

NON AUTOSUFFICIENZA: APPROVATO IL DDL

Gli obiettivi della riforma e le novità più importanti per pazienti e famiglie

"Ascoltare, essere attenti, consolare, perdonare, accompagnare, abbracciare, aiutare sono verbi che a volte dimentichiamo. Bisognerebbe scriverli su una parete accanto alla porta di casa, e leggerli ogni volta che usciamo nel mondo".

- Fabrizio Caramagna -

Quello della non autosufficienza è un tema particolarmente delicato che, in Italia, riguarda circa **10 milioni di persone tra anziani, familiari e chi li assiste** professionalmente. Persone che quotidianamente si trovano a dover fronteggiare le difficoltà della gestione non solo della patologia, ma anche delle difficoltà legate alla mancanza di servizi adeguati.

La Cisl e la Fnp si battono da tempo per dotare il Paese di una legge sulla non autosufficienza, tema oggetto di numerosi confronti le istituzioni. Una legge necessaria, cornice indispensabile per rispondere ai bisogni delle persone disabili e non autosufficienti e garantire le cure e il sostegno alle famiglie.

Il 10 ottobre 2022, finalmente, il Consiglio dei Ministri ha **approvato il testo del Disegno di Legge Delega** per la riforma nazionale della **non autosufficienza**, una riforma attesa da circa 30 anni.

Come ultimo atto, infatti, il Governo uscente di Mario Draghi ha avviato l'iter della riforma attraverso lo "**schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della missione 5, componente 2, riforma 2, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti**".

Il **disegno di legge** approvato dal Governo rappresenta **un punto fermo per continuare il percorso di stretta e preziosa collaborazione tra Fnp e Cisl** e raggiungere gli ambiziosi obiettivi

che ci siamo prefissati. Un punto di partenza che permette di non disperdere gli **sforzi sinora compiuti a favore dei pazienti e delle loro famiglie**, su cui strutturare un sistema nazionale di promozione del benessere degli anziani e di assistenza di lungo periodo per i non autosufficienti.

Il nuovo Governo e il nuovo Parlamento dovranno proseguire il percorso di elaborazione della riforma e portarlo a compimento, come previsto dal PNRR. Saranno, quindi, chiamati a disegnarne la versione definitiva: **l'obiettivo dovrebbe essere un testo ambizioso, all'altezza delle aspettative di anziani e famiglie.**

“Ora che la palla passa al nuovo Esecutivo e Parlamento l'iter deve proseguire celermente per giungere al varo definitivo entro la primavera del 2023 prevedendo già dalla prossima legge di Bilancio un suo adeguato finanziamento”, hanno dichiarato il segretario confederale della Cisl, **Andrea Cuccello** e la reggente della Fnp Cisl, **Daniela Fumarola**. “Tutto ciò si rende necessario per garantire i diritti sociali ad oltre 3 milioni di persone fragili che attendono da tempo risposte organiche rispetto all'attuale carenza di politiche sociali e socio sanitarie in larga parte del Paese”.

Ampio sarà lo sforzo da compiere, sia nel definire i contenuti degli interventi sia nel reperire i nuovi finanziamenti necessari, aspetto sinora non affrontato. La condizione per riuscirci è chiara: **la non autosufficienza deve diventare una priorità politica.**

La non autosufficienza in Italia

Attualmente, gli **over 65 in Italia sono 13,8 milioni**, il **23% della popolazione**. Nel 2050 si stima che arriveranno a sfiorare i 20 milioni (34% della popolazione). **Gli anziani non autosufficienti**, cioè con disabilità fisiche o mentali che ne determinano la dipendenza da altre persone nella vita quotidiana, sono circa **2,9 milioni**. E, secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti arriverà fino a quasi **5 milioni entro il 2030**. *(Fonte dati Censis)*

Oggi la cura e la gestione della non autosufficienza è a carico quasi esclusivo delle famiglie che, oltre a dover dedicare molto del proprio tempo ed energie alla cura dei propri cari, non avendo servizi domiciliari di supporto devono anche farsi carico economicamente dei costi di assistenza.

