Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

IL SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (SNAA)

La situazione, le aspettative

A cura di Franco Pesaresi

Quaderno del Patto n. 1/2026

IL SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (SNAA)

La situazione, le aspettative

A cura di Franco Pesaresi

I QUADERNI DEL PATTO

n. 1/2026

INDICE

Pagina

Presentazione 4

Il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA)

1. Un'eredità storica 6
2. Le ragioni del Sistema nazionale (SNAA) 6
3. Verso un sistema integrato: le strategie possibili 8
4. Approccio strategico di fondo 9
5. L'architettura dello SNAA 10
6. Le opportunità 13
7. I rischi 13
8. L'esperienza internazionale 14
9. Gradualità e apprendimento 15
10. Lo SNAA: da compito di oggi a obiettivo per domani 15
11. Rinunciare o costruire 16

Bibliografia

Allegato: Bozza di articolato normativo della disciplina del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) 19

Questa monografia si pone l'obiettivo di approfondire le tematiche relative all'istituzione e al funzionamento del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) utilizzando i materiali prodotti dal "Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza". In questo dossier saranno dunque presenti analisi della situazione attuale, approfondimenti relativi al quadro normativo e proposte relative allo sviluppo e alla riorganizzazione dello SNAA.
La monografia è curata da Franco Pesaresi che si è avvalso anche di contributi prodotti e/o pubblicati dai seguenti autori, che si ringraziano: **Teresa Andreani**, **Michelangelo Caiolfa, Cristiano Gori** (indicati nei diversi capitoli in cui viene utilizzato il loro materiale).

PRESENTAZIONE

Il **Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza**, che riunisce numerose organizzazioni impegnate nella tutela, rappresentanza e nell'assistenza delle persone anziane, ha deciso di dare vita a una nuova iniziativa editoriale: la collana **"I Quaderni del Patto"**. Si tratta di una raccolta organica di ebook e documenti tematici pensata per valorizzare, sistematizzare e rendere maggiormente fruibile il patrimonio di idee, proposte e analisi che il Patto ha sviluppato nel corso degli anni.

Questa collana nasce dalla consapevolezza che, in un contesto sociale in rapida evoluzione, è necessario fornire strumenti chiari, ordinati e coerenti per orientarsi nel complesso mondo della non autosufficienza. Il Patto ha prodotto nel tempo un'ingente quantità di documenti, riflessioni, position paper e proposte operative. Tuttavia, questi contenuti, spesso dispersi tra comunicati, documenti di lavoro e relazioni pubbliche, rischiano di perdere efficacia se non vengono riorganizzati e resi accessibili a tutti i soggetti coinvolti – professionisti, istituzioni, famiglie, operatori e cittadini interessati - in "dossier" tematici che raccolgano e organizzino tutto il necessario per comprendere e affrontare ciascuna sfida

"I Quaderni del Patto" vogliono dunque essere strumenti agili e tematici, ciascuno dedicato a un singolo aspetto rilevante del sistema di cura e assistenza: dall'assistenza domiciliare alla residenzialità, dalla proposta della Prestazione universale (indennità di accompagnamento) alla regolamentazione delle badanti, passando per il ruolo cruciale dei caregiver familiari, ecc.. Per ciascun tema, i quaderni estrarranno, riorganizzeranno e armonizzeranno i contenuti già prodotti dal Patto seguendo un ordine logico comune a tutti i documenti della serie.

Gli obiettivi principali di questa collana sono:

- **Raccogliere e conservare** in maniera strutturata le elaborazioni finora sviluppate dal Patto;
- **Offrire una visione d'insieme coerente**, facilitando la lettura e la comprensione dei temi affrontati;
- **Promuovere la riflessione pubblica e politica**, favorendo l'approfondimento e la discussione su ciascun argomento;
- **Fornire uno strumento utile alle organizzazioni aderenti al Patto**, sia per attività di comunicazione e sensibilizzazione, sia come base documentale per il confronto con le istituzioni e l'opinione pubblica;
- **Promuovere la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti che stenta a decollare.**

Lo scopo della collana è duplice. Da un lato, raccogliere in un unico luogo tutte le elaborazioni realizzate finora dal Patto, offrendo un quadro di sintesi e di riferimento stabile. Dall'altro, fornire strumenti agili e fruibili per promuovere ulteriori riflessioni e facilitare la comunicazione tra i diversi attori coinvolti. Ogni quaderno, infatti, è concepito per poter essere usato come dossier tematico: una consultazione rapida consentirà di individuare punti di forza, criticità e proposte di miglioramento sul tema trattato.

La collana "I Quaderni del Patto" si propone quindi come un punto di riferimento stabile e autorevole per tutti coloro che lavorano o si interessano ai temi della non autosufficienza e del welfare per le persone anziane. Ogni quaderno sarà un'occasione per valorizzare il lavoro collettivo svolto finora e

per proiettare nel futuro la missione comune del Patto: costruire un sistema più equo, efficace e umano di cura e assistenza degli anziani non autosufficienti.

Questo Quaderno si occupa del Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana non Autosufficiente (SNAA) analizzando la situazione anche normativa, i punti di forza e le criticità e sulla base di queste arrivare ad una serie di proposte per costruire lo SNAA in modo adeguato alle sfide che lo attendono.

Cristiano Gori **Franco Pesaresi** **Eleonora Vanni**

IL SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (SNAA)

1. Un'eredità storica

La frammentazione tra le diverse filiere coinvolte – politiche sociali, sanitarie e prestazioni monetarie INPS – e i livelli di governo che ne hanno la titolarità (rispettivamente Comuni, Regioni e Stato) rappresenta per il nostro Paese un limite di lungo periodo dell'assistenza agli anziani. L'origine è di natura storica. Le politiche qui discusse iniziarono a essere delineate negli anni '80, quando il numero di anziani interessati cominciò a diventare degno di nota, mentre la configurazione del moderno welfare pubblico era già stata definita tra la fine della Seconda guerra mondiale e gli anni '70. Poiché, in precedenza, la non autosufficienza rappresentava una questione marginale, il sistema di welfare fu edificato senza prevedere un settore dedicato, a differenza di quanto accadde – ad esempio – per ospedali e pensioni.

I nuovi interventi per gli anziani via via attivati a partire da allora furono progressivamente inseriti nell'ambito dei vari settori esistenti. Nei decenni successivi, lo Stato non ha mai agito per ricomporre la frammentazione istituzionale e neppure si è adoperato a fondo per ridurre quella, che ne discende, nell'erogazione delle misure nei territori. Nel frattempo, si è assistito a una stratificazione graduale d'interventi con logiche d'azione e criteri di accesso differenziati. Alcune Regioni hanno cercato di ovviare a questa disorganicità sistemica rafforzando il coordinamento tra i servizi a livello locale, con risultati alterni. Considerando il Paese nel suo insieme, l'offerta pubblica di assistenza agli anziani resta – in netta prevalenza – assai frammentata.

