



**Patto per un  
nuovo welfare  
sulla non  
autosufficienza**

***PROPOSTE PER L'INTRODUZIONE  
DI UN SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI***

**Un contributo per il confronto**

**Roma, 1 marzo 2022**

## ORGANIZZAZIONI ADERENTI AL PATTO

*Il Patto raggruppa gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. Si tratta, dunque, della comunità italiana della non autosufficienza, che ha deciso di superare confini, appartenenze e specificità per unirsi.*

Acli - Associazioni cristiane lavoratori italiani, AGeSPI - Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive, AIP - Associazione Italiana Psicogeriatrics, AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, A.L.I.Ce. Italia Onlus - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale, Alzheimer Uniti Italia Onlus, AMOR - Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione, ANAP Confartigianato Persone - Associazione Nazionale Anziani e Pensionati, A.N.N.A. – Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente, Assindatcolf - Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro, Associazione Apnoici Italiani - APS, Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0, Associazione Comitato Macula, Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, Associazione Prima la comunità, Associazione Respiriamo Insieme, A.R.I.S. - Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, Assoprevidenza - Associazione Italiana per la Previdenza Complementare, CARD ITALIA - Confederazione Associazioni Regionali dei Distretti, CARER APS, Caritas Italiana, Cittadinanzattiva, CNA Pensionati, Confederazione Parkinson Italia, Consorzio MU.SA. - Consorzio Mutue sanitarie, Diaconia Valdese, F.A.I.S. - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati, Federazione Alzheimer Italia, Fimiv - Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria, FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, FNP CISL PENSIONATI, Forum Disuguaglianze Diversità, Forum nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'organo e di Volontariato, Forum nazionale del Terzo Settore, La Bottega del Possibile APS, Legacoopsociali, Movimento per l'invecchiamento attivo, diritti sociali e sanitari, Network Non Autosufficienza (NNA), Percorsi di secondo welfare, Professione in famiglia, S.I.G.G. - Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics, SIGOT - Società Italiana di Geriatrics Ospedale e Territorio, S.I.M.F.E.R. - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, SOS Alzheimer, SPI-CGIL - Sindacato Pensionati Italiani, UNEBA - Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale

# INDICE

<i>Premessa</i> .....	4
<i>Sintesi</i> .....	5
<i>Una prospettiva europea</i> .....	15
<i>Le proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani ..</i>	
<i>Le ragioni delle proposte</i> .....	

Il testo è costruito nel modo seguente. La premessa spiega l'origine del documento e in che modo è stato elaborato. La sintesi ne riassume i messaggi e i contenuti. Successivamente, vengono delineate le principali direttrici delle proposte attraverso il confronto con l'esperienza europea. Si arriva così alla presentazione vera e propria delle proposte, suddivise in 5 sezioni e 23 paragrafi. Da ultimo, vengono illustrate le ragioni che motivano le proposte avanzate.

## PREMESSA

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede la realizzazione di una riforma che introduca “un sistema organico di assistenza agli anziani non autosufficienti” in Italia. In questa fase, si sta avviando l’iter di definizione della riforma. Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza ha ritenuto utile portare il proprio contributo al percorso in atto elaborando alcune proposte che vengono presentate al Governo, al Parlamento, alle Regioni, ai Comuni e alle altre realtà sociali, nello spirito di costruttiva collaborazione che anima tutti i soggetti aderenti al Patto.

Il nostro è un documento di lavoro, sicuramente integrabile e migliorabile. È un testo aperto, concepito per contribuire al confronto tra i tanti attori interessati alla riforma. Il Patto ritiene, infatti, che una proficua collaborazione tra i diversi soggetti – nel rispetto dei ruoli di ognuno – rappresenti l’unica strada possibile per arrivare a una riforma all’altezza delle esigenze degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Le proposte sono il frutto di un percorso ampiamente partecipato. Si è voluto così valorizzare il sapere concreto di cui sono portatrici le realtà del Patto, i cui componenti sono quotidianamente coinvolti – su molteplici versanti – nell’assistenza agli anziani non autosufficienti. Questo bagaglio di conoscenze è stato intrecciato con le competenze scientifiche di una rete di studiosi della materia. Le organizzazioni del Patto hanno lavorato nell’ambito di otto tavoli tematici, dedicati a singoli argomenti, e si sono confrontate sull’impianto complessivo delle proposte.

I tavoli tematici sono stati condotti da Sara Barsanti, Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Fabrizio Giunco, Franca Maino, Sergio Pasquinelli, Franco Pesaresi, Francesca Pozzoli e Costanzo Ranci, i quali hanno anche coordinato la stesura dei testi insieme a Paolo Da Col, Celestina Valeria De Tommaso, Marco Faini, Giovanni Lamura, Loredana Ligabue e Laura Pelliccia. Michela Biolzi ha curato l’organizzazione del lavoro e Rosemarie Tidoli la revisione formale dei testi; con loro ha collaborato Giselda Rusmini. Cristiano Gori ha svolto il coordinamento complessivo del progetto.

La preparazione delle proposte è stata resa possibile dal sostegno della Fondazione Cenci Galligani, alla quale il Patto esprime la propria gratitudine.

# SINTESE

## *1. Un metodo per la riforma*

La sintesi iniziale intende riassumere le proposte del Patto. Prima di farlo, però, è necessario soffermarsi sul metodo che, secondo noi, sarebbe auspicabile adottare nella progettazione della riforma. Solo compiendo scelte appropriate di metodo, infatti, sarà possibile costruire le condizioni per un fruttuoso lavoro di merito. Le questioni fondamentali sono due: unire le forze e non perdere tempo.

### **Unire le forze**

A nostro parere, è necessario che i diversi soggetti in causa superino gli steccati delle rispettive titolarità per costruire insieme la riforma, valorizzando le competenze di ognuno. Ciò dovrebbe verificarsi a partire dagli attori che ne hanno la responsabilità primaria nel Governo: la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute. Riteniamo, nondimeno, che le competenze e le sensibilità espresse dal Parlamento dovrebbero trovare lo spazio adeguato. Auspichiamo, inoltre, il pieno coinvolgimento delle rappresentanze delle Regioni e dei Comuni, il cui ruolo è decisivo per la realizzazione degli interventi nel territorio. Sarebbe ugualmente consigliabile ascoltare la voce di chi, nella società italiana, è quotidianamente a contatto con la non autosufficienza, come le realtà del Patto e altre. L'assistenza agli anziani rappresenta un settore frammentato, che interessa molteplici soggetti: se questi non sapranno collaborare, la sfida della riforma rischia di essere persa in partenza.

### **Non perdere tempo**

Unendo le forze, confrontandosi sui contenuti e valorizzando quanto elaborato sinora dai diversi attori interessati, è possibile procedere a passi spediti verso la definizione della riforma. L'obiettivo non può che essere il completamento del suo iter entro il termine della legislatura. I milioni di anziani e di famiglie coinvolti nel nostro Paese non possono aspettare: quella della non autosufficienza dovrebbe rappresentare una riforma qualificante dell'ultimo anno dell'attuale legislatura.

## ***2. I messaggi delle proposte***

Siamo all'inizio del cammino della definizione della riforma, i cui primi atti consisteranno nella presentazione del Disegno di Legge Delega da parte del Governo e nella successiva discussione in Parlamento. L'obiettivo di questa fase iniziale è quello di decidere l'impianto della riforma, cioè il suo disegno d'insieme, nel modo più coerente possibile. La declinazione operativa avverrà successivamente, per mezzo dei Decreti Delegati che attueranno la Legge Delega approvata dal Parlamento. In altre parole, ciò che conta adesso è delineare un solido progetto complessivo per l'assistenza agli anziani non autosufficienti del futuro in Italia. A nostro parere, sbagliare questo passaggio significherebbe aver già condannato al fallimento la riforma.

Le proposte qui illustrate provano a offrire un contributo all'elaborazione del disegno d'insieme. Giungere a un accordo tra le diverse realtà del Patto è stato più semplice di quanto la loro numerosità e l'eterogeneità delle rispettive prospettive non facessero immaginare all'inizio del percorso di confronto interno. Tale esito, a ben vedere, conferma un'impressione diffusa da tempo tra gli esperti, non solo quelli del Patto: l'esistenza di un significativo grado di consenso tra gli addetti ai lavori in merito alla direzione da imboccare per il cambiamento.

Le proposte vengono ora riassunte in cinque messaggi chiave e, successivamente, richiamate nei singoli contenuti.

### **Una riforma ambiziosa**

Aspettiamo la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da oltre 20 anni. Intanto, quest'ultima è stata introdotta in gran parte dei Paesi europei: ovunque ha modificato in profondità il settore e lo ha rafforzato notevolmente. L'invecchiamento della popolazione e le diffuse criticità degli interventi pubblici indicano che, in Italia, un'azione di analoga portata non è più rinviabile. Si vuole, pertanto, realizzare una riforma ambiziosa, che sia all'altezza delle esigenze degli anziani e delle loro famiglie e tocchi ogni snodo di questo ambito del welfare: la governance, le risposte fornite e le modalità di finanziamento.

### **Dalla frammentazione a un solo sistema**

Anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, oggi frammentate tra servizi sanitari, servizi sociali e trasferimenti monetari nazionali non coordinati tra loro, con una babele di diverse regole e procedure da seguire. Un simile contesto, evidentemente, non può che limitare in maniera strutturale la possibilità di fornire risposte appropriate alle esigenze della popolazione interessata. Per cambiare direzione è necessaria, innanzitutto, una nuova governance delle politiche per la non autosufficienza. Si propone, dunque, l'istituzione del Sistema Nazionale

Assistenza Anziani (SNA), fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici responsabili (Stato, Regioni, Comuni).

### **Diverse risposte per diversi bisogni**

Le condizioni di non autosufficienza sono assai sfaccettate, per gravità e per tipologia (a partire dalle limitazioni fisiche o cognitive), e si modificano nel tempo. Per affrontarle efficacemente non bisogna puntare su singole misure bensì costruire una filiera di risposte, cioè un insieme d'interventi che siano differenziati e complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari ("badanti"). Questo è l'obiettivo dello SNA. Nell'ambito di tale filiera la priorità è attribuita agli interventi che promuovano la permanenza dell'anziano a domicilio, soluzione da preferire ogni qualvolta sia possibile.

### **Percorsi semplici e unitari**

E' necessario semplificare l'accesso degli anziani all'assistenza pubblica ed evitare che le famiglie debbano – come oggi avviene – peregrinare tra una varietà di sportelli, luoghi e sedi. Nello SNA, pertanto, la possibilità di accedere a tutte le risposte pubbliche viene stabilita attraverso una sola valutazione iniziale ed è previsto un percorso unitario, chiaro e semplice, all'interno della rete del welfare. Anche i diversi interventi vengono forniti unitariamente – a differenza di quanto accade adesso – nel contesto di progetti assistenziali integrati, capaci di comporre insieme servizi di cura, prestazioni monetarie e sostegno informale.

### **La tutela pubblica della non autosufficienza**

La tutela della non autosufficienza va riconosciuta quale responsabilità pubblica. Di conseguenza, lo SNA si fonda su un finanziamento pubblico atto ad assicurare il diritto all'assistenza (con una logica analoga a quella della sanità). Alla definizione del principio devono seguire azioni coerenti: lo SNA prevede, dunque, l'incremento dei fondi pubblici dedicati e – in particolare – di quelli per i servizi alla persona (domiciliari, semi-residenziali, residenziali), oggi palesemente inadeguati a garantire tale diritto.

### ***3. I contenuti delle proposte***

Le proposte si suddividono in 5 sezioni, che rappresentano le grandi aree tematiche in cui articolare la riforma. Dopo aver presentato la logica complessiva dello SNA, si affrontano: il percorso di anziani e famiglie nella rete del welfare, la filiera delle diverse risposte previste, il sistema di programmazione e governance e – infine – le modalità di finanziamento.

#### **Natura e finalità dello SNA**

- La riforma introduce il *Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA)*. Lo SNA è composto dall'*insieme di tutte le misure a titolarità pubblica – di Stato, Regioni e Comuni –* dedicate all'assistenza degli anziani (65 anni e +) non autosufficienti.
- Lo SNA si fonda sul *finanziamento pubblico* dei livelli essenziali rivolti agli anziani non autosufficienti. Lo SNA comprende i *livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)* e i *livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP)*, che vengono definiti e regolati contestualmente.
- Il funzionamento dello SNA si basa sul *governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti*, con il mantenimento delle titolarità istituzionali attualmente esistenti (siano esse statali, regionali o comunali). Lo SNA, pertanto, prevede *la piena collaborazione e il coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni*, nel rispetto delle competenze di ognuno.
- La programmazione, la progettazione e la realizzazione degli interventi dello SNA avvengono *in partnership tra l'ente pubblico e i molteplici soggetti privati che sono espressione dell'economia sociale e della comunità*.
- Lo SNA riconosce *le specificità degli adulti con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana*, prevedendo interventi idonei al loro ciclo di vita e alla tutela dei loro diritti e raccordandosi con la contemporanea riforma degli interventi in materia di disabilità.

## Percorso unico

- Lo SNA intende rimuovere ogni ostacolo che possa ritardarne o impedirne l'accesso. Pertanto, il *Punto Unico di Accesso (PUA)*, collocato presso la Casa della Comunità, è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione che fornisce informazione, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata. *Anziani e famiglie possono rivolgersi direttamente all'equipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB) o arrivarci attraverso il PUA*, che li accompagna in questo passaggio e ne facilita così il contatto iniziale con lo SNA.
- Lo SNA si fonda sull'unitarietà dell'accesso. Dunque, *la possibilità di accedere all'insieme degli interventi dello SNA viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB)*. Non sono contemplati altri canali di primo accesso allo SNA. La VNB è realizzata dall'equipe SNA, un organo multidisciplinare con competenze sociali e sanitarie.
- Le funzioni della VNB sono: i) *valutare le condizioni degli anziani secondo un approccio multidimensionale*, con uno strumento valutativo di nuova generazione; ii) *determinare, di conseguenza, se gli anziani accedono allo SNA*; iii) *per le persone ammesse e i loro caregiver, definire quali misure ricevono fra quelle dello SNA di responsabilità dello Stato* (principalmente: prestazione universale di base/indennità di accompagnamento, agevolazioni fiscali, congedi e permessi di lavoro); iv) *trasmettere alle Unità di Valutazione Multidimensionale locali una solida base di conoscenze su condizioni e necessità assistenziali degli anziani ammessi*.
- Lo SNA prevede per anziani e famiglie *un percorso unico, chiaro e semplice, nell'intera rete del welfare*. Tale iter collega la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di titolarità statale, alla successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni. Fa parte dell'UVM personale sia delle Asl sia dei Comuni.
- Una volta effettuata la VNB, *gli anziani ammessi allo SNA vengono indirizzati all'Unità di Valutazione Multidimensionale competente per il loro territorio di residenza*. L'UVM svolge le proprie funzioni partendo dalle informazioni ottenute con la precedente VNB e integrandole come ritenuto necessario per i suoi specifici compiti.
- Le funzioni dell'UVM sono: i) *definire, per gli anziani e i loro caregiver, quali interventi ricevono fra quelli dello SNA di responsabilità di Regioni e Comuni, in forma di servizi (domiciliari, semi-residenziali o residenziali) o di contributi economici*; ii) *attivare la*

*procedura per l'elaborazione del Progetto assistenziale integrato (PAI), indicandone i criteri di appropriatezza. Il PAI è costruito dagli operatori responsabili della presa in carico dell'anziano in accordo con esso e con i familiari. Il PAI, inoltre, è elaborato attraverso lo strumento del budget di salute, che serve a ricomporre l'insieme dei sostegni e delle risorse disponibili in una risposta unitaria e appropriata.*

- *I percorsi assistenziali integrati illustrati costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP). Sono definiti livelli essenziali di processo, per differenziarli da quelli di erogazione, che indicano gli interventi da fornire e sono presentati nella sezione successiva.*