Secondo i dati Censis, oggi riceve **un'assistenza a casa il 6,5% degli anziani**, con una **media di 18 ore all'anno**. Mentre a livello internazionale **si stima siano necessarie circa 20 ore mensili** di assistenza.

Numeri che danno conto degli elevatissimi fabbisogni assistenziali che sono stati coperti in questi anni fondamentalmente dalle **famiglie** che:

- **garantiscono care diretto**, in particolare mogli e figlie in 7 casi su 10;
- trasferiscono una parte del *care* a circa **1 milione di badanti** con una **spesa annua** per retribuzione stimata in circa **9 miliardi di euro**.



Solo in Lombardia, nell'anno 2020, le famiglie hanno speso complessivamente per l'assistenza dei propri familiari a domicilio **circa 3,1 mld di euro**.

Secondo i dati del Report 2020 "Non autosufficienza e anziani, a cura del Dipartimento Welfare Fnp Cisl Lombardia, infatti, nella regione gli assistenti familiari – le comuni **"badanti"** – **regolarmente assunti nel 2020 erano 72.759** (circa il 40% del totale), mentre **gli irregolari 109.138**, per un totale di circa 181.897. Considerando il costo un **costo a carico della famiglia pari a circa 17.000 € lordi all'anno**, si può valutare che il costo complessivo per tale comparto sia stato di circa 3,1 miliardi di euro anno.

Nonostante l'articolo 2 della nostra Costituzione reciti che: *"la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua"*

*personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale", a differenza di altri Paesi europei, nostri vicini e concorrenti, **L'Italia è in grande ritardo.***

Le **proposte di legge sulla non autosufficienza** non sono certo mancate, a partire dalla **Commissione Onofri nel 1997**, a quella presentata dalla **FNP CISL sui "Livelli essenziali per la protezione delle persone non autosufficienti" nel 2017** e da altri numerosi tentativi di disegni di legge che giacciono ancora nei cassetti del Parlamento. Purtroppo, i vari Governi che si sono succeduti, non sono mai riusciti a presentare un testo di legge "cornice" nazionale condiviso dalle diverse forze politiche. Solo nel 2006 il Governo si è limitato a istituire il **Fondo nazionale ad hoc, Fna**, con risorse a corrente alternata fino al 2015.

Dal 2015 il Fondo per le non autosufficienza è diventato strutturale, per gli anni a venire, **con una dotazione di 400 milioni che**, grazie al confronto con le Oo.ss. dei pensionati, **è stata incrementata dalla legge di bilancio 2022** per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni per l'anno 2023, a 250 milioni per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dal 2025.

Il nostro sistema di welfare per la gestione delle cronicità, della disabilità e della non autosufficienza si è mantenuto, e si mantiene in piedi, scaricando, di fatto, il peso, **l'impegno e il costo dei servizi quasi esclusivamente sulle famiglie**. Stiamo parlando di circa **34 miliardi di euro l'anno** che le famiglie sborsano per assistenza in RSA e assistenza domiciliare con le badanti secondo quanto afferma **Emilio Didoné**, Segretario Reggente Nazionale FNP CISL.

Oggi, con l'approvazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) il Paese ha l'occasione di investire risorse fresche per una riforma complessiva del sistema dei servizi dedicato alla non autosufficienza e alla disabilità, **che non possono essere trattate separatamente perché parti integranti nel nostro sistema di welfare**, a partire dal riconoscimento esigibile di **Livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali** per tutti cittadini, da Sud a Nord del Paese. In questo ultimo anno autorevoli e competenti esperti si sono impegnati ad elaborare progetti su questi temi, dalla Commissione cosiddetta di monsignor Paglia per conto del Ministero della Salute alla Commissione cosiddetta dell'Onorevole Turco per conto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dal **Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza** alla nuova e rinnovata cosiddetta Commissione Garofoli per conto della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il Patto sulla Non autosufficienza

Il **Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza** raggruppa 52 organizzazioni del nostro Paese che rappresentano anziani, i loro familiari, i pensionati e i soggetti che offrono servizi. Si tratta della **comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi**. Tra queste, **anche la FNP CISL** ha aderito al Patto per portare avanti la battaglia per una legge quadro per la non autosufficienza, che tuteli anziani, disabili e famiglie.