2. Le ragioni del sistema nazionale (SNAA)

Se la persona anziana non autosufficiente deve essere messa davvero al centro, tutto quello che c'è intorno di conseguenza deve cambiare il suo baricentro di gravità, e dunque il suo modo di muoversi, il modo di organizzarsi, il modo di agire. Non c'è verso, altrimenti le intenzioni restano solo dichiarazioni evocative.

La Legge 33/2023, invece, non è un insieme di frasi evocative, ma un complesso di commi e articoli e capi e titoli che formano un ben preciso dispositivo normativo nazionale. Una legge-delega di riforma prevista dalla missione M5C2 del PNRR, approvata dal Parlamento, attuata dal Decreto Legislativo 29/2024 e che produrrà ulteriori decreti su materie specifiche.

Una parte di questa legge si confronta nel concreto con questa annosa evocazione del nuovo centro di gravità secondo un approccio fortemente innovativo, appunto, perché è volto a ricomporre – in riferimento alla persona anziana non autosufficiente – le tre aree principali di cura, assistenza e tutela: le prestazioni sanitarie, le misure assistenziali (INPS) e gli interventi sociali.

Settori asimmetrici tra loro poiché fanno riferimento a titolarità pubbliche diverse. La sanità di competenza regionale, l'assistenza (INPS) di competenza nazionale, il sociale di competenza comunale; anche se in realtà i livelli nazionale e regionali sono sempre coinvolti in misura maggiore o minore (la determinazione del FSN e dei LEA per la sanità, così come la programmazione regionale per il sociale p.e.).

La prima questione da porsi, quindi, è di lavorare su queste asimmetrie che sono alla base del problema. Quel problema rappresentato dal semplice fatto che, da sempre, sono le singole persone anziane e le loro famiglie a prendersi carico dei servizi per cercare di dare un senso finalistico, adeguato e ricompositivo alle loro singole azioni slegate, e non viceversa.

Si tratta di una questione semplice, se mai fosse davvero riconosciuta fino in fondo, mentre da sempre ogni persona anziana non autosufficiente si sente ripetere fondamentalmente le stesse parole: il tal servizio ti ha preso in carico, ma i limiti del servizio sono questi, i meccanismi sono questi altri, si può fare solo questo; per tutto il resto devi rivolgerti tu al tuo medico curante, allo specialista, al comune, all'ospedale, al distretto, all'Inps; oppure puoi provare con una farmacia, una residenza, un patronato, una cooperativa, un'associazione, un affitta-assistente, un passa-parola. Ma non hai un familiare, un parente, un qualcuno che ti è vicino e che si occupa di te?

Questo è il vero percorso che le persone anziane e le loro famiglie fanno ogni giorno in tutto il Paese, in modo più o meno lucido e consapevole.

È indispensabile il rovesciamento della prassi, dunque.

Si dice sempre che le persone anziane non autosufficienti abbiano dei bisogni multidimensionali, di varia e diversa intensità (il paradigma della non autosufficienza), anche perché di solito si è in presenza di almeno una patologia cronica unita a una limitazione delle capacità autonome di provvedere alle attività basilari della vita quotidiana.

Il fatto è che ai bisogni multidimensionali non si può rispondere con prestazioni sanitarie, misure assistenziali o interventi sociali di tipo monodimensionale. È indispensabile che queste risposte non siano attivate, organizzate ed erogate ognuna per sé stessa, ma che siano coordinate, incrociate e integrate strettamente tra loro.

Il fatto è che i bisogni multidimensionali hanno bisogno di processi assistenziali integrati; hanno bisogno di risposte complesse e adeguate alla loro reale intensità e composizione; hanno bisogno di organizzazioni in grado di lavorare sul lungo termine.

Processi, complessità e lungo termine, questa è la vera innovazione.

Seguendo questa semplice e banale riflessione si arriva facilmente al quesito principale, alla questione più importante e vitale: e quindi quale strada è possibile intraprendere per tentare di produrre un avanzamento nella realizzazione di tutto questo? Per tentare di alimentare il rovesciamento della prassi attuale, che vede nella realtà le singole persone e le famiglie prendersi in carico l'onere di attivare, incrociare e coordinare tra loro servizi, misure e interventi separati tra loro. Per costruire gradualmente un'organizzazione innovativa in grado di agire in modo integrato per processi, complessità e lungo termine.

La legge 33/2023 cerca di rispondere alla questione fondamentale con il Sistema Nazionale Assistenza Anziani, uno strumento inedito pensato appositamente a questo scopo. Uno strumento complesso, esattamente quanto lo sono i bisogni a cui occorre riuscire a rispondere. Uno strumento

che ha al suo interno tante dimensioni diverse, nelle materie che tratta e nei livelli istituzionali ricompresi, così come sono multidimensionali i bisogni delle persone anziane non autosufficienti. Uno strumento che lavora nel medio e lungo termine, esattamente come è richiesto dalla condizione di cronicità unita a quella di fragilità e, non di rado, a quella della vulnerabilità sociale.

In questi anni il Patto ha più volte proposto, discusso e promosso una visione del Sistema SNAA, insieme ad altri contenuti chiave della legge 33/2023, anche mediante documenti fondamentali come il contributo tecnico dell'agosto 2023 e il volume 'Alla Ricerca del Futuro' del settembre 2024.

3. Verso un sistema integrato: le strategie possibili

Per fronteggiare una simile situazione, uno tra gli obiettivi della riforma consiste nel dare vita a un sistema integrato. Tre sono le strade percorribili[1] (tab.1):

Rammendare
Significherebbe proseguire con l'impostazione prevalente da almeno vent'anni, adottata in gran parte degli interventi d'integrazione socio-sanitaria nel Paese. Quest'ottica si traduce in una varietà di azioni che cercano di coordinare l'erogazione di prestazioni sanitarie e di prestazioni sociali, continuando a mantenere separate le rispettive catene di funzionamento; inoltre, il collegamento con le prestazioni assistenziali INPS non è previsto. Seguire ancora la strada del rammendo vorrebbe dire continuare ad agire sul coordinamento tra i servizi sociali e sanitari esistenti senza ridurre l'eterogeneità di obiettivi, modalità di funzionamento e regole.

Sarebbe dunque difficile evitare il perpetuarsi di un fenomeno diffuso da tempo: "Ciascun soggetto chiama gli altri all'integrazione verso i bisogni delle persone non autosufficienti solo dopo aver espletato il proprio compito in modo indipendente, esercitato all'interno del perimetro istituzionale di appartenenza, e chiama l'integrazione solo in una forma successiva e subordinata"**.**

Riordinare
Comporterebbe di ricondurre le differenti titolarità per la non autosufficienza in capo a un unico soggetto istituzionale. L'ipotesi più nota è l'accorpamento delle politiche sociali, sanitarie e delle prestazioni assistenziali INPS per la non autosufficienza presso un solo attore (sia esso creato ad hoc, quale un Ministero per gli anziani, o uno esistente, come il Ministero della Salute o del Welfare), con le relative articolazioni territoriali (Cinelli, Longo 2021)[2]. Il ricongiungimento delle funzioni pubbliche attraverso il riordino delle competenze istituzionali richiederebbe di modificare la Costituzione, come avvenuto con la riforma del titolo V nel 2001.

Una simile ipotesi, di complessa ingegneria istituzionale, sul piano teorico esercita un innegabile fascino. Sul piano concreto, però, risulta irrealistica data l'estrema complessità tecnica e organizzativa

[1] Tratto da Caiolfa M., *Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza*, Secondo Welfare, 2022.

[2] Cinelli G., Longo F. (2021), *Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti*, in "Mecosan", 118, pp. 155-173.

di un cambiamento del genere e le prevedibili forti resistenze che incontrerebbe da parte dei numerosi soggetti interessati.

Ricomporre
Si tratterebbe di riunificare le funzioni sociale, sanitaria e assistenziale lasciandone invariate le attuali titolarità. In altre parole, l'unitarietà sarebbe perseguita non nell'assetto istituzionale bensì nello svolgimento congiunto sia delle attività di programmazione sia di quelle di erogazione, attraverso organismi unitari di governance – luoghi di ricomposizione di sguardi e di competenze – che comprendano i diversi soggetti interessati a livello di Stato, di Regioni e di territori.

Una strada di questo tipo implica la previsione di strumenti idonei all'esercizio congiunto delle attività di programmazione (la programmazione integrata) e di erogazione degli interventi nei territori (l'organizzazione territoriale unitaria). Anche qui è necessaria un'azione legislativa, incisiva ma non di rango costituzionale. Il Patto punta su questa strategia, da tradurre in pratica attraverso il Servizio nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

Tabella 1 - Per un sistema integrato della non autosufficienza: strategie a confronto

	Materie	Logica	Operatività	Riferimento
Rammendare	Sanità Sociale	Coordinare l'erogazione di prestazioni sociali e sanitarie	Catene di funzionamento di sociale e sanità del tutto separate	Strategia prevalente negli ultimi 20 anni e più in Italia
Riordinare	Sanità Sociale Prestazioni monetarie INPS	Riunificare le differenti titolarità in capo a un unico soggetto istituzionale	Ministero per gli anziani e relative articolazioni territoriali	Dibattito teorico
Ricomporre	Sanità Sociale Prestazioni monetarie INPS	Congiungere le funzioni sociale, sanitaria e INPS senza riunificarne la titolarità	Organismi unitari di governance Programmazione integrata Organizzazione territoriale unitaria	Legge Delega 33/2023

4. Approccio strategico di fondo

Come è stato esposto più volte, in materia di non autosufficienza, occorre prima di tutto comprendere come sia possibile far convergere tra loro le 'Funzioni Pubbliche' principali: Sanità, Assistenza (INPS), Sociale. Questo reticolato di base è indispensabile per sorreggere poi lo sviluppo di tutta la legge 33/2023, e qui si incontrano subito le prime scelte da fare.

Si resta nella situazione attuale, in cui si cerca di rammendare a mano questa rete di base lavorando ogni volta caso per caso. Per ogni singola persona anziana non autosufficiente, quando ai servizi si presenta una richiesta o accade un evento necessitante, in quel momento ogni organizzazione coinvolta cerca di rispondere per il meglio che può con le proprie competenze e le proprie risorse; e cerca anche di collegarsi in qualche modo con qualche altra organizzazione pertinente, se il caso lo

richiede. È sostanzialmente quello che accade da sempre tutti i giorni nel nostro Paese, tanti operatori e tante organizzazioni cercano di dare il massimo che possono operando in questo modo: sul singolo caso e sul momento, restando rigorosamente dentro la propria catena produttiva.

Nel corso del tempo, tanti altri operatori e organizzazioni hanno cercato di fare qualche passo in avanti e hanno stabilizzato le relazioni più importanti e più frequenti che accendevano ricorsivamente con altri operatori e organizzazioni, magari secondo delle funzioni prioritarie. È il caso storico delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), per esempio, considerate generalmente come il fulcro professionale dell'integrazione e dell'appropriatezza nella non autosufficienza. Il problema è che oltre a essere un fulcro, sostanzialmente le UVM sono sempre rimaste anche l'unico reticolo parzialmente strutturato in modo generalizzato lungo tutto il Paese.

Se di riforma della non autosufficienza si tratta, allora non ci si può accontentare solo di consolidare questa dimensione professionale pur essenziale, occorre necessariamente entrare nella questione delle funzioni pubbliche. Il problema, tuttavia, è che le funzioni sanitarie, assistenziali e sociali afferiscono a livelli amministrativi diversi e asimmetrici per competenze, organizzazione, professionalità, risorse.

Come si può tentare dunque la costruzione di un reticolato stabile e persistente nel tempo, capace di intrecciare tra loro le diverse funzioni pubbliche e i diversi livelli istituzionali coinvolti? A questa domanda il Patto ha cercato di rispondere proponendo il Sistema SNAA che segue l'approccio della *ricomposizione delle funzioni pubbliche,* senza cambiare le attuali competenze amministrative. Come mostra in estrema sintesi la Tab. 2, il Sistema SNAA si basa su due elementi portanti articolati secondo una logica multilivello: organismi di governance e strumenti di programmazione comuni alle tre funzioni pubbliche coinvolte.

Tab. 2 – Organismi di governance e strumenti di programmazione del Sistema SNAA

Sistema SNAA		Sanità	Assistenza (INPS)	Sociale
Nazionale	Organismo di Governance	CIPA	CIPA	CIPA
	Strumento di Programmazione	Piano Nazionale - ACFNA	Piano Nazionale - ACFNA	Piano Nazionale - ACFNA
Regionale	Organismo di Governance	SNAA Regionale	SNAA Regionale	SNAA Regionale
	Strumento di Programmazione	Piano Regionale - ACFNA	Piano Regionale - ACFNA	Piano Regionale - ACFNA
Locale	Organismo di Governance	SNAA Locale	SNAA Locale	SNAA Locale
	Strumento di Programmazione	Piano Locale - ACFNA	Piano Locale - ACFNA	Piano Locale - ACFNA

5. L'architettura dello SNAA[3]

Lo SNAA è stato introdotto nella Legge Delega 33/2023 accogliendo la proposta del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza. Si tratta di una modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure di natura pubblica – di Stato, Regioni

[3] Tratto da Gori C., Pesaresi F., *Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA),* in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (a cura di), "Alla ricerca del futuro", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2024.

e Comuni – dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, che mantengono le titolarità esistenti.