### **Rete integrata delle risposte**

- *Lo SNA s'incentra su un modello d'intervento orientato alla persona, basato sull'integrazione delle varie risposte disponibili – pubbliche e private, formali e informali – e sulla loro modulazione nel tempo in un continuum di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni dell'anziano e delle sue reti di supporto.*
- *Lo SNA si articola in una filiera organica di risposte differenziate e complementari, in coerenza con i molteplici profili della non autosufficienza. La filiera si snoda attraverso i diversi setting assistenziali – domiciliare, semi-residenziale e residenziale – e attribuisce la priorità alle risposte fornite a casa degli anziani. Gli interventi previsti sono elencati di seguito.*
- *I servizi domiciliari vengono forniti in modo integrato tra sanità (Asl) e sociale (Comuni). È individuato il case manager, punto di riferimento costante nel tempo per anziani, caregiver familiari e altri soggetti coinvolti. Viene assicurato un appropriato mix di prestazioni, a partire da servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana e azioni di affiancamento/supporto a caregiver familiari e assistenti familiari. Gli anziani ricevono assistenza per il tempo necessario, con una presa in carico di durata adeguata ai loro bisogni e un'opportuna intensità degli interventi (numero di visite per utente).*
- *Le Soluzioni Abitative di Servizio costituiscono l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani. Vi rientrano civili abitazioni, individuali, in coabitazione, condominiali o collettive, che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità alla vita agli anziani. Possono essere integrate da servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana,*

da servizi alla persona, da ausili tecnologici e da tecnologie assistive. Le Soluzioni Abitative di Servizio sono inserite a pieno titolo nella filiera degli interventi afferenti allo SNA.

- I *servizi semiresidenziali* offrono interventi complementari di sostegno a persone che vivono nella loro comunità territoriale, con risposte diversificate in base ai profili degli anziani. Oltre alle *attività di socialità e di arricchimento della vita*, possono fornire *prestazioni di mantenimento* a soggetti con rilevanti limitazioni nelle attività quotidiane e *cure estensive ad anziani con compromissione cognitiva o demenza*.
- Viene garantita la presenza di *servizi residenziali* che assicurino un'adeguata qualità e appropriatezza delle cure necessarie e promuovano la qualità della vita degli anziani residenti. Le strutture hanno *ambienti amichevoli, domestici e familiari, che tutelano la privacy*. La presenza delle diverse professionalità viene opportunamente calibrata per numero e composizione, in modo da assicurare l'intensità assistenziale necessaria e le risposte adatte ai molteplici profili degli anziani.
- La *Prestazione Universale per la Non Autosufficienza* assorbe l'indennità di accompagnamento. È un trasferimento monetario a cui si accede *esclusivamente in base al bisogno di cura (universalismo) e il suo valore è graduato secondo il livello di quest'ultimo*. La Prestazione Universale è *fruibile non solo come contributo economico senza vincoli di utilizzo* (com'è attualmente), *ma anche – in alternativa – per ricevere servizi alla persona (opzione che dà diritto a un importo superiore)*. Gli attuali beneficiari dell'indennità hanno la possibilità di mantenere la misura vigente oppure di optare per la nuova.
- Per remunerare le *assistenti familiari* regolarmente assunte si può ricorrere alla *Prestazione Universale per la Non Autosufficienza*, nella versione con importo maggiorato. Per il medesimo scopo, chi non beneficia della Prestazione ha diritto a *un'agevolazione fiscale semplificata e potenziata rispetto a oggi*. Si individuano *un profilo professionale nazionale di assistente familiare*, che ne definisce l'insieme di competenze necessarie, e il relativo iter formativo. Le Regioni promuovono *servizi per l'incontro tra la domanda e l'offerta* del lavoro privato di cura.
- Il *riconoscimento della funzione di cura del caregiver familiare* e l'obiettivo di *salvaguardarne le condizioni materiali e il benessere psico-sociale* sono trasversali all'intera architettura dello SNA. La *valutazione delle condizioni dell'anziano* è sempre accompagnata da quella della situazione *del caregiver familiare, che concorre alla definizione del PAI*. Sono previsti *specifici interventi a favore del caregiver familiare* per sostenerne l'impegno, rafforzarne le competenze di cura e favorire la conciliazione tra i tempi di cura, di vita e di lavoro.

- *Per le persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, gli interventi elencati sono opportunamente modificati al fine di riconoscerne le specificità, di garantire loro i massimi livelli di qualità di vita acquisiti e raggiungibili e di assicurare la continuità con i percorsi assistenziali già in atto, in una logica di inclusione sociale e di partecipazione attiva alla comunità.*
- *Gli interventi