In particolare, **il Patto ha presentato una proposta di riforma complessiva del welfare per la non autosufficienza**, grazie al contributo attivo di ricercatori universitari e di una quarantina di associazioni che operano a sostegno di malati e loro familiari. Questa proposta di Piano nazionale di domiciliarità integrata per i servizi dedicati alla non autosufficienza non si focalizza solo sui servizi sanitari domiciliari forniti dall'**Adi** (Assistenza Domiciliare Integrata), ma cerca di coinvolgere, a pieno titolo, anche la fascia dei servizi sociali, soprattutto, per combattere solitudine e abbandono degli anziani.

L'Adi è l'intervento sanitario e domiciliare pubblico più utilizzato, ma oggi riesce a garantire l'assistenza a circa il 6,2 per cento degli over 65 anni, e si limita a 18 ore medie all'anno per non più di 2 - 3 mesi. Il suo finanziamento pubblico dovrebbe crescere progressivamente dagli attuali 1,3 miliardi di euro annui fino a 2,9 miliardi nel 2026, con l'obiettivo di raggiungere almeno il 10 per cento degli over 65 entro il 2026.

Il Disegno di Legge approvato

In questo scenario, il disegno di legge approvato dal governo rappresenta, finalmente, un **intervento organico**, il punto di partenza su cui strutturare un sistema nazionale di promozione del benessere degli anziani e di assistenza di lungo periodo per i non autosufficienti.

"L'approvazione in Consiglio dei Ministri del disegno di legge delega per la **riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti** è un **passaggio politico importante** e una buona notizia attesa ormai da tempo, a fronte dell'impegno posto dalla Cisl e dalla Fnp", hanno dichiarato in una nota congiunta il segretario confederale della Cisl, **Andrea Cuccello** e **Daniela Fumarola**, reggente della Fnp Cisl.

Si tratta di un "provvedimento" costituito di tre parti e di 9 articoli di notevole impatto sociale e ad ampio respiro, che attua una delle riforme previste dal Pnrr in materia di **assistenza agli anziani non autosufficienti, promuovendo anche interventi per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità**. Quindi, non tratta solo di persone anziane

non autosufficienti ma per certi versi potrebbe diventare una riforma epocale, se si riuscirà a realizzarla completamente in tutte le sue deleghe, in quanto inciderà in modo sostanziale sulla macchina organizzativa dei servizi sociosanitari che da troppo tempo lavorano senza una organica interazione e integrazione.

Questa riforma mira, innanzitutto, a **superare l'attuale frammentazione degli interventi**, per costruire un unico sistema integrato sociale e sanitario della non autosufficienza. Fondamentale sarà il riconoscimento del diritto all'assistenza assicurato da **adeguati livelli essenziali sanitari (Lea) e sociali (Leps)** per la non autosufficienza, **omogenei su tutto il territorio nazionale**.

Al centro della riforma ci saranno i malati, le loro famiglie e la loro necessità di accedere semplicemente ai servizi e alle informazioni di cui hanno bisogno, Dovranno essere messe in campo **misure assistenziali a domicilio, di durata adeguata, che comprendano anche il supporto psicologico**, forme di conciliazione tra impegni di cura e di lavoro e tutele previdenziali e di reinserimento lavorativo dei caregiver.

Infine, un ruolo chiave sarà quello della gestione di **una nuova domiciliarità**, appropriata e continua, attraverso **risposte unitarie di Comuni e Asl**, un mix di prestazioni medico-infermieristico-riabilitative e sociali con un tempo di assistenza adeguato ai bisogni di anziani e familiari.

Qui di seguito riportiamo una sintesi in pillole del disegno di legge.

Art.1 – Definizioni

In questo articolo sono elencate le definizioni delle principali istituzioni e figure utilizzate nel disegno di legge (alcune già in uso) quali:

- a) **livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS):** i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura su tutto il territorio nazionale;
- b) **ambiti territoriali sociali (ATS),** che garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone;
- c) **punti unici di accesso (PUA);**
- d) **progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI);**

- e) **livelli essenziali di assistenza (LEA);**
- f) **caregiver familiari.**

ART. 2 - Oggetto, principi e criteri direttivi generali e istituzione del Comitato interministeriale per la popolazione anziana

La presente legge reca disposizioni di **delega** al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana.

Vengono definiti i principali criteri:

- a) promozione del **valore umano, 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 nell'associazionismo e nelle famiglie**, per la coesione tra le generazioni e per il miglioramento dell'organizzazione e della gestione di servizi pubblici;
- c) promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i **fenomeni della solitudine sociale** e della deprivazione relazionale delle persone anziane;
- d) riconoscimento del diritto delle persone anziane alla **continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio**;
- e) promozione di un approccio bio - psico - sociale all'età anziana in tutte le sue dimensioni, che assicuri **l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza**;
- f) promozione della **valutazione multidimensionale** dei bisogni e delle capacità di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria;
- g) promuoverne **l'inclusione sociale** e la partecipazione attiva alla comunità;
- h) promozione del **miglioramento delle condizioni materiali e di benessere psico - sociale delle famiglie degli anziani fragili o non autosufficienti e di tutti coloro i quali sono impegnati nella loro cura**;

- i) rafforzamento **dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti.**

Al fine di gestire questa riforma viene istituita una "cabina di regia", presso la Presidenza del Consiglio, denominata **Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)**, con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.

Il **CIPA dovrà consultare nelle sue scelte le parti sociali e le associazioni di settore** e dovrà adottare, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, tenuto conto di quanto previsto **dal Piano nazionale della prevenzione, dal Piano nazionale della cronicità e dal Piano per la non autosufficienza, il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana"** e il **"Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana"**. Sulla base dei suddetti piani nazionali sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali;

Il **CIPA** 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.

Art.3 - Invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità

Tra le misure indicate per il mantenimento in salute in età anziana il Governo si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi:

- promozione della salute e della **cultura della prevenzione** lungo tutto il corso della vita;
- promozione di programmi e di percorsi integrati volti a **contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile**, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane;
- promozione di interventi di **sanità preventiva presso il domicilio** delle persone anziane;
- promozione dell'impegno delle persone anziane in **attività di utilità sociale e di volontariato**;

- promozione di **azioni facilitanti l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani**, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro;
- promozione della **rigenerazione urbana** e riuso del patrimonio costruito;
- promozione di azioni di **alfabetizzazione informatica** e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie capaci di promuovere la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane;
- promozione di interventi per **la solidarietà e la coesione tra le generazioni**.

Infine, per quanto riguarda gli interventi per la prevenzione della fragilità, viene prevista la possibilità per gli over 80 o cronici fragili, a rischio di non autosufficienza, **di accedere più celermente ad una valutazione multidimensionale presso i PUA su segnalazione del medico di medicina generale, della rete ospedaliera o degli ATS.**

Art. 4 - Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti

Lo schema di disegno di legge elenca i seguenti principi e criteri direttivi:

- a) **adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente** che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, nonché dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, tenuto anche conto delle indicazioni dell'International Classification of Functioning Disability and Health-ICF dell'Organizzazione mondiale della sanità e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari;
- b) **definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)**, con il compito di procedere alla programmazione integrata, alla valutazione e al monitoraggio degli interventi e dei servizi statali e territoriali rivolti alle persone anziane non autosufficienti, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal CIPA, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore.
- c) **adozione, di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS e dei LEA;**

d) **coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale;**

e) promozione su tutto il territorio nazionale, di un **omogeneo sviluppo degli ATS**, ai fini dell'esercizio delle funzioni di competenza degli enti territoriali e della **piena realizzazione dei LEPS**, garantendo che questi costituiscano la sede operativa dei servizi sociali degli enti locali del territorio per **lo svolgimento omogeneo sul territorio** di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti presso i comuni che costituiscono l'ATS;

f) **l'integrazione funzionale tra Distretto sanitario e ATS;**

g) **collocazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case di Comunità;**

h) **semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente**, mediante:

1) la previsione di una **valutazione multidimensionale unificata**, da effettuarsi secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, e 11 febbraio 1980, n. 18, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lett. a), n. 3, e lett. b) della legge 22 dicembre 2021, n. 227;

2) lo svolgimento presso i **PUA**, da parte delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)** ivi operanti, della valutazione finalizzata a definire il **Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)**, redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei familiari coinvolti e, se nominato, dell'amministratore di sostegno;

3) la previsione del **"Budget di cura e assistenza"** quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni, dei servizi e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo Piano;

i) adozione di criteri e indicatori specifici per il **monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale ricomprese nei LEPS;**

l) integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (**ADI**) e del servizio di assistenza domiciliare (**SAD**) ai fini **dell'unificazione in un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Sociosanitaria e Sociale (ADISS)**, per favorire la programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria statale e regionale, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle ASL e dai comuni; l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;

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

n) con riferimento ai **servizi residenziali**, previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale;

o) revisione dei **criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento** dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari;

p) favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana **con esplicito divieto di dimissione o di esclusione dai progressivi servizi relativi alla disabilità a seguito dell'ingresso nell'età anziana**; inoltre poter accedere agli interventi e alle prestazioni previste per le persone anziane e delle persone anziane non autosufficienti, senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza.

Art.5 – Delega al Governo in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti

La riforma introduce, anche in via sperimentale e progressiva, la "**prestazione universale per la non autosufficienza**", in sostituzione dell'**indennità di accompagnamento**, graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale e finalizzata a consentire all'anziano non autosufficiente la possibilità di optare fra una prestazione economica e specifici servizi alla persona. Questa misura sperimentale verrà finanziata attraverso uno specifico "**Fondo per la prestazione universale per gli anziani non autosufficienti**".

Infine, sono previste, in base alle risorse finanziarie disponibili, delle rimodulazioni a livello nazionale delle **agevolazioni contributive per l'assunzione delle persone addette**

all'assistenza di non autosufficienti prestate a domicilio, per favorire la regolarizzazione e la qualificazione del personale di cura; a tale proposito il disegno di legge prevede la definizione di **percorsi formativi del personale addetto all'assistenza**, 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, anche attraverso l'analisi dei fabbisogni regionali per assistenti sociali e pedagogisti.

Per quanto riguarda il **caregiver familiare**, in sede di valutazione delle condizioni della persona anziana e di successiva definizione del PAI, occorre che siano valutate e considerate i suoi specifici bisogni di supporto, anche psicologico e siano integrate forme di sostegno al fine di evitare che dall'impegno assistenziale possa derivare un pregiudizio alla vita lavorativa, al completamento di percorsi di studio e formazione, nonché all'esercizio delle responsabilità genitoriali e educative nei confronti dei figli minori di età.

Per i **caregiver** è prevista la ricognizione e ridefinizione delle tutele previdenziali e assicurative già previste a legislazione vigente, e degli strumenti per l'inserimento e il reinserimento nel mercato del lavoro del caregiver familiare, anche mediante la previsione di interventi di formazione e di certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza sviluppata;

Inoltre, i **caregiver familiari** devono essere ascoltati nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

Art. 6 - Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi

Viene codificata la procedura dell'iter di approvazione dei decreti legislativi di cui si parla agli articoli 3, 4 e 5, che necessitano, per l'approvazione, prima del parere favorevole della Conferenza unificata per i rapporti Stato Regioni e Province autonome e poi saranno trasmessi alla Camera dei Deputati e al Senato della Repubblica per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Se il termine per l'espressione del parere scade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'adozione dei decreti legislativi o successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di novanta giorni.

Art. 7 - Clausola di salvaguardia

Le disposizioni della presente legge e quelle dei decreti legislativi, emanati in attuazione della stessa, sono applicabili nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

Art. 8 - Disposizioni finanziarie

Per quanto riguarda il finanziamento di questa riforma, si utilizzeranno le risorse della missione 5 del PNRR, per l'attuazione degli interventi in ambito sociale che ricordiamo ammontano complessivamente a 1,45 miliardi di cui solo 307,5 milioni per l'autonomia degli anziani non autosufficienti e altri 66 milioni per il rafforzamento dei servizi sociali domiciliari e per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione. A questi si aggiungono quelli previsti dalla missione 6 del PNRR destinate alle case di comunità e presa in carico della persona (2 miliardi) e al rafforzamento dell'assistenza domiciliare e la telemedicina per gestire le cronicità (4 miliardi), le risorse del fondo non autosufficienza (2,6 miliardi in 3 anni) e il fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza caregiver (80 milioni annui a partire dal 2022).

Con riferimento all'erogazione delle sole prestazioni sanitarie, mediante le risorse previste dal Fondo sanitario nazionale.

Invece con riferimento all'erogazione delle sole prestazioni sociali, mediante la ricognizione e la razionalizzazione delle risorse previste a legislazione vigente nell'ambito:

- 1) del Fondo per le non autosufficienze;
- 2) del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver;
- 3) del Fondo istituito dall'articolo 1, comma 254, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, come incrementato ad opera dell'articolo 1, comma 483, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Art. 9 - Entrata in vigore

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

I prossimi passaggi per l'approvazione definitiva della legge

Essendo un disegno di legge, dovrà essere trasmesso al Senato per l'approvazione definitiva entro marzo 2023.

Entro il 1° marzo 2024 dovranno essere approvati i decreti legislativi in cui vengano definiti i principi finalizzati all'**invecchiamento attivo**, alla **promozione dell'autonomia**, alla **prevenzione della fragilità** e all'**assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti**.

Nel frattempo, si seguiranno le linee guida **del Piano Nazionale della Non Autosufficienza 2022-2024**, che definisce gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale.

Il Piano, per il quale sono stati stanziati complessivamente **oltre 2,6 miliardi di euro**, individua lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale **attuazione dei Leps** da garantire su tutto il territorio nazionale. Sono, altresì, finanziate azioni volte alla realizzazione dei progetti previsti dalle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente", sulla base della programmazione regionale, per i 183 Ambiti territoriali sociali (Ats) coinvolti e con un ammontare complessivo di risorse a livello nazionale pari a più di 14,6 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2022 - 2024.

Il Piano Non Autosufficienza 2022 - 2024 dovrà servire ad individuare, nel limite delle risorse previste, lo sviluppo degli interventi per la graduale attuazione dei Leps da garantire su tutto il territorio nazionale. Infine, ai fini del rafforzamento dei PUA (Punti Unici di Accesso) sono previsti 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023 - 2024, da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ats.

Ottobre 2022

a cura di:

Dipartimento Politiche socio-sanitarie FNP CISL

Dipartimento Comunicazione FNP CISL

Sitografia

<https://www.luoghicura.it/sistema/2022/06/manca-una-legge-sulla-non-autosufficienza-un-problema-tutto-italiano/>

<https://www.censis.it/welfare-e-salute/la-silver-economy-e-le-sue-conseguenze/la-non-autosufficienza-tra-badantato-e-nuove>

<https://www.ilsole24ore.com/art/nel-2030-italiano-ogni-12-sara-anziano-e-non-autosufficiente-piu-cure-casa-e-meno-rsa-AE5saw/>

<https://www.pensionaticislombardia.it/pubblicazione?id=1102&t=non-autosufficienza-e-rsa>