Pertanto lo SNAA non implica il riordino delle competenze, dato che le diverse responsabilità statali, regionali e comunali rimangono quelle attuali; non è neppure una semplice attività di rammendo, perché non s'intende proseguire con le consuete strategie d'integrazione socio-sanitaria. Si tratta, invece, di una ricomposizione finalizzata a migliorare le "modalità organizzative" (a funzioni immutate), che punta al "governo unitario" e alla "realizzazione congiunta" degli interventi (da potenziare in modo consistente).

La governance istituzionale

La governance dello SNAA si basa su un insieme di organismi unitari che riuniscono – a livello statale, regionale e territoriale – i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella non autosufficienza e sono incaricati della programmazione integrata di tutte le misure di responsabilità pubblica. Pertanto, l'uso delle diverse risorse per il settore viene programmato in modo contestuale e coordinato a ogni livello di governo.

A livello statale, l'organismo deputato è il nuovo Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri competenti, sorto al fine di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche di assistenza agli anziani.

A livello regionale l'organismo è formato dall'insieme dei rappresentanti degli Assessorati regionali competenti, dai Comuni e dalle Aziende sanitarie territoriali di ciascuna Regione.

A livello locale ci si avvale di un organismo composto dai rappresentanti dell'ambito territoriale sociale e del distretto sanitario. Ognuno dei tre livelli di governo prevede la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore.

La programmazione integrata

L'uso delle diverse risorse per il settore viene programmato congiuntamente – in modo coordinato e contestuale – a ogni livello di governo, in conformità con le indicazioni di quello superiore. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente". Sulla base di quello nazionale, vengono elaborati gli analoghi piani regionali e locali, di medesima durata, da parte degli organismi della governance istituzionale individuati sopra.

Il Piano nazionale stabilisce: i contenuti dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) riferiti alla non autosufficienza nonché le loro forme d'integrazione; i contenuti e le modalità delle attività INPS rivolte alla non autosufficienza e li coordina con i processi di presa in carico integrata e di assistenza socio-sanitaria. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti nazionali di programmazione sanitaria o sociale.

Il Piano regionale, a sua volta, stabilisce gli obiettivi di servizio da raggiungere per la piena esigibilità dei LEA e dei LEP definiti dal Piano nazionale integrato, con i relativi programmi attuativi e le risorse messe a disposizione. Il Piano regionale può definire ulteriori obiettivi per ampliare i livelli nazionali. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti regionali.

Il Piano locale, infine, attua gli obiettivi di servizio riferiti ai LEA e ai LEP nazionali e all'eventuale programmazione regionale ulteriore, individuando programmi e risorse a disposizione. Si coordina inoltre con tutti gli altri strumenti di programmazione locali (cfr. tab. 3).

A livello operativo, è decisivo evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni con gli strumenti esistenti. Pertanto, è indispensabile integrare l'attuale Piano nazionale per la non autosufficienza, che si occupa solo della parte sociale-domiciliare dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, con gli aspetti sanitari e quelli di competenza dell'INPS. È esattamente questa la funzione del 'Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana' (ACFNA) previsto dalla Lege 33/2023 e dal D. Lgs. 29/2024.

La programmazione integrata è il primo strumento per lo SNAA, rappresenta cioè il passaggio iniziale – parziale ma essenziale – per cominciare a costruire sistemi di accesso, valutazione e progettazione individuale, condivisi e convergenti per tutti gli Enti coinvolti; per dar vita a servizi integrati in maniera sistemica; e, infine, per coordinare tra loro i diversi finanziamenti e le varie risorse a disposizione.

L'organizzazione territoriale unitaria

Il livello locale dello SNAA è costituito dall'ambito sociale territoriale e dal distretto sanitario. Per perseguire il coordinamento operativo delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto la piena e strutturale integrazione tra queste due organizzazioni locali. Ciò diventa possibile predisponendo, innanzitutto, le misure necessarie per la coincidenza geografica tra Ambito e Distretto e per la completa attivazione di entrambi, presupposti che ancora mancano in ampie parti del Paese.

Complessivamente, l'attuazione dello SNAA a livello locale si basa sulla programmazione integrata, sul governo congiunto, sul coordinamento operativo e sulla predisposizione di un budget unitario in materia di non autosufficienza.

Tabella 3 - L'impianto dello SNAA

Governance istituzionale		Programmazione integrata
CIPA	Adotta	Piano nazionale integrato
Organismi unitari regionali	Adotta	Piani regionali integrati
Organismi unitari locali	Adotta	Piani locali integrati

L'architettura dello SNAA è descritta con maggior dettaglio nell'allegato (al presente Quaderno) che presenta una bozza di articolato normativo della disciplina del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

6. Le opportunità[4]

Risposte unitarie

Oggi anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, con una babele di regole e procedure da seguire. Inoltre, la frammentazione esistente limita in maniera strutturale la possibilità di fornire interventi consoni alle esigenze della popolazione interessata. Invece, qui non si parte dalle specifiche competenze di un determinato servizio, bensì dalla condizione dell'anziano non autosufficiente, considerando congiuntamente l'insieme di prestazioni pubbliche a disposizione per affrontarla (Andreani, 2024)[5].

Il paradigma della non autosufficienza

Lo SNAA mira a oltrepassare l'obiettivo d'integrare misure di diversa provenienza, sanitaria e sociale, le loro logiche e le loro culture, che ha contrassegnato l'epoca del rammendo, a favore del solo paradigma che la comunità scientifica internazionale ritenga adatto. Si tratta del care multidimensionale, che prevede risposte progettate in modo unitario a partire dallo sguardo complessivo sullo stato dell'anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni, indipendentemente dalla provenienza e dall'appartenenza istituzionale delle prestazioni coinvolte. Rifarsi a questo approccio, tra l'altro, è funzionale all'elaborazione delle risposte unitarie menzionate sopra.

La legittimazione politica

Da ultimo, ma non per importanza, lo SNAA consente di legittimare la non autosufficienza sul piano politico e istituzionale. Oggi per le istituzioni l'assistenza agli anziani "non esiste" come settore specifico e unitario, mentre è ben visibile un frammentato universo di interventi diversi e di varia provenienza. Tuttavia, è irreale immaginare un robusto investimento politico nel settore se la sua stessa esistenza, con le proprie peculiarità, non viene riconosciuta. Istituire lo SNAA significa riconoscere la non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, obiettivi precisi e confini definiti (al pari di pensioni, sanità, povertà, ecc.).

7. I rischi

La fatica di cambiare

Il maggiore rischio di insuccesso deriva paradossalmente dal principale punto di forza dello SNAA, cioè la sua natura innovativa. Mettere insieme le competenze mantenendo le vigenti titolarità richiede una capacità di governance condivisa particolarmente elevata. L'essenza del governo congiunto sta in questo: un sistema codificato, normato, assestato di governance, nel quale i singoli soggetti mettono in comune una parte delle proprie prerogative per tendere verso fini generali di vasta portata. Tuttavia, la mentalità di cooperare in modo permanente tra istituzioni non appartiene alla nostra tradizione pubblica, abitualmente basata sull'esercizio separato delle specifiche competenze e sulla cultura

[4] Tratto da Gori C., Pesaresi F., *Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA),* in Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza (a cura di), "Alla ricerca del futuro", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2024.

[5] Andreani T. (2024), *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in "Corti supreme e salute", pp. 207-237.

dell'autonomia di ogni soggetto, non della condivisione (Caiolfa, 2022)[6]. Dunque, sarà necessario sostenere la costruzione del sistema sia sul piano della conoscenza condivisa (monitoraggio integrato) che sul versante della partecipazione sostanziale di tutti gli attori coinvolti.

L'appesantimento burocratico
Qualora non si riuscisse a esprimerne adeguatamente il potenziale, per i soggetti coinvolti l'introduzione dello SNAA si risolverebbe più che altro in un appesantimento, causato dai maggiori oneri procedurali connessi alla nuova sovrastruttura istituzionale e al nuovo impianto programmatorio. L'impatto reale sul welfare per la non autosufficienza sarebbe, invece, scarso. In tal caso, gli attori interessati sarebbero spinti a non investire sul nuovo sistema, limitandosi a un adempimento meramente formale delle azioni previste.

8. L'esperienza internazionale

Il disegno dello SNAA, maturato a partire dalla disamina della realtà italiana, rivela una coerenza di fondo con le riforme già realizzate in Europa. Ovunque, infatti, sono stati perseguiti due obiettivi principali, che si ritrovano anche qui. Primo, rendere l'assistenza agli anziani non autosufficienti un nuovo settore dello stato sociale, distinto e autonomo rispetto agli altri. Secondo, far sì che questo nuovo ambito del welfare sia unitario, cioè guidato da logiche e modelli d'intervento di tale natura.

Negli altri Stati europei la qualità dell'azione riformatrice è risultata variabile ma lo scopo è stato ovunque quello di dar vita a un settore autonomo e unitario (Rothgang et al., 2022)[7]. L'obiettivo è stato declinato in modo diverso nei vari Paesi, in base alle specificità di ognuno (tab. 4). Colpisce come, tra le realtà che già hanno realizzato una riforma, nella più simile a noi, la Spagna, l'assetto istituzionale prescelto sia particolarmente vicino a quello dello SNAA (Aguilar-Hendrickson, 2020)[8].

Tabella 4 - Le riforme dell'assistenza agli anziani in Europa

Paesi	Obiettivi condivisi
Austria (1993) Germania (1995) Francia (2002) Portogallo (2006) Spagna (2006)	**Autonomia** = un nuovo settore dello stato sociale, il più possibile distinto e autonomo dagli altri **Unitarietà** = un settore guidato da logiche e modelli d'intervento unitari

[6] Caiolfa M., Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza • Secondo Welfare, 2022.

[7] Rothgang H., Fischer J., Sternnkpf M., Dotter L.F. (2020), *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multi-dimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

[8] Aguilar-Hendrickson M. (2020), *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?*, in "International Journal of Sociology and Social Policy", 2, pp. 241-263.

9. Gradualità e apprendimento[9]

Giunti a questo punto, giova sottolineare alcuni aspetti:

• un vero cambiamento è realizzabile solo con un impianto istituzionale come lo SNAA;
• questa, non a caso, è la direzione imboccata in tutte le riforme europee;
• la messa in atto incontrerà sicuramente numerosi ostacoli e tante criticità;
• l'assenza di precedenti in Italia rende più difficile immaginare come sarà lo SNAA nella pratica.

Gli elementi menzionati suggeriscono di avviare un percorso d'introduzione dello SNAA che:

i) sia graduale,
ii) coinvolga tutti i soggetti del settore,
iii) sia ben sostenuto sul versante della conoscenza tramite il monitoraggio integrato.

Il nuovo sistema è pensato per poter puntare ad alcuni primi obiettivi nell'immediato, preparando nel contempo un'azione progressivamente più incisiva, costruita a partire dall'apprendimento dall'esperienza man mano compiuta.

Nel breve termine l'attivazione dello SNAA consente di mettere da subito attorno allo stesso tavolo – in modo permanente, cadenzato e organizzato – tutti gli Enti competenti per costruire i cardini dell'assistenza integrata. A tale scopo è possibile prevedere alcune azioni concrete attraverso l'apposito Piano nazionale, articolato nei Piani regionali e attuato nei programmi locali. Nel medio termine, d'altra parte, l'impianto dello SNAA costituisce il perno su cui basare il percorso di progressiva e sostenibile predisposizione di un sistema integrato di assistenza agli anziani. Tempi e modi dipenderanno da quanto emerso nella pratica.

10. Lo SNAA: da compito di oggi a obiettivo per domani

Sino a qui è stato illustrato lo SNAA contenuto nella Legge Delega 33/2023 ed elaborato, in precedenza, dal Patto. Di tutt'altra natura, invece, è lo SNAA previsto nel Decreto Attuativo 29/2024: di simile alla versione originale è rimasta solo la denominazione. Il vistoso cambio di direzione intercorso tra la Legge Delega e il Decreto ne ha determinato, di fatto, la mancata applicazione.

Nel Decreto la programmazione integrata non riguarda più l'insieme delle misure di responsabilità pubblica bensì i soli servizi e interventi sociali; stando così le cose, la sua natura integrata viene meno. Sanare la frammentazione è un obiettivo chiave, se non il principale, della Legge Delega: proprio per questo era stato introdotto lo SNAA. Il Decreto, invece, sancisce – per legge – la frammentazione del sistema.

La vicenda dello SNAA rappresenta di per sé un simbolo degli ostacoli al riformismo. Rifacendoci alla terminologia impiegata all'inizio, con la Legge 33 si passa dal rammendo alla ricomposizione, mentre nel Decreto 29 si torna al rammendo. Alla fine, dunque, nelle istituzioni chiamate a scrivere il Decreto (principalmente Ministero del Welfare e Ministero della Salute) ha prevalso l'intenzione

[9] Tratto da Gori C., Pesaresi F., *Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA),* in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (a cura di), "Alla ricerca del futuro", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2024.

di non applicare, innanzitutto a sé stesse, l'indicazione di lavorare congiuntamente su cui si basa la strategia della ricomposizione.

Lo SNAA, dunque, è ancora tutto da costruire. Questa prospettiva non potrà concretizzarsi fino a che gli Enti coinvolti continueranno a mantenere le separatezze e le settorialità vigenti, senza mettersi in gioco nella realizzazione di un sistema integrato. L'operazione è indubbiamente complessa ma, se si vuole puntare a un futuro migliore nell'assistenza agli anziani, è imprescindibile.

11. Rinunciare o costruire

Gli aspetti positivi e quelli negativi di questo impianto sono ormai noti, il Patto li ha riassunti più volte. Alla possibilità di riunificare le competenze e le organizzazioni, tramite un sistema compiuto di governance e programmazioni congiunte, corrisponde sicuramente una maggiore possibilità di sviluppare processi assistenziali, connettere servizi e interventi, cercare di produrre piani individuali appropriati e di lunga durata. Allo stesso tempo, tuttavia, costruire un sistema multilivello e multiattoriale come lo SNAA comporta una fatica straordinaria, che forse le attuali organizzazioni pubbliche non hanno in animo di affrontare. E comporta indubbiamente anche il rischio di ritrovarsi ad aver costruito un reticolo burocratico-amministrativo che, dopo tutta quella fatica, non è realmente in grado di portare il cambiamento atteso.

Certo, tra l'architettura proposta dal Patto e l'attuale sviluppo normativo del Sistema SNAA ci sono delle differenze, alcune sono secondarie mentre altre sono più significative. Il punto centrale, tuttavia, non è questo perché la tensione e l'energia e la determinazione e la consapevolezza richieste dalla costruzione di un sistema come lo SNAA, sono molto più importanti di un qualche limite riscontrabile nella scrittura normativa.

Si tratta di prendere sul serio la legge 33/2023, perché si è finalmente compresa la sua natura indispensabile per il Paese, oppure si tratta di rinunciare a costruire la riforma. Una riforma che costa la fatica del cambiamento, e del cambiamento profondo, e che quindi non è affatto facile da affrontare. La risposta più usuale che si adotta in questi casi è tentare di ridurre la complessità da affrontare, perché altrimenti tutto risulta troppo difficile, complesso, indeterminato. Questo però sarebbe un grave errore, dovuto alla nostra incapacità collettiva, non individuale o dei piccoli gruppi, di accettare, lavorare e costruire nella complessità; ma il punto è che la complessità del Sistema SNAA è perfettamente equivalente alla complessità che ogni persona anziana non autosufficiente si ritrova a dover affrontare a casa sua, da solo, con la sua famiglia.

Non si può costruire una riforma a metà, o a un quarto, perché le ragioni della legge 33/2023 sono nei processi ormai irreversibili dell'inverno demografico. Non solo nel processo di invecchiamento della popolazione residente, ma soprattutto nell'ulteriore frantumazione dei nuclei familiari e nello spopolamento a chiazze di parti significative del territorio nazionale. Questo indebolimento della struttura della popolazione e della tenuta familiare mette in ginocchio proprio quella propensione da parte delle persone anziane non autosufficienti a 'prendersi carico della mono-dimensionalità degli attuali servizi' che ha caratterizzato finora il sistema slegato italiano. E che non si possa costruire una riforma del genere solo scegliendo gli spicchi più comodi e meno complessi, se ne accorgono per primi proprio i soggetti pubblici chiamati a elaborare e applicare i vari decreti attuativi settoriali.

L’occasione epocale per il nostro Paese rappresentata dalla riforma della legge 33/2023 rischia quindi di ‘rimbalzare all’indietro’ a causa della stessa complessità che è chiamata ad affrontare, prima che sia troppo tardi. Se vista in modo equilibrato e lungimirante, al contrario, potrebbe rappresentare il passo intermedio necessario per costruire il precursore di un assetto da Long Term Care indispensabile – e ineluttabile – per il secondo Paese più longevo, e vecchio, del mondo.

Bibliografia

Aguilar-Hendrickson M. (2020), *Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?*, in "International Journal of Sociology and Social Policy", 2, pp. 241-263.

Andreani T. (2024), *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in "Corti supreme e salute", pp. 207-237.

Caiolfa M. (2020), *Aspettando il cambiamento*, in "I luoghi della cura on line", 13 luglio.

Caiolfa M. (2022), *Il Sistema Nazionale Anziani: una governance multilivello per la non autosufficienza*, in "www.secondowelfare.it", 27 aprile.

Caiolfa M., Andreani T., Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente(SNAA), in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" (a cura di), "Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", 2023: https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2024/01/Proposte-Decreti-Legislativi-Patto-def.pdf

Cinelli G., Longo F. (2021), *Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti*, in "Mecosan", 118, pp. 155-173.

Gori C., Pesaresi F., *Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA),* in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (a cura di), "Alla ricerca del futuro", Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2024.

Rothgang H., Fischer J., Sternnkpf M., Dotter L.F. (2020), *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, Research Centre in Inequality and Social Policy, Università di Brema.

ALLEGATO

Bozza di articolato normativo della disciplina del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)[10]

in attuazione dell'articolo 2, commi 3 e 4, e dell'articolo 4, comma 2, lettere b) e c) della Legge Delega 33 del 2023.

INDICE

Art. 1 - Definizione

Art. 2 - Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente

Art. 3 - Esercizio integrato multilivello

Art. 4 - Attivazione dell'esercizio integrato multilivello

Art. 5 - Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana

Art. 6 - Programmazione Integrata

Art. 7 - Integrazione tra LEPs e LEA per le persone anziane non autosufficienti

Art. 8 - Integrazione dei sistemi informativi

Art. 9 - Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente

Art. 10 - Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente

Art. 11 - Partecipazione e amministrazione condivisa

C I P A

[10] Tratto da Caiolfa M., Andreani T., Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), in Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" (a cura di), "Proposte per i decreti legislativi attuativi della Legge 33/2023 recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", 2023: https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2024/01/Proposte-Decreti-Legislativi-Patto-def.pdf

Art. 1
Definizione

1. È istituito il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) quale strumento di coordinamento e di esercizio integrato delle potestà legislative e delle funzioni amministrative dello Stato, delle Regioni e dei Comuni in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti.
2. Il Sistema Nazionale esercita il governo unitario e la realizzazione integrata di tutte le misure a titolarità pubblica in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale rivolte alle persone anziane non autosufficienti. Nell'esercizio di tale funzione indirizza e rende coerente le attività assistenziali affidate all'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale con le attività statali, regionali e locali.
3. Al fine di garantire l'effettivo godimento del diritto all'assistenza degli anziani non autosufficienti il Sistema Nazionale opera nel rispetto del principio di leale collaborazione tra le componenti della Repubblica.

Art. 2
Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente è articolato su tre livelli istituzionali:
a) a livello centrale, opera il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana di cui agli articoli (CIPA), di cui agli articoli (...)
b) a livello regionale, opera il Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente costituito dalla Regione, dalle Amministrazioni Locali e dalle Aziende Sanitarie;
c) a livello locale, opera il Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente costituito dall'Ambito Territoriale Sociale (ATS) e dal Distretto sanitario o sociosanitario.

2. Secondo la sua articolazione istituzionale multilivello, il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente esercita le seguenti funzioni:
a) garanzia dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti attraverso l'organizzazione dei relativi servizi, interventi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e assistenziali;
b) elaborazione del Piano per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...) a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;
c) elaborazione del Piano per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...) a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;
d) definizione contestuale e integrata dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), nonché la definizione degli obiettivi di tutela dell'effettivo godimento del diritto all'assistenza degli anziani non autosufficienti, su proposta Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);
e) definizione dell'integrazione tra le attività assistenziali dell'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) per le persone anziane non autosufficienti e i livelli essenziali integrati di cui alla lettera

d), su proposta Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);

f) censimento e stratificazione della popolazione in base ai bisogni complessi di assistenza e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali.

Art. 3
Esercizio integrato multilivello

1. Mediante l'esercizio integrato delle potestà legislative e delle funzioni amministrative dello Stato, delle Regioni e dei Comuni in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti, il Sistema Nazionale garantisce l'azione coordinata, coerente e contestuale dei diversi soggetti pubblici competenti in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale, perseguendo i principi di appropriatezza, tempestività e efficacia delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.
2. L'esercizio integrato multilivello è costituito dallo svolgimento contestuale, interrelato e coordinato delle funzioni proprie delle componenti del Sistema SNAA per le finalità di cui al comma 1, che trovano codifica e regolazione unitaria negli atti di programmazione di cui all'art. (…) e nelle altre funzioni previste dalla legge.
3. L'esercizio integrato multilivello prevede la determinazione contestuale dei saldi annuali e pluriennali di cofinanziamento delle risorse sanitarie, delle risorse regionali e delle risorse comunali a copertura del complessivo sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, al netto delle compartecipazioni previste per gli utenti, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, nonché in garanzia delle misure assistenziali INPS.
4. I saldi annuali e pluriennali di cui al comma 3 comprendono i fondi pubblici di qualsiasi natura impegnati nel complessivo sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti e sono espressi in quota capitaria di livello statale, regionale e comunale; nel loro insieme i saldi sono stratificati dal Sistema SNAA in prestazioni, interventi e servizi integrati atti a rispondere in modo adeguato alla corrispondente stratificazione dei bisogni della popolazione anziana di cui all'art. (…).
5. L'ammontare complessivo dei saldi annuali e pluriennali di finanziamento del Sistema SNAA di cui al comma 3 è determinato nell'ambito delle compatibilità generali della finanza pubblica e secondo le competenze dei singoli soggetti pubblici che lo compongono.
6. Il Sistema Locale di cui all'art. (…) definisce i sistemi di gestione più idonei in riferimento alle caratteristiche peculiari di ciascun ambito territoriale, anche con la determinazione di un soggetto unico locale per la realizzazione delle prestazioni, interventi e servizi.
7. L'insieme delle risorse determinate dai commi 3 e 4 costituisce il primo riferimento di livello statale, regionale e locale per l'attivazione dei budget di salute o di cura, da integrare successivamente con le ulteriori risorse attivabili ai vari livelli e adeguate a ricomporre risposte globali ai piani assistenziali individuali.

Art. 4
Progressiva attivazione delle funzioni dello SNAA

1. L'esercizio integrato multilivello è attivato dal Sistema SNAA con gradualità e progressività, e in particolare:

a) Nel primo triennio …… il Sistema SNAA costituisce le articolazioni territoriali del Sistema a livello regionale e locale, effettua la prima ricognizione dei saldi di cui all'art. (…), elabora i Piani multilivello di cui all'art. (…) e individua il gruppo tecnico di supporto;
b) Nel secondo triennio ……. il Sistema SNAA elabora la definizione integrata dei Livelli essenziali sanitari e sociali con i relativi obiettivi di servizio, stratifica la popolazione anziana di cui all'art. (…), determina la corrispondente stratificazione integrata degli interventi e pianifica lo sviluppo dei sistemi informativi per il monitoraggio della programmazione multilivello.

Art. 5
Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana

1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.
2. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali in caso di delega.
3. IL CIPA È composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie e dell'economia e delle finanze o loro delegati; partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno del Comitato.

Art. 6
Programmazione Integrata

1. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, che ricompone in un unico strumento le azioni con questa finalità programmate in ambito sanitario, sociosanitario, sociale e assistenziale.
2. Il CIPA dotta con cadenza triennale e aggiorna annualmente 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 e ricompone in un unico strumento programmatorio l'assistenza sanitaria, sociosanitaria, sociale e assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti.
3. I piani nazionali di cui ai commi 1 e 2 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le

associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità e non autosufficienza.
4. In attuazione dei Piani nazionali di cui ai commi 1 e 2 sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali di cui agli articoli (…), i Sistemi Regionali e Locali armonizzano i propri strumenti di programmazione che operano nei settori sanitari e sociali con gli strumenti del Sistema SNAA che operano in modo contestuale, integrato e coordinato nelle materie sanitarie, sociosanitarie, sociali e assistenziali in riferimento agli interventi per le persone anziane non autosufficienti.
5. Il CIPA monitora l'attuazione dei Piani Nazionali di cui ai commi 1 e 2 e approva annualmente una relazione sullo stato di attuazione degli stessi, recante l'indicazione delle azioni, delle misure e delle fonti di finanziamento, che è trasmessa a fini informativi alle Camere entro il 31 maggio di ogni anno dal Presidente del Consiglio dei ministri o da un Ministro da questi delegato.
6. Il monitoraggio di cui al comma 5 riguarda le funzioni di integrazione tra prestazioni, interventi e servizi sanitari, sociosanitari, sociali e assistenziali di competenza del Sistema Nazionale, nonché le funzioni di coordinamento dell'articolazione multilivello che riguardano le interazioni tra il CIPA, i Sistemi Regionali e i Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti.

Art. 7
Integrazione tra Livelli essenziali delle Prestazioni sociali (LEPS) e Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)

1. Il CIPA coordina l'integrazione tra i Livelli essenziali delle Prestazioni (LEPS) rivolti alle persone anziane non autosufficienti, e dei relativi obiettivi di servizio, e i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), e adotta con atto amministrativo la regolazione integrata degli stessi.
2. A questi fini, il CIPA acquisisce il parere non vincolante della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 anche in raccordo con la Cabina di regia di cui all'articolo 1, comma 792, della legge 29 dicembre 2022, n. 197. Ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, definisce, anche avvalendosi del supporto della Commissione tecnica di cui sopra, le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera h), numero 2), della legge delega 22 dicembre 2021, n. 227 in materia di disabilità.
3. Il Sistema SNAA nel suo complesso, con il CIPA e i Sistemi Regionali e Locali, persegue l'attuazione integrata e contestuale dei LEPS e dei LEA per le persone anziane non autosufficienti attraverso la programmazione di cui all'art. (…), la regolazione degli obiettivi di servizio di livello regionale e locale e le altre funzioni previste dalla legge.

Art. 8
Integrazione dei sistemi informativi

1. 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, regionale e locale al fine di perseguire la massima interoperabilità tra le diverse piattaforme esistenti, la costruzione di nuovi

sistemi integrati, l'elaborazione di piani assistenziali individuali sanitari e sociali, la ricomposizione di fascicoli individuali sanitari e sociali.
2. Il Sistema SNAA, in accordo tra il CIPA, i Sistemi Regionali e i Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti, adotta un sistema di monitoraggio nazionale al fine di rilevare le informazioni relative all'erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi, nonché le informazioni relative ai processi presa in carico e di valutazione delle persone anziane non autosufficienti.
3. Il sistema di monitoraggio di cui al comma 2 è altresì finalizzato a mettere in evidenza sia i livelli di integrazione tra LEA e LEPS raggiunti, sia la coerenza interna perseguita dai diversi livelli di governo e programmazione del complessivo Sistema SNAA.
4. Tutte le informazioni amministrative, contabili, professionali, valutative e di erogazione, relative alle singole persone anziane non autosufficienti prese in carico dal Sistema SNAA, contribuiscono in modo essenziale al raggiungimento degli obiettivi integrati di salute come definiti dai singoli piani assistenziali individuali; a questo scopo il Sistema SNAA garantisce il completo ed esaustivo accesso ai dati individuali della persona assistita a tutti i soggetti impegnati nel processo di presa in carico e nella realizzazione del relativo piano assistenziale individuale, nonché il trattamento completo e incrociato dei flussi informativi del Sistema Nazionale, dei Sistemi Regionali e dei Sistemi Locali per le persone anziane non autosufficienti ai fini della loro programmazione, regolazione e monitoraggio.

Art. 9
Sistema Regionale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema regionale per la popolazione anziana non autosufficiente, che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), è istituito a livello regionale ed è coordinato da un Comitato Regionale composto da:
a) assessori regionali alle politiche e ai servizi sanitari, sociosanitarie e sociali competenti;
b) presidenti delle conferenze dei sindaci di ambito territoriale sociale;
c) direttori generali delle aziende sanitarie regionali;
d) il direttore regionale INPS è invitato permanente al Comitato Regionale.
2. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) di cui agli articoli (...), i Sistemi regionali esercitano le seguenti funzioni:
a) elaborazione del Piano regionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...)
b) elaborazione del Piano regionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...);
c) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello regionale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;
d) definizione della stratificazione regionale delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;

e) definizione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività svolte dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;
f) integrazione del censimento e stratificazione della popolazione regionale in base ai bisogni complessi di assistenza, e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali a livello regionale;
g) attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione e di co-progettazione di cui all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello regionale;
h) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello regionale.

3. Nelle Regioni a Statuto speciale e nelle Province Autonome, il Comitato Regionale o Provinciale di cui al comma 1, che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), è composto da:
a) presidente della giunta regionale o provinciale, o da un suo delegato, che la presiede;
b) assessori regionali o provinciali alle politiche e ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali competenti;
c) presidenti delle conferenze dei sindaci;
d) direttori generali delle aziende sanitarie regionali o provinciali;
e) il direttore regionale o provinciale INPS è invitato permanente.

Art. 10
Sistema Locale per la popolazione anziana non autosufficiente

1. Il Sistema locale per la popolazione anziana non autosufficiente, che opera in raccordo con il Sistema Regionale, è istituito in ogni Ambito Territoriale Sociale (ATS) ed è coordinato da un Comitato Locale composto da:
a) conferenza/comitato dei sindaci i cui comuni insistono nell'ambito territoriale sociale (ATS), o loro delegati facenti parte delle rispettive giunte esecutive;
b) direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale di riferimento, a suo delegato;
c) direttore, responsabile o coordinatore dell'ambito territoriale sociale (ATS) e il direttore del distretto sanitario o sociosanitario, ovvero dai direttori dei distretti territorialmente coinvolti.

2. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana di cui agli articoli (CIPA) di cui agli articoli (...), i Sistemi locali esercitano le seguenti funzioni:
a) elaborazione del Piano locale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo (...)
b) elaborazione del Piano locale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo (...);
c) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone

anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello locale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;

d) realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello locale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;
e) realizzazione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività svolte dall'Istituto nazionale previdenza sociale a livello locale, in attuazione alle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;
f) integrazione del censimento e stratificazione della popolazione locale in base ai bisogni complessi di assistenza, e definizione dei conseguenti fabbisogni professionali, tecnologici e digitali di livello locale;
g) attuazione degli istituti di amministrazione condivisa disciplinati dal Codice del Terzo Settore con particolare riferimento ai processi di co-programmazione e di co-progettazione di cui all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore da sviluppare con gli Enti del terzo settore (ETS) maggiormente rappresentativi a livello locale;
h) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello locale.

Art. 11
Partecipazione e amministrazione condivisa

1. Nell'esercizio della sua attività amministrativa, il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente opera nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1 della legge 241 del 1990 e favorisce la consultazione delle rappresentanze degli utenti, delle organizzazioni sindacali e datoriali, degli enti erogatori di servizi.
2. Promuove inoltre l'attuazione degli strumenti di amministrazione condivisa, con particolare riferimento agli istituti della co-progettazione e co-programmazione disciplinati all'articolo 55 del Codice del Terzo Settore.