriori principi e criteri direttivi, oltre a quelli fissati dall'articolo 2, a cui il Governo deve attenersi nell'esercizio della delega, ricomprendendoli in due grandi ambiti, il primo dei quali (lettera a)) è riferito al progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti. A tal fine si prevede:

- **l'introduzione, anche in via sperimentale e progressiva, per le persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa,**

**prevedendo altresì la specifica disciplina per la reversibilità dell'opzione** (inciso aggiunto nel corso dell'esame al Senato), 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 all'indennità di accompagnamento e ai servizi socio-assistenziali domiciliari e di comunità rivolti alla non autosufficienza.

La misura, come sottolineato dalla RT, è finanziata nell'ambito delle risorse individuate dall'articolo 8.

Sul punto la RT al provvedimento precisa che la prestazione universale integrata sostituisce la mera erogazione monetaria con un pacchetto di prestazioni pecuniarie e di servizi e sottolinea al contempo che 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 misura è finanziata nell'ambito delle risorse individuate dall'articolo 8.

Tale prestazione, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento (di cui all'art. 1, della legge n. 18 del 1980), e le prestazioni erogate dai servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza degli anziani non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane (ulteriori prestazioni di cui all'art. 1, comma 164, della legge di bilancio 2022).

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

Inoltre, per 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, **fra i criteri e i principi previsti**, deve essere compresa **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.**

Il secondo ambito cui si riferiscono i principi e criteri direttivi a cui deve attenersi il Governo nell'esercizio della delega (lettera b)), è quello della **definizione delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane** (personale operante presso la rete dei servizi rivolti alla non autosufficienza e *caregiver* familiari) mediante: definizione di percorsi formativi idonei allo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti presso i servizi del territorio, a domicilio, nei centri semiresidenziali integrati e residenziali (n. 1);

**della definizione** (previsione aggiunta nel corso dell'esame al Senato), **mediante linee guida nazionali adottate con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, degli standard formativi degli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio**, al fine della qualificazione professionale e senza introdurre requisiti di accesso per l'esercizio della relativa professione. **Le linee guida** individuano i contenuti delle **competenze degli assistenti familiari e i riferimenti univoci per la certificazione delle competenze pregresse acquisite** in linea con i livelli di inquadramento previsti nella contrattazione collettiva nazionale sul rapporto di lavoro domestico. A tali attività le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse disponibili e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (n. 2);

**dell'identificazione** (previsione così modificata nel corso dell'esame al Senato), nel rispetto dei limiti di spesa di personale previsti dalla normativa vigente, **dei fabbisogni regionali relativi alle professioni ed ai professionisti afferenti al modello di salute bio-psico-sociale<sup>52</sup>, occupati presso le organizzazioni pubbliche e private** coinvolte nelle azioni previste dalla presente legge (n. 3).

Infine (lettera c), per sostenere il processo di progressivo ed equilibrato miglioramento delle condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiari, comunque nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, deve essere prevista: la ricognizione e ridefinizione della normativa di settore; la promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata; forme di partecipazione delle rappresentanze dei *caregiver* familiari, nell'ambito della

---

<sup>52</sup> Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Il modello bio-psico-sociale trova applicazione a discipline che vanno dalla medicina alla psicologia alla sociologia; la sua accettazione e prevalenza variano tra discipline e culture

programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

Come riportato dalla RT al provvedimento, 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%).

Per la definizione legislativa del *caregiver* si rinvia a quanto riportato all'interno della scheda di questo Dossier dedicata all'articolo 1 (Definizioni).



- ***L'indennità di accompagnamento***

L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, a favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. L'accertamento per l'accesso viene operato da una Commissione medica che non applica strumenti di valutazione multidimensionali, uniformi a livello nazionale; procedimento che ha favorito negli anni forti differenze territoriali nell'erogazione del beneficio.

**Tavola 3.1.6 - Invalidità civile - Indennità di accompagnamento vigente per classi di età e regione**

2020							
REGIONI	CLASSI DI ETÀ'						TOTALE
	Fino a 17	da 18 a 39	da 40 a 59	da 60 a 64	da 65 a 79	80 e oltre	
Abruzzo	7.061	2.617	4.763	1.701	8.714	26.904	51.760
Basilicata	2.602	1.134	1.953	730	3.532	11.773	21.724
Calabria	13.040	5.557	11.781	4.211	21.015	50.587	106.191
Campania	32.491	14.961	28.807	10.184	53.861	109.731	250.035
Emilia Romagna	15.437	5.803	10.065	3.433	18.177	67.005	119.920
Friuli Venezia Giulia	3.485	1.422	3.113	1.028	6.610	22.348	38.006
Lazio	37.546	12.296	26.758	9.843	49.031	118.659	254.133
Liguria	5.850	2.097	4.445	1.482	8.090	28.343	50.307
Lombardia	35.528	15.362	26.167	8.548	46.992	155.157	287.754
Marche	8.018	2.519	4.321	1.609	8.930	36.400	61.797
Molise	1.317	576	1.165	469	2.050	6.704	12.281
Piemonte	16.020	6.106	10.354	3.540	20.069	66.657	122.746
Puglia	20.621	10.240	20.785	7.483	40.181	93.642	192.952
Sardegna	9.478	3.996	10.085	3.733	16.433	37.510	81.235
Sicilia	28.092	13.330	23.573	8.467	40.782	96.045	210.289
Toscana	12.747	5.165	9.815	3.300	18.520	65.072	114.619
Trentino Alto Adige	0	0	0	0	0	0	0
Umbria	3.882	1.698	3.361	1.458	8.788	30.490	49.677
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	14.451	6.935	12.649	4.295	22.792	77.910	139.032
<b>ITALIA</b>	<b>267.666</b>	<b>111.814</b>	<b>213.960</b>	<b>75.514</b>	<b>394.567</b>	<b>1.100.937</b>	<b>2.164.458</b>
<b>Nord</b>	<b>90.771</b>	<b>37.725</b>	<b>66.793</b>	<b>22.326</b>	<b>122.730</b>	<b>417.420</b>	<b>757.765</b>
<b>Centro</b>	<b>62.193</b>	<b>21.678</b>	<b>44.255</b>	<b>16.210</b>	<b>85.269</b>	<b>250.621</b>	<b>480.226</b>
<b>Sud e Isole</b>	<b>114.702</b>	<b>52.411</b>	<b>102.912</b>	<b>36.978</b>	<b>186.568</b>	<b>432.896</b>	<b>926.467</b>

Fonte: Inps, Rendiconto Sociale 2017-2021 e Relazione fine mandato, Tomo C, gennaio 2022

L'indennità di accompagnamento spetta a tutti i cittadini in possesso dei requisiti sanitari residenti in forma stabile in Italia, indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età. Con la Circolare n. 135 del 22 dicembre 2022 l'INPS ha reso noto

che l'importo per il 2023 dell'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili totali è pari a 527,16 euro. L'ammontare è identico per tutti i beneficiari (ad esclusione dei non vedenti per i quali è prevista una maggiorazione); senza alcuna graduazione commisurata al bisogno assistenziale e non sono posti vincoli per l'utilizzo del beneficio economico.

## **Articolo 6** *(Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi)*

L'**articolo 6, al comma 1**, disciplina il procedimento per l'adozione dei decreti legislativi di cui agli articoli 3, 4 e 5 del presente provvedimento.

Al **comma 2** si prevede la possibilità di adottare ulteriori decreti legislativi correttivi o integrativi, fermi restando i principi e criteri direttivi di delega posti dal provvedimento in esame, e si disciplina la relativa procedura di adozione.

Il **comma 1** dell'articolo 6, **modificato durante l'esame del Senato**, prevede che gli schemi dei decreti legislativi di cui agli articoli 3, 4 e 5 - previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281<sup>53</sup> - siano 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. Dette Commissioni sono chiamate a pronunciarsi nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione degli schemi di provvedimento, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Se il termine per l'espressione del parere spira 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.

Il riferimento all'art. 8 del d.lgs. 281/1997 è stato **inserito dal Senato** in sostituzione del riferimento all'art. 3 del medesimo d.lgs., contenuto nel testo presentato dal Governo; sempre **nel corso dell'esame in Senato**, si è inoltre stabilito che la prevista intesa sia raggiunta "in sede di" Conferenza Unificata e non "con" quest'ultima, come disposto dal testo originario.

Si ricorda che, in base all'art. 3 del d.lgs. 281/1997, che disciplina le intese nella Conferenza Stato-regioni, queste ultime si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano (co. 2). Quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata (co. 3). In caso di motivata urgenza il

---

<sup>53</sup> Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali. Il riferimento all'art. 8 del d.lgs. 281/1997 è stato inserito in sede referente in sostituzione del riferimento all'art. 3 del medesimo d.lgs.; sempre in sede referente si è inoltre previsto che l'intesa sia raggiunta "in sede di" Conferenza Unificata e non "con" quest'ultima, come stabilito dal testo originario.

Consiglio dei Ministri può provvedere senza l'osservanza delle succitate disposizioni. I provvedimenti adottati sono sottoposti all'esame della Conferenza Stato-regioni nei successivi quindici giorni. Il Consiglio dei Ministri è tenuto ad esaminare le osservazioni della Conferenza Stato-regioni ai fini di eventuali deliberazioni successive (co. 4).

L'art. 8 del medesimo d.lgs. 281/1997, al comma 1, stabilisce che la Conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato-regioni.

Il successivo art. 9 enumera le funzioni della Conferenza unificata, tra le quali figurano la promozione e la sanzione di intese tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane. Detto articolo specifica che, nel caso di mancata intesa o di urgenza, si applicano le disposizioni di cui al precedente articolo 3, commi 3 e 4 (v. sopra).

Il **comma 2** dell'articolo in commento stabilisce che, 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 dal provvedimento in esame, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

Si ricorda che il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) prevede l'entrata in vigore della disciplina legislativa di delega in esame entro il 31 marzo 2023, e la correlativa entrata in vigore dei successivi decreti legislativi entro il 31 marzo 2024.



## Articolo 7

### *(Clausola di salvaguardia per le autonomie territoriali speciali)*

L'**articolo 7** specifica che le norme del presente disegno di legge e quelle dei decreti legislativi emanati in base alle relative discipline di delega sono applicabili **nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano** compatibilmente con i rispettivi statuti e le norme di attuazione degli stessi.

Si ricorda altresì che l'articolo 10 della [legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3](#), ha stabilito che le disposizioni della medesima legge costituzionale si applicano anche ai suddetti enti per le parti in cui esse prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite dagli statuti speciali (sino all'adeguamento dei medesimi).

## **Articolo 8** **(Disposizioni finanziarie)**

L'**articolo 8** individua le **risorse necessarie all'attuazione degli articoli 2, 3, 4 e 5** (fatte salve le risorse individuate per l'erogazione della prestazione universale graduata) della legge delega, alle quali si provvede mediante le disponibilità finanziarie derivanti dal riordino e dalla modificazione delle misure del **Fondo per le non autosufficienze**, del **Fondo nazionale per le politiche sociali**, del **Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale**, dei due **Fondi caregiver**, e del **Fondo per le politiche della famiglia** per la parte dedicata al finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno alla componente anziana dei nuclei familiari. **Alla realizzazione degli obiettivi di cui alla legge delega concorrono inoltre, in via programmatica, le risorse disponibili nell'ambito del PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1, Missione 6, componente 1, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3.** L'articolo precisa infine che, **oltre alle risorse dei Fondi supra citati, dall'attuazione delle deleghe contenute nel provvedimento in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.**

In premessa, l'articolo 8 precisa, al comma 1, che resta fermo quanto stabilito dal successivo comma 4 circa la neutralità finanziaria dei decreti delegati. Sul punto, la RT al provvedimento specifica che, atteso la complessità della materia

Successivamente, l'**articolo 8** individua le **risorse necessarie all'attuazione degli articoli 2, 3, 4 e 5** della legge delega, alle quali si provvede mediante le disponibilità finanziarie derivanti dal riordino e dalla modificazione delle misure nell'ambito:

- 1) del **Fondo per le non autosufficienze**, del **Fondo nazionale per le politiche sociali** e del **Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale**, limitatamente alle risorse disponibili previste per le prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti;

Il [Fondo per le non autosufficienze](#), ai sensi della Sezione II della legge di bilancio 2023, ha una dotazione per il **2023 pari a 865,3 mln di euro**, che sale 913,6 mln di euro nel 2024 e a 962,3 mln di euro nel 2025. [Il Fondo da ripartire per le politiche sociali](#), ai sensi della Sezione II della legge di bilancio 2023, ha una previsione per ciascun anno del triennio 2023-2025 pari a circa **391 milioni di euro**. Il [Fondo per la lotta e alla povertà e all'esclusione sociale](#), ai sensi della

Sezione II della legge di bilancio 2023, reca uno stanziamento pari a **622 mln di euro** per il **2023** e a 617 mln di euro per il biennio 2024-2025 (risorse superiori a quelle indicate nel [Decreto di riparto del Fondo Povertà 2021/2023](#)).

- 2) del **Fondo destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi** finalizzati al **riconoscimento del valore sociale** ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal **caregiver familiare** istituito dalla legge di bilancio 2021, come rifinanziato dalla legge di bilancio 2022;

Il Fondo è stato istituito, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, dalla legge di bilancio 2021 (art. 1, comma 334, della legge n. 178 del 2020) con una dotazione di 30 milioni per ciascun anno del triennio (2021-2023). Il Fondo è stato rifinanziato di 50 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2022-2024 ad opera della II Sezione della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021). La legge di bilancio 2021, istitutiva del Fondo, ne ha destinato le risorse alla copertura finanziaria degli interventi legislativi per il riconoscimento dell'attività non professionale del prestatore di cure familiari (come definita dall'articolo 1, comma 255, della legge di bilancio per il 2018). La Sezione II della legge di bilancio 2023 attribuisce al Fondo **una dotazione di 80 milioni di euro per il 2023 e di 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2024-2025**

- 3) del **Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare** istituito dalla legge di bilancio 2018, come incrementato dalla legge di bilancio 2019;

Il Fondo è stato istituito dalla legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 254, della legge n. 205 del 2017) con una dotazione di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, successivamente incrementata di 5 milioni di euro per gli anni 2019, 2020 e 2021 (art. 1, comma 483, della legge 30 dicembre 2018, n. 145). Il fondo era originariamente destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività prestata dalla/l *caregiver* familiare, come definito dal comma 255 della medesima legge di bilancio. Il decreto legge n. 86 del 2018, nel trasferire la gestione del fondo alla Presidenza del Consiglio dei ministri, ha modificato l'originaria finalità del fondo stesso, che attualmente viene ripartito annualmente tra le regioni per interventi di sollievo e sostegno destinati alla/i *caregiver* familiari. L'ultimo [decreto di riparto delle risorse è quello relativo al 2022](#) che definisce anche i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo stabilendo che le somme vadano utilizzate dando priorità alle/i *caregiver* che assistono persone in condizione di disabilità gravissima o persone che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali. Vengono inoltre favoriti programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento della/l *caregiver* con la persona assistita. Rispetto alla precedente norma di riparto del Fondo, la nuova disciplina introduce la possibilità,

da parte delle Regioni, di sostenere le/i *caregiver* familiari anche attraverso l'erogazione diretta di contributi economici "di sollievo", "assegni di cura" e bonus sociosanitari, e di eliminare le intermediazioni. La Sezione II della legge di bilancio 2023 attribuisce al Fondo **una dotazione di 25,8 mln di euro per ciascun anno del triennio 2023-2025.**

- 4) del **Fondo per le politiche della famiglia** di cui all'articolo 1, commi 1250, 1251 e 1252, della legge n. 296 del 2006 per la parte dedicata al finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno alla componente anziana dei nuclei familiari.

Il Fondo per le politiche della famiglia è stato istituito ai sensi dell'art. 19, comma 1, del decreto legge n. 223 del 2006<sup>54</sup> per promuovere e realizzare interventi a tutela della famiglia, nonché per supportare l'Osservatorio nazionale sulla famiglia. Il Fondo è stato ridisciplinato dalla legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007). Successivamente, l'art. 3 del decreto legge n. 86 del 2018, in materia di riordino delle competenze dei Ministeri, ha confermato in capo al Presidente del Consiglio, ovvero all'Autorità delegata Ministro per la famiglia, le funzioni precedentemente svolte dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in materia di famiglia, attribuendone ulteriori con la finalità di raccordare alcune competenze proprie della materia, quali i profili relativi alle adozioni, nazionali e internazionali, nonché un più ampio novero di funzioni attinenti l'infanzia e l'adolescenza. Le conseguenti modifiche all'ordinamento delle strutture generali della Presidenza del Consiglio sono avvenute con l'adozione del DPCM 21 ottobre 2019. Più in particolare, il decreto legge n. 86 del 2018 ha attribuito al Ministro per la famiglia e la disabilità le funzioni di indirizzo e coordinamento in materia di politiche per la famiglia nelle sue componenti e problematiche generazionali e relazionali, nonché le funzioni di competenza statale precedentemente attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche sociali in materia di coordinamento delle politiche volte alla tutela dei diritti e alla promozione del benessere della famiglia, di interventi per il sostegno della maternità e della paternità (anche al fine del contrasto della crisi demografica), di conciliazione dei tempi di lavoro e dei tempi di cura della famiglia, con riassegnazione della gestione delle risorse afferenti al Fondo sostegno alla natalità e della funzioni concernenti la Carta famiglia. Conseguentemente, la legge di bilancio 2019 (art. 1, comma 482, della legge n. 145 del 2018) ha introdotto una nuova disciplina e nuove **finalizzazioni del Fondo**, fra le quali si ricordano: **interventi per la diffusione della figura professionale dell'assistente familiare; attività di informazione e di comunicazione in materia di politiche per la famiglia;** interventi volti a valorizzare il ruolo dei Centri per la famiglia; definizione di criteri e modalità per la riorganizzazione dei Consulenti familiari (previa intesa in sede di Conferenza unificata); percorsi di sostegno, anche di natura

---

<sup>54</sup> *Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale.*

economica, ai minori orfani di crimini domestici e alle loro famiglie, affidatarie o adottive; progetti finalizzati alla protezione e la presa in carico dei minori vittime di violenza assistita; contrasto del fenomeno del *cyberbullismo*; interventi per il sostegno dei genitori separati e divorziati; interventi volti a favorire i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono dei minori; interventi in materia di adozione e affidamenti. Le risorse del Fondo sono ripartite con due distinti decreti del Ministro della famiglia e della disabilità. Il primo decreto, adottato dal medesimo Ministro, deve ripartire le risorse destinate al funzionamento degli Osservatori (Osservatorio nazionale sulla famiglia e Osservatorio nazionale per l'infanzia) la cui attività è sostenuta con le risorse del Fondo nonché ripartire le risorse per il finanziamento delle campagne istituzionali sui temi della famiglia. Il secondo decreto, da adottare d'intesa con la Conferenza unificata, deve invece ripartire le risorse per le restanti finalità del Fondo, come ridisciplinato.

Dal 2019, la dotazione a regime del Fondo è pari a 100 milioni di euro.

La Sezione II della legge di bilancio 2023 attribuisce al Fondo **una dotazione, per ciascun anno del triennio 2023-2025, pari a 104 milioni.**

Ai sensi del comma 2, **alla realizzazione degli obiettivi di cui alla legge delega concorrono**, in via programmatica, le **risorse disponibili nell'ambito del:**

- **PNRR** (compatibilmente con le procedure previste per l'attivazione delle risorse PNRR e fermo restando il conseguimento dei relativi obiettivi e traguardi); **Missione 5, componente 2, investimento 1.1, Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti** (per complessive risorse pari a 500 milioni di euro; 373,5 milioni di euro sono indirizzate alle linee di attività ii) e iii). Sul punto si veda *infra* il box dedicato); **Missione 6, componente 1, Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 indirizzati alla realizzazione delle Case e degli Ospedali di comunità, per la presa in carico della persona, per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina per risorse pari a 7 miliardi di euro.

• **PNRR - Missione 5, Componente 2, investimento 1.1 - Missione 6, Componente 1, investimenti 1.1, 1.2 e 1.3**

La **Missione 5, componente 2, investimento 1.1 Sostegno delle persone vulnerabili e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti** per un valore complessivo di 500 milioni per quattro linee di attività mira al rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, alla definizione di modelli di cura personalizzati per le famiglie, per le persone di minore età, per gli adolescenti e gli anziani, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale per assicurare il recupero della massima autonomia di vita.

L'investimento, come detto, si compone di quattro distinte Linee di attività:

- (i) interventi di 18-24 mesi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità. Risorse pari a 84,6 mln; (ii) interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti, anche attraverso la riconversione delle RSA in gruppi di appartamenti che garantiscano la permanenza in sicurezza degli stessi. Risorse pari a 307,5 mln; (iii) interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale. Risorse pari a 66 mln; (iv) interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali. Risorse pari a 42 mln.

Il [Decreto direttoriale \(DD\) n. 450](#) del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 9 dicembre 2021 (come modificato dal D.D del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 28 gennaio 2022) ha definito il Piano Operativo per la presentazione, da parte degli Enti locali, di proposte di adesione agli investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 della M5C2. Dopo i necessari passaggi procedurali, il [Decreto direttoriale n. 320 dell'11 novembre 2022](#) ha fornito gli elenchi dei progetti degli Ambiti Territoriali Sociali ammessi al finanziamento nazionale e dei progetti idonei al finanziamento dai quali risulta, per quanto qui interessa, quanto segue: **i)** Linea di attività *Sostegno della capacità genitoriali/prevenzione vulnerabilità famiglie/bambini*: progetti previsti 400 per risorse pari a 84,6mln di euro; progetti presentati 489 per risorse pari a 101.163.516 euro; progetti ammessi al finanziamento 389 per un totale di risorse pari a 81.680.556 euro; **ii)** Linea di attività *Autonomia anziani non autosufficienti*: progetti previsti 125 per risorse pari a 307,mln di euro; progetti presentati 282 per risorse pari a 593.500.147 euro; progetti ammessi al finanziamento 125 per risorse pari a 292.505.555 euro; **iii)** Linea di attività *Rafforzamento servizi sociali per dimissione anticipata/prevenzione dell'ospedalizzazione*: progetti previsti 200 per risorse pari a 66 mln di euro; progetti presentati 312 per risorse pari a 101.964.180 euro; progetti ammessi al finanziamento 199 per 65.350.563 euro; **iv)** Linea di attività *Prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali*: progetti previsti 200 per risorse pari a 42 mln di euro; progetti presentati 226 per risorse pari a 45.404.099 euro; progetti ammessi al finanziamento 196 per un ammontare totale di risorse pari a 39.600.910 euro.

Per quanto riguarda **la Missione 6 - Componente 1, con risorse assegnate pari a 7 miliardi di euro**, gli investimenti previsti sono i seguenti:

- **M6C1 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona” per un importo di 2 miliardi di euro** (Target EU finale T2 2026 – almeno 1350 Case della Comunità). Il riparto delle risorse è avvenuto utilizzando la quota di accesso 2021 unitamente ad un meccanismo di ponderazione che garantisce l'attribuzione del 45 per cento delle risorse alle regioni del Mezzogiorno. La Casa della Comunità è identificata come la struttura sociosanitaria deputata a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, indipendentemente dal quadro clinico dell'utenza (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), garantendo l'attivazione, lo sviluppo e

l'aggregazione di servizi di assistenza primaria e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multiprofessionale. L'investimento è collegato con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5.

Il personale sarà costituito da team multidisciplinari di professionisti della salute (MMG, PLS, medici specialistici e infermieri di comunità identificati come la figura chiave della struttura), e assistenti sociali;

- **M6C1 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”** per un importo complessivo di **4 miliardi di euro ripartiti tra i sub-investimenti**:

1) **subinvestimento 1.2.1 Assistenza domiciliare**: identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari (ADI), che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione). Il progetto mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Risorse dedicate pari a 2.720 milioni connesse ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti con i servizi connessi all'ADI. Sulla G.U. n. 120 del 24 maggio 2022, è stato pubblicato il [Decreto salute 29 aprile 2022](#) "Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «[Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare](#)». Successivamente, il [DM Salute 23 gennaio 2023](#) ha disposto il riparto dell'intera cifra di 2.720 milioni riconducibili al sub-investimento M6 C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» a favore delle Regioni e delle Province autonome in qualità di soggetti attuatori come indicato nell'[allegato 1 \(qui il link\)](#). Le risorse attribuite sono immediatamente accertabili dalle amministrazioni attuatrici ai sensi dell'15 del DL. n. 77/2021 (L. n. 108/2021).

2) subinvestimento **1.2.2 attivazione di 600 Centrali Operative Territoriali (COT)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza (una COT per circa 100.000 abitanti). Per i [costi unitari dell'intervento](#), si rinvia all'allegato al PNRR. Risorse dedicate **280 milioni**. Il subinvestimento 1.2.2 si suddivide, a sua volta, in diverse articolazioni: 1.2.2.1 “COT” cui sono indirizzati 103.845.000,00 euro; 1.2.2.2 “Interconnessione aziendale” cui sono assegnati 42.642.875,00 euro; 1.2.2.3 “Device” cui sono indirizzati 58.029.713,00 euro; 1.2.2.4 "Piattaforma di Intelligenza Artificiale” a supporto dell'Assistenza sanitaria primaria", cui sono destinati 50 milioni di euro; 1.2.2.5 "Portale della trasparenza" cui sono destinati 25.482.412,00 milioni di euro, per un complessivo importo - per le articolazioni 1.2.2.4 e 1.2.2.5 - di euro 75.482.000,00 da utilizzare nel 2022 (il soggetto attuatore di entrambi gli interventi è Agenas);

3) subinvestimento **1.2.3 utilizzo della Telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche. L'obiettivo posto è assistere, nel 2025, almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina. Risorse dedicate pari a **1 miliardo**. Il [DM Salute 21 settembre 2022](#) ha approvato le linee guida per i servizi di telemedicina disponendo circa i requisiti funzionali e i livelli di servizio per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza



nell'attuazione dei servizi di telemedicina. L'adozione delle linee guida è determinata ai sensi dell'art. 12, co. 15-*undecies*, del decreto legge n. 179 del 2012 ed è finalizzata ad individuare i requisiti indispensabili per tutte le soluzioni di telemedicina finanziate con risorse del PNRR nell'ambito del subinvestimento in parola. Il decreto del Ministero della Salute del 1° aprile 2022, ha ripartito analiticamente il subinvestimento 1.2.3, attribuendo specifica sub-codifica, in 1.2.3.1 "Piattaforma di telemedicina" a cui vengono destinati 250.000.000 euro e 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina" a cui vengono destinati 750.000.000 euro. Nel marzo 2022, l'Agenas, in qualità di soggetto Attuatore per la progettazione, la realizzazione e la gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma Nazionale di Telemedicina ha pubblicato un [Avviso](#) per la manifestazione di interesse per la presentazione di proposte di *partnership* pubblico privato per l'affidamento in concessione per la "Progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina PNRR". Il 12 ottobre 2022, l'Agenas ha poi dato avvio alla [procedura aperta per l'affidamento della concessione per la progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma Nazionale di Telemedicina](#). La durata della concessione è di 10 anni, con decorrenza dal 1° gennaio 2023 e con termine previsto quindi al 31 dicembre 2032. La Piattaforma garantirà l'erogazione della telemedicina su tutto il territorio nazionale attraverso l'interoperabilità dei vari progetti regionali sulla base di standard tecnologici comuni. Per poter partecipare al bando da 750 milioni di euro le aziende hanno tempo fino al 28 novembre;

- **M6C1 1.3 “Ospedali di Comunità”: 1 miliardo di euro** - Target EU finale T2 2026, termine entro il quale devono essere realizzati almeno 400 Ospedali di Comunità.

A questi investimenti si affianca un progetto **di Riforma** dedicato alla Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. La Riforma è stata attuata (T2 2022) con la pubblicazione, sulla G.U. del 22 giugno 2022, del [decreto n. 77 del 23 maggio 2022](#) sugli *standard* dell'assistenza territoriale. Si ricorda inoltre la pubblicazione, sulla G.U n. 309 del 30 dicembre 2021, della [legge n. 227 del 22 dicembre 2021](#) *Delega al Governo in materia di disabilità* (T4 2021), di cui non sono stati ancora emanati i decreti delegati.

- [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).

• **Programma Nazionale “Inclusione e lotta alla povertà”**

Il [Programma Nazionale “Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027”](#), cofinanziato sia dal FSE+ che dal FESR, con una dotazione finanziaria di oltre 4 miliardi di euro include anche gli interventi in precedenza sostenuti dal Fondo di



aiuti europei agli indigenti (FEAD), e si articola in sei priorità: sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà; *Child Guarantee*; contrasto alla deprivazione materiale; interventi infrastrutturali per l'inclusione socioeconomica; assistenza tecnica all'FSE+; assistenza tecnica al FESR. In sintesi sono 5 le **finalità principali** perseguite dal Programma:

1. Finanziamento di servizi o attività innovativi e/o non ancora strutturati
2. Azioni rivolte a target specifici di popolazione, a contesti territoriali e sub territoriali quali le grandi e medie aree urbane e le loro periferie
3. Possibilità di attivare linee di intervento volte ad intercettare popolazioni target non considerate adeguatamente in sede di PNRR e nell'utilizzo dei fondi nazionali
4. Integrazione delle progettualità proposte nel PNRR, con particolare riferimento alla componente servizi
5. Investimenti nella capacitazione istituzionale e sulle competenze degli *stakeholders*.

Il **comma 3** precisa che **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**.

La RT al provvedimento precisa che, 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. Pertanto, gli **schemi dei decreti legislativi** adottati in attuazione delle deleghe **devono essere corredati di una relazione tecnica che dà conto della neutralità finanziaria** delle misure in essi contenute ovvero dei nuovi o maggiori oneri da essi derivanti e dei corrispondenti mezzi di copertura. **Nel caso in cui uno o più decreti determinino nuovi o maggiori oneri** che non trovino compensazione al loro interno, i medesimi decreti legislativi **sono emanati solo successivamente e contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie** (come previsto dall'art. 17, comma 2, della legge n. 196 del 2009<sup>55</sup>).

Il **comma 5** precisa infine che **dall'attuazione delle deleghe contenute nel provvedimento in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**. Pertanto, agli adempimenti relativi ai decreti delegati, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse

<sup>55</sup> *Legge di contabilità e finanza pubblica.*

umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente.

**Articolo 9**  
*(Entrata in vigore)*

**L'articolo 9** prevede che la presente legge **entri in vigore il giorno successivo** alla pubblicazione della stessa nella *Gazzetta Ufficiale*.



## **Dati di contesto**




## Dinamica demografica e non autosufficienza

Il Rapporto Istat [Previsioni della popolazione residente e delle famiglie](#) del settembre 2022 conferma la presenza di un potenziale quadro di crisi demografica:

- popolazione residente in decrescita;
- problematicità del rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) che passerà dai circa tre a due del 2021, a circa uno a uno nel 2050;
- calo di popolazione, in nove su 10 nel caso di Comuni di zone rurali;
- meno coppie con figli, più coppie senza, si stima infatti che entro il 2041 una famiglia su quattro sarà composta da una coppia con figli, più di una su cinque non ne avrà.

La popolazione di 65 anni e più oggi rappresenta il 23,5% del totale, quella fino a 14 anni di età il 12,9%, quella nella fascia 15-64 anni il 63,6% mentre l'età media si è avvicinata al traguardo dei 46 anni. Nel 2021 la quota di persone sole di 65 anni e più rappresenta la metà di chi vive da solo, nel 2041 si stima che raggiungerà il 60%. In termini assoluti, le persone sole arriverebbero a 10,2 milioni (+20%), di cui 6,1 milioni di 65 anni e più (+44%). Nel 2021 tra gli uomini che vivono soli, circa uno su tre ha più di 65 anni (32,3%) mentre tra le donne il rapporto sale a oltre tre su cinque (63,1%). Negli anni le previsioni mostrano uno scenario in cui l'incidenza di uomini e donne di 65 anni e più nel complesso delle famiglie unipersonali aumenta sostanzialmente, per cui gli uomini arriverebbero nel 2041 a costituirne il 42,5% e le donne addirittura il 72,2%. L'aumento della sopravvivenza tra gli anziani, molti dei quali soli, potrebbe comportare un futuro aumento dei fabbisogni di assistenza. Un maggior numero di anziani soli può però generare anche risvolti positivi; la più lunga sopravvivenza, caratterizzata, si presuppone, anche da una migliore qualità della vita, potrebbe consentire a queste persone di svolgere un ruolo attivo nella società: ad esempio, come già accade oggi e verosimilmente un domani, supportando le famiglie dei propri figli nella cura dei nipoti e garantendo loro sostegno economico, partecipando al ciclo economico nella veste di consumatori di servizi assistenziali ma anche in quella di investitori di capitali.

Alla luce delle ipotesi condotte, entro il 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,9% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% (ovvero che il suo presunto valore cada tra due estremi con probabilità pari al 90%) presenta un campo di variazione compreso tra un minimo del 33% a un massimo del 36,7%. Comunque vadano le cose, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, dovendo fronteggiare i fabbisogni di una quota crescente di anziani.



**PROSPETTO 1. POPOLAZIONE RESIDENTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. SCENARIO MEDIANO E INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 90%. Anni 2021-2070, 1° gennaio, dati in milioni (\*)**

Ripartizione geografica	2021	2030	2040	2050	2070
Nord	27,5	27,3	27,0	26,5	24,4
		[ 27,0 / 27,5 ]	[ 26,2 / 27,9 ]	[ 24,9 / 28,3 ]	[ 20,8 / 28,3 ]
Centro	11,8	11,6	11,4	11,0	9,8
		[ 11,5 / 11,7 ]	[ 11,1 / 11,7 ]	[ 10,4 / 11,7 ]	[ 8,4 / 11,3 ]
Mezzogiorno	20,0	19,0	18,0	16,6	13,6
		[ 18,9 / 19,2 ]	[ 17,5 / 18,4 ]	[ 15,8 / 17,5 ]	[ 11,9 / 15,4 ]
<b>ITALIA</b>	<b>59,2</b>	<b>57,9</b>	<b>56,4</b>	<b>54,2</b>	<b>47,7</b>
		[ 57,4 / 58,4 ]	[ 54,8 / 58,0 ]	[ 51,1 / 57,5 ]	[ 41,2 / 55,1 ]

(\*) Tra parentesi quadre i valori degli intervalli di confidenza.

2

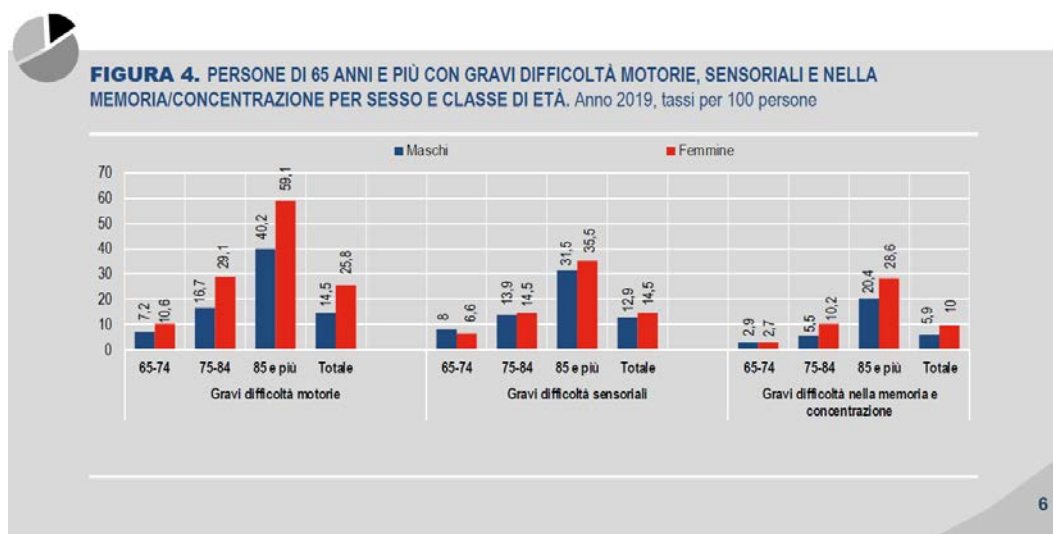
L'Istat ci fornisce ulteriori dati utili nel Report [Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia: anno 2019](#) del luglio 2021 che evidenzia come, a fronte di condizioni migliori di salute, cresca la domanda di assistenza e cura degli anziani.

Anziani, dei quali circa 3 milioni e 860mila con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28,4% della popolazione di 65 anni e più). Fra questi, 2 milioni 833mila (20,9%) hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1 milione 874mila (13,8%) riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1 milione e 113mila (8,2%) hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione. Al crescere dell'età la quota di anziani con gravi difficoltà funzionali aumenta progressivamente: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultra ottantacinquenni (63,8%). La quota di donne di 65 anni e più con gravi difficoltà funzionali supera quella degli uomini della stessa età in tutte le attività di base considerate. Nel camminare oppure salire o scendere le scale, le anziane mostrano maggiori difficoltà già a partire dai 65 anni (+3,4 punti percentuali rispetto agli uomini) fino a un gap di genere di quasi 20 punti dopo gli 85 anni (59,1% per le donne contro 40,2% per gli uomini). Fra le donne le maggiori difficoltà nel ricordare o nel concentrarsi si osservano dopo i 75 anni (16% contro 9,3% degli uomini). Sono più attenuate le differenze di genere per le difficoltà nella vista e nell'udito in tutte le fasce di età. Le persone con gravi difficoltà nelle funzioni di base sono più concentrate nelle regioni del Mezzogiorno (32,1%, quoziente standardizzato) rispetto al Centro (25,5%) e al Nord (22,9%). Lo svantaggio del Sud e delle



Isole è particolarmente pronunciato per le difficoltà motorie, per le quali si registra un tasso standardizzato del 24,7% contro il 17,6% del Centro e il 15,8% del Nord. In particolare per le donne il valore supera il 30%, contro il 20% circa nel Centro e nel Nord. Merita infine ricordare che tra gli anziani sono in forte aumento demenza e depressione: nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer colpiscono circa 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (dalla stima sono esclusi quindi gli anziani che risiedono in istituzioni), complessivamente il 4,2% degli anziani. La quota si attesta al 3% tra gli uomini e al 5,1% tra le donne. Tuttavia la prevalenza triplica tra le ultraottantacinquenni (15,4%) e raggiunge il 14% tra i coetanei maschi. Si tratta di un grave problema perché il progressivo decadimento delle funzioni cognitive derivante da queste forme morbose neurodegenerative comporta un carico di assistenza particolarmente oneroso anche per i conviventi e i *caregivers*.

Il Report Istat conseguentemente sottolinea che, in un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, è di fondamentale importanza valutare il livello di autonomia degli anziani nelle attività quotidiane di cura della persona e fornire un contributo conoscitivo per la definizione di adeguate politiche sociosanitarie. Il 10,6% degli anziani (1 milione e 437mila persone) riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona: fare il bagno o la doccia da soli (9,8%), vestirsi e spogliarsi (6,7%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (6,3%), usare i servizi igienici (5,7%) e infine mangiare da soli (3,5%). Il 6% degli anziani presenta gravi difficoltà in tre o più attività. La scarsa autonomia in almeno un'attività di cura personale riguarda quasi un quinto degli anziani di 75 anni e più (18,3%) e oltre un terzo degli ultraottantacinquenni (37,2%). La gran parte degli anziani con grave riduzione di autonomia nelle attività di cura della persona riferisce anche gravi difficoltà nelle attività quotidiane della vita domestica. Si arriva quindi a circa 1 milione e 400mila di anziani (10,1%) con una forte riduzione di autonomia in entrambe le attività essenziali della vita quotidiana. A livello europeo i dati preliminari disponibili su 22 paesi mostrano l'Italia (10,1%) nella parte alta della graduatoria decrescente insieme all'Austria (10,3%) a fronte di una media Ue22 pari all'8,5%. Sommando al gruppo di anziani che hanno difficoltà in entrambe problematiche i 2 milioni 400mila che dichiarano gravi difficoltà solo nelle attività domestiche, si raggiunge la cifra di circa 3 milioni 800mila anziani che hanno severe limitazioni nelle attività quotidiane della vita domestica (28,4%). Come prevedibile, è soprattutto nelle attività domestiche pesanti che gli anziani perdono più frequentemente l'autonomia (25,7%). Seguono attività come fare la spesa (15,3%) e svolgere attività domestiche leggere (12,7%). Il 10,7% ha difficoltà nel gestire risorse economiche e nel preparare i pasti.



Un'ulteriore aiuto per la costruzione di un quadro di insieme può ricavarsi dagli ultimi dati sulla consistenza e la presenza delle Residenze sanitarie e socio sanitarie in Italia (Istat, [Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie: anno 2020](#), novembre 2022), anno in cui gli ospiti nelle strutture residenziali ammontano complessivamente a 342.361, ultrasessantacinquenni in tre casi su quattro. Il report sottolinea che dal 2015 il tasso di ricovero degli ospiti anziani ha avuto un andamento piuttosto stabile, circa 21 ricoverati per 1.000 residenti. Nel 2020, invece, la presenza degli ultra-sessantaquattrenni ha subito una sensibile riduzione, con un decremento del 13% (circa 38mila anziani in meno), a fronte di una variazione percentuale che nei cinque anni osservati non aveva mai superato la soglia del 2%. A diminuire sono soprattutto gli anziani non autosufficienti di sesso maschile, per i quali si osserva un calo del 16% nel Nord-ovest e del 20% nelle Isole. Il quadro pandemico che ha caratterizzato il nostro Paese nel corso del 2020 ha infatti determinato un considerevole incremento dei decessi all'interno delle residenze: in questo periodo, purtroppo, tra gli ospiti anziani i decessi sono aumentati del 43% (oltre 32mila in più rispetto all'anno precedente). Per quanto riguarda la tipologia delle residenze, delle oltre 15mila unità di servizio la maggior parte è di tipo socio-sanitario. Le "unità di servizio" che erogano assistenza socio-sanitaria sono infatti 8.976 per un ammontare di circa 319mila posti letto (il 77% dei posti letto complessivi). L'offerta residenziale si riduce sensibilmente per le "unità di servizio" che svolgono prevalentemente funzione di tipo socio-assistenziale: le unità così classificate ammontano a 6.378 e dispongono in totale di 93.070 posti letto, pari al 23% dei posti letto complessivi. Le unità socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani non autosufficienti, destinando a questa categoria di ospiti il 75% dei posti letto disponibili, mentre agli anziani

autosufficienti e alle persone con disabilità sono destinati, rispettivamente, il 9 ed il 7% dei posti letto. La quota residuale è rivolta alle altre tipologie di utenza.

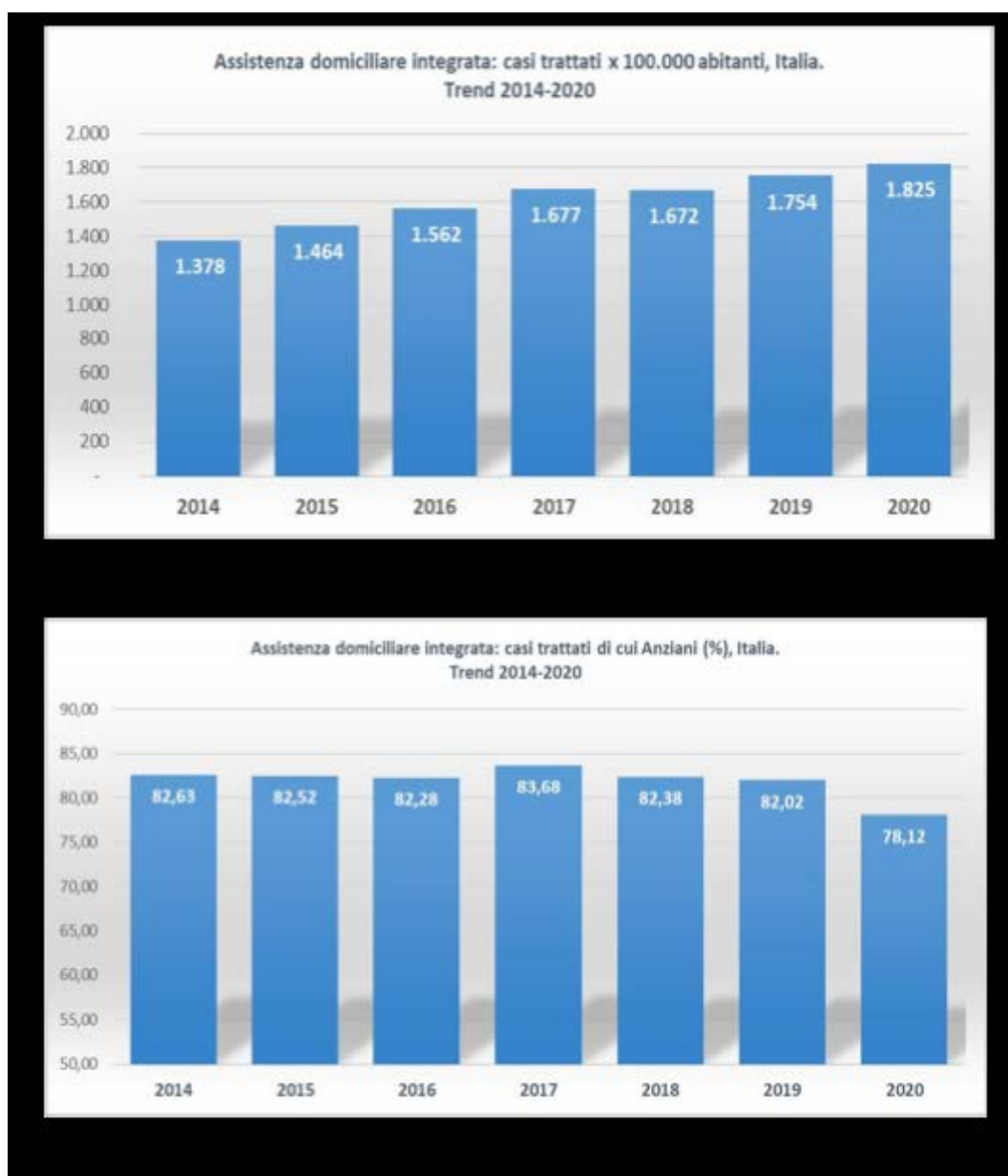
La disponibilità di offerta più alta si osserva nel Nord-est, pari a 9,9 posti letto ogni 1.000 residenti, la più bassa nel Sud del Paese, dove i posti letto sono poco più di 3 ogni 1.000 residenti. Le differenze geografiche si riscontrano anche analizzando la distribuzione delle strutture per dimensione. Il Nord-est presenta una percentuale doppia (30,8%) rispetto al dato nazionale (15,6%) di residenze piccole (massimo sei posti letto). Il Centro (43,1%) e il Mezzogiorno (Sud 50,7%, Isole 58,1%) sono invece i territori in cui la maggioranza delle strutture ha una dimensione media (tra i 16 e i 45 posti letto). Il Nord-ovest è maggiormente caratterizzato da residenze con più di 80 posti letto (16,4% contro un valore medio nazionale del 9%). Le differenze territoriali sono evidenti anche in relazione alla tipologia di utenza assistita. L'offerta di posti letto per anziani non autosufficienti è molto elevata nelle regioni del Nord (28 posti letto ogni 1.000 residenti anziani al Nord-ovest, 31 al Nord-est). Nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a questa tipologia di utenti risulta molto inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud, con meno di 6 posti letto ogni 1.000 residenti. Il Report indica infine che in Italia sono oltre 255mila gli anziani ultra-sessantaquattrenni ospiti delle strutture residenziali, poco più di 18 per 1.000 anziani residenti; di questi, oltre 14 sono in condizione di non autosufficienza (per un totale di 202.174 anziani non autosufficienti). La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro ospiti anziani, tre sono donne. Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (76%) ha superato la soglia degli 80 anni di età, quota che si attesta al 77% per i non autosufficienti e si riduce al 70% per gli anziani autosufficienti. Gli ultraottantenni costituiscono quindi la quota preponderante degli ospiti anziani, con un tasso di ricovero pari a 63 ospiti per 1.000 residenti, oltre 14 volte superiore a quello registrato per gli anziani con meno di 75 anni di età, per i quali il tasso si riduce a 4,4 ricoverati per 1.000 residenti.

Tornando al Report Istat [La spesa dei comuni per i servizi sociali](#) (riferita al 2018, del febbraio 2021; la nuova rilevazione riferita al 2021 è partita a luglio 2022) si evidenzia come la spesa per gli anziani sostenuta dai comuni si sia progressivamente abbassata fino ai 94 euro del 2018. Sul territorio la riduzione è stata più marcata al Sud e nel Nord-est e più contenuta al Nord-ovest mentre al Centro e nelle Isole si è registrato un lieve incremento. La voce di spesa più elevata riguarda l'accoglienza degli anziani nelle strutture residenziali, comunali o convenzionate con i Comuni, che assorbe il 38,5% delle risorse per l'area anziani (40,3% nel 2017) e ammonta a 496 milioni di euro (-5,8% rispetto all'anno precedente). Risiedono nelle strutture circa 107mila anziani (0,8% della popolazione oltre i 65 anni), dei quali circa la

metà risiede in strutture gestite dai Comuni e beneficia di una spesa media di 5.287 euro annui. Per i residenti in strutture private convenzionate, il Comune integra le rette pagate dagli utenti con una spesa media di 3.940 euro. L'assistenza domiciliare rappresenta più di un terzo della spesa totale per gli anziani (36,3%, 35,6% nel 2017). Questa voce di spesa è pari a 468 milioni di euro, in lieve crescita rispetto al 2017 (+0,9%) ma ancora sotto il livello più alto registrato nel 2010 (601 milioni). La forma più diffusa di assistenza domiciliare offerta dai Comuni è quella di tipo socio-assistenziale, insieme a quella integrata con i servizi sanitari (settori prioritari delle misure statali di sostegno previste dai Piani d'Azione per la Coesione, PAC, introdotti nel 2012 dal Ministero per lo Sviluppo e la Coesione, d'intesa con la Commissione europea). Tali forme di assistenza hanno l'obiettivo di potenziare i servizi di cura per gli anziani non autosufficienti, evitando, laddove è possibile, l'istituzionalizzazione. La spesa per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale supporta oltre 128mila persone anziane nella cura e igiene della persona e della propria abitazione (0,9% dei residenti over 65) e ammonta a 275 milioni (-2,1% rispetto al 2017) pari a 2.144 euro per beneficiario. La spesa per l'assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari è stata di 72 milioni di euro (+9,1% sull'anno precedente): ne hanno usufruito circa 58mila anziani presi in carico dal Sistema Sanitario Nazionale, per i quali il Comune integra le prestazioni sanitarie con assistenza di base. La spesa media pro-capite è 1.253 euro. Più di 55mila anziani hanno beneficiato di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, per una spesa totale di 75 milioni di euro (+4,2% rispetto al 2017). Gli anziani sono inoltre destinatari di trasferimenti in denaro da parte dei Comuni, come i contributi per l'assistenza alla persona (45 milioni di euro per oltre 24mila utenti) e i contributi a integrazione al reddito familiare (25 milioni e oltre 22mila utenti). I Comuni hanno speso 25 milioni di euro per l'integrazione sociale degli anziani, -3% sul 2017 e -48% dal 2010. In calo la spesa per i centri sociali e di aggregazione per gli anziani: da 22,2 milioni di euro nel 2010 a 10,4 milioni nel 2018, con un decremento del numero di utenti, da oltre 416 mila a 237.400.

## Assistenza territoriale agli anziani – Dati SSN e ANCI

### *Assistenza domiciliare integrata (ADI)*



Fonte: Ministero della salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN: Anno 2020, giugno 2022

L'assistenza domiciliare integrata è intesa come l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente. Sono comprese anche le cure palliative domiciliari e i casi di dimissione protetta.

Nel corso del 2020 sono stati assistiti al proprio domicilio 1.081.387 pazienti, di questi l'60.6% è rappresentato da persone di età maggiore o uguale a 65 anni e il 10.5% è rappresentato da pazienti terminali.

L'ADI consente alle persone non autosufficienti di essere assistite da infermieri o altro personale sanitario al proprio domicilio, anticipando le dimissioni ospedaliere o evitando il ricovero in ospedale o in struttura. L'assistenza è erogabile senza limitazioni di età o di reddito. Quasi tutte le Regioni hanno costituito un punto unico di accesso (PUA), pur identificandolo con denominazioni diverse. L'attivazione del servizio avviene attraverso la segnalazione al PUA del paziente che necessita di ADI, da parte dei Medici di medicina generale (Mmg) o dei medici del reparto ospedaliero nella fase di pre-dimissioni ospedaliere. In molte Asl è ammessa anche la richiesta diretta del paziente, dei servizi sociali e del volontariato. Con l'ADI sono erogate prestazioni mediche, infermieristiche, di aiuto infermieristico, riabilitative, educative, psicologiche e di assistenza tutelare ([art. 22](#) del D.P.C.M. 12 gennaio 2022, c.d. Nuovi LEA)

Esistono diverse tipologie di ADI, che si differenziano in base all'intensità delle cure richieste e all'équipe di professionisti sanitari coinvolti. Inoltre, ai sensi del D.P.C.M. 14 gennaio 2001<sup>56</sup> “si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia” erogate dai Comuni che organizzano un Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), che si caratterizza per un contenuto della prestazione ad afferenza sociale la cui erogazione è spesso esternalizzata a organizzazioni profit o del privato sociale, talvolta con la collaborazione di organizzazioni di volontariato. I beneficiari dell'ADI vengono selezionata sull'intensità dei bisogni sanitari e sull'efficacia relativa dell'ADI rispetto al contesto dato, senza test dei mezzi. All'opposto, i beneficiari del SAD vengono prevalentemente selezionati in base ad insufficienti condizioni reddituali e a contesti di grave solitudine o emarginazione, ponderando l'intensità dei bisogni.

La tabella nella pagina seguente (la tabella, su dati Istat, è contenuta nella pubblicazione IFEL, [Sanità e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni](#), maggio 2021) fornisce un quadro dell'assistenza domiciliare sociale integrata con servizi sanitari nell'area anziani riferita al 2018.

---

<sup>56</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 142 del 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria.

Regioni e ripartizioni geografiche	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indicatore di presa in carico degli utenti (c) (per 100 persone)
Piemonte	88,3	0,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6,8	-
Liguria	10,7	0,2
Lombardia	8,6	0,1
Trentino-Alto Adige/Südtirol	7,4	-
Bolzano-Bozen (d)	-	-
Trento	7,4	0,1
Veneto	78,5	2,4
Friuli - Venezia Giulia	21,9	0,1
Emilia - Romagna	32,9	0,4
Toscana	65,0	0,7
Umbria	43,5	0,4
Marche	8,3	0,1
Lazio	37,0	0,1
Abruzzo	44,9	0,1
Molise	2,2	-
Campania	55,5	0,2
Puglia	81,4	0,3
Basilicata	10,7	-
Calabria	22,3	0,1
Sicilia	24,6	0,1
Sardegna	20,7	-
Nord-ovest	40,3	0,2
Nord-est	47,7	1,2
Centro	38,7	0,3
Sud	42,5	0,2
Isole	22,7	0,1
<b>ITALIA</b>	<b>40,1</b>	<b>0,4</b>

Fonte: Istat, 2021

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(c) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

(d) Per la provincia di Bolzano non è disponibile il dato relativo al numero di comuni coperti dal servizio.

Di particolare interesse anche la tabella successiva (contenuta nella pubblicazione IFEL, [Sanità e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni](#), maggio 2021) che fornisce i numeri dei servizi sociali erogati dai comuni agli anziani negli anni 2013 e 2018.

Servizi	Spesa per anziani (euro)		Var. % 2013/2018
	2013	2018	
Contributi per servizio trasporto	3.777.252	1.529.959	-59,5%
Telesoccorso e teleassistenza	8.191.993	3.761.487	-54,1%
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	3.698.012	1.736.100	-53,1%
Contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	47.306	23.592	-50,1%
Intermediazione abitativa/assegnazione alloggi	1.667.582	949.158	-43,1%
Trasporto sociale	28.517.678	18.285.039	-35,9%
Attività ricreative, sociali, culturali	31.754.355	20.911.483	-34,1%
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	9.819.306	6.491.785	-33,9%
Centri di aggregazione/sociali	15.771.613	11.064.366	-29,8%
Buoni spesa o buoni pasto	885.504	666.166	-24,8%
Mensa	4.478.220	3.723.329	-16,9%
Centri diurni	68.498.541	57.031.388	-16,7%
Contributi a integrazione del reddito familiare	29.354.787	24.568.865	-16,3%
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	54.838.183	47.341.423	-13,7%
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	360.420.269	311.287.923	-13,6%
Contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	633.712.852	560.643.760	-11,5%
Contributi per cure o prestazioni sanitarie	7.134.028	6.389.248	-10,4%
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	132.620.516	120.315.480	-9,3%
Servizi di prossimità (buon vicinato)	7.705.589	7.113.610	-7,7%
Altre attività di servizio sociale professionale	3.380.947	3.156.791	-6,6%
Contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	2.520.088	2.499.020	-0,8%
Contributi e integrazioni a retta per centri diurni	14.500.874	14.478.713	-0,2%

Fonte: elaborazioni IFEL-Dipartimento Studi Economia Territoriale su dati Istat, anni vari

### *Assistenza territoriale agli anziani*

Per prestazione residenziale e semiresidenziale si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio. La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo



termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” svolte di norma in regime ospedaliero<sup>57</sup>.

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 c.d. Nuovi Lea dedica [l'articolo 30](#) all'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, specificando che, nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

a) **trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale** a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono **elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore**. La **durata** del trattamento estensivo, **di norma non superiore a sessanta giorni**, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome. Tali trattamenti sono **integralmente a carico del SSN**;

b) **trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale**, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, educazione terapeutica al paziente e al *caregiver*, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione. I trattamenti di lungoassistenza **sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera. Il restante 50 per cento**, ai sensi del già citato D.P.C.M. 14 febbraio 2001, **è a carico del Comune fatta salva compartecipazione da parte dell'utente, come stabilita dal medesimo Comune**. Il Consiglio di Stato con la sentenza n. 1458 del 4 marzo 2019 ha sottolineato la rilevanza dell'**ISEE** non solo ai fini dell'ammissione alla prestazione assistenziale, ma anche in merito al livello di compartecipazione al loro costo da parte degli utenti, sottolineando la natura dell'**ISEE** come strumento di calcolo per la capacità contributiva dei privati, con la conseguenza che non sono ammessi altri sistemi di calcolo delle disponibilità economiche degli utenti che chiedono prestazioni di tipo assistenziale o comunque rientranti nell'ambito della disciplina dell'**ISEE**.

Il Regolamento ISEE<sup>58</sup> ha peraltro previsto uno specifico ISEE socio-sanitario utile per l'accesso alle prestazioni sociosanitarie come l'assistenza domiciliare per le persone con disabilità e/o non autosufficienti, l'ospitalità

<sup>57</sup> Sul punto si rinvia al documento del Ministero della salute, [Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali](#), 2007

<sup>58</sup> D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 - Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali per le persone che non possono essere assistite a domicilio.

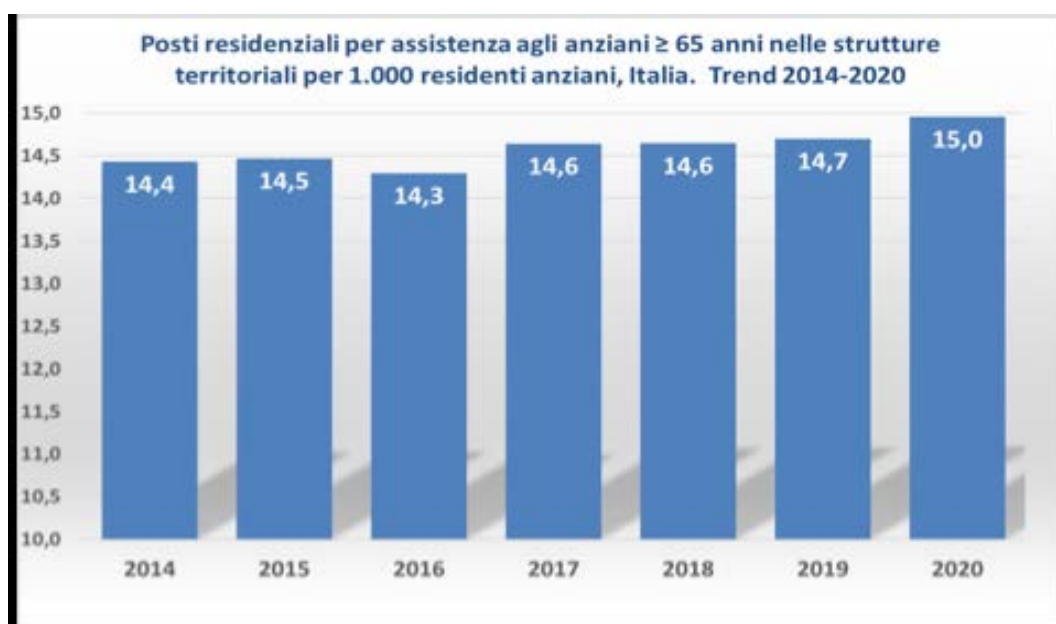
Le strutture in questione vengono individuate con nomi o sigle diverse da regione a regione e può capitare che la stessa sigla (ad esempio RSA Residenza sanitaria assistenziale o RA Residenza assistenziale) abbia un significato diverso in Regioni diverse. Normalmente, la Asl autorizza il ricovero nelle strutture collocate nel territorio della Regione; solo in casi particolari si può chiedere l'autorizzazione ad entrare in una struttura di una Regione diversa.

La tabella a seguire oltre a mostrare la percentuale dei posti residenziali negli anni dal 2014 al 2020 fornisce anche una comparazione regionale (per approfondimenti si rinvia a: [Modelli regionali di politiche per anziani non autosufficienti: stime della relazione domanda-offerta](#), in Luoghi della cura, giugno 2022)

Posti residenziali per assistenza agli anziani  $\geq 65$  anni nelle strutture territoriali per 1.000 residenti anziani, per Regione. Trend 2014-2020

Regione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Piemonte	26,4	25,6	25,9	26,9	27,5	26,7	28,5
Valle d'Aosta	0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	11,3	11,9
Lombardia	26,9	26,7	26,3	26,5	25,6	25,6	25,8
Prov. Auton. Bolzano	42,4	37,5	37,5	42,4	42,0	41,8	42,0
Prov. Auton. Trento	40,8	40,0	39,5	39,4	38,5	37,7	38,8
Veneto	27,2	27,8	27,6	27,4	28,0	28,1	28,1
Friuli Venezia Giulia	24,5	24,6	24,1	24,8	24,7	24,7	25,1
Liguria	14,5	14,5	14,5	14,7	14,7	15,1	16,6
Emilia Romagna	15,5	15,8	15,6	15,5	15,6	15,4	15,3
Toscana	12,3	12,6	12,4	13,3	14,0	14,4	15,3
Umbria	10,6	10,1	10,2	10,4	9,7	9,8	9,6
Marche	11,1	11,3	11,9	14,1	14,8	15,6	16,4
Lazio	5,5	5,7	5,4	5,9	5,8	5,9	5,9
Abruzzo	5,5	5,6	5,6	5,6	5,8	5,5	5,5
Molise	0,5	0,5	0,6	0,8	0,8	4,5	4,5
Campania	0,9	1,2	1,3	1,4	1,3	1,5	1,6
Puglia	5,3	5,6	4,9	5,1	5,2	5,2	5,6
Basilicata	1,1	1,3	1,4	2,0	1,3	1,3	1,3
Calabria	5,7	6,1	5,5	5,9	5,7	5,6	5,4
Sicilia	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4
Sardegna	2,0	2,0	2,1	2,2	2,7	2,2	2,5
<b>ITALIA</b>	<b>14,4</b>	<b>14,5</b>	<b>14,3</b>	<b>14,6</b>	<b>14,6</b>	<b>14,7</b>	<b>15,0</b>

Fonte: Ministero della salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN: Anno 2020, giugno 2022



Fonte: Ministero della salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN: Anno 2020, giugno 2022

## La spesa per *long term care*

Il Rapporto della Ragioneria dello Stato, [Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2022](#), (Rapporto n. 23) illustra in modo analitico le previsioni di spesa in rapporto al PIL di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario elaborate in occasione della predisposizione del Documento di Economia e Finanza del 2022 (DEF 2022).

Nel caso dell'Italia, l'aggregato di spesa pubblica per *long-term care* (LTC) comprende le seguenti tre componenti: la spesa sanitaria per LTC, le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

Le indennità di accompagnamento e di comunicazione sono prestazioni monetarie erogate a invalidi civili, ciechi civili (totali e parziali) e sordomuti in seguito alle condizioni psico-fisiche del soggetto. Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario. Sono previste tipologie distinte di indennità, in corrispondenza delle categorie di percettori sopra individuate:

- indennità di accompagnamento, erogata agli invalidi civili;
- indennità di accompagnamento, erogata ai ciechi assoluti;
- indennità speciale, erogata ai ciechi parziali (ventesimisti);
- indennità di comunicazione, erogata ai sordomuti.

Per approfondimenti si rinvia alla sezione dedicata del citato [Rapporto della RGS](#).

La spesa pubblica complessiva per LTC ammonta all'1,9% del PIL nel 2021, di cui la parte erogata a soggetti con più di 65 anni rappresenta il 73,6%. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'84,2% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 41,6% e il 42,6%). Il restante 15,8% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali. L'ultima componente, denominata "Altre prestazioni LTC", comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono erogate in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono erogate in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento.

### **Componente sanitaria**

Come specificato dal Rapporto, la componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto.

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2021, pari a circa lo 0,8% del PIL, corrisponde al 10,7% della spesa sanitaria complessiva.

### Indennità di accompagnamento

Il numero di prestazioni in pagamento alla fine del 2021 è di circa 1.960 mila unità, per una spesa che ammonta attorno allo 0,8% del PIL. Il 92% delle prestazioni è erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali), corrispondente al 93% della spesa totale. Le indennità di accompagnamento erogate agli invalidi civili, che coprono la quasi totalità della spesa complessiva, sono fortemente correlate con l'età. Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione residente di pari età e sesso, nelle fasce di età fino ai 65 anni, rimane sostanzialmente stabile, per poi salire rapidamente nelle fasce di età successive. Oltre i 90 anni, l'incidenza risulta in media pari al 27%, per i maschi e al 44%, per le femmine. Incrementi altrettanto significativi, sebbene rapportati a una dimensione molto più contenuta, si registrano per le indennità di accompagnamento dei ciechi.

### Altre prestazioni LTC

Per il 2021, la spesa pubblica relativa all'insieme delle prestazioni per LTC, di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento, è stimata in 0,3% del PIL di cui il 53,4% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale e il rimanente 46,6% a trasferimenti in denaro.

Tab. 4.1: componenti della spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL – anno 2021

Spesa pubblica LTC per componenti	Totale	[65+]
Componente sanitaria per LTC	0,77%	0,52%
Indennità di accompagnamento	0,79%	0,60%
"Altre prestazioni LTC"	0,29%	0,25%
<b>Totale</b>	<b>1,85%</b>	<b>1,37%</b>

La Tabella 4.1 (pag. 129 del [Rapporto della RGS](#)) chiarisce che, nel 2021, l'apporto della spesa sanitaria per LTC e delle indennità di accompagnamento è pari, rispettivamente, al 41,6% e al 42,6% della spesa complessiva mentre le "Altre prestazioni LTC" assorbono il restante 15,8%. Inoltre, la tabella evidenzia che circa tre quarti della spesa sono rivolti agli anziani non autosufficienti, con oltre 65 anni. Tale percentuale risulta più elevata per le indennità di accompagnamento e le altre prestazioni per LTC e più contenuta per la componente sanitaria, in quanto al suo interno, coesistono prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (assistenza psichiatrica, assistenza ai tossicodipendenti, assistenza integrativa, assistenza protesica e assistenza farmaceutica erogata in forma diretta e per conto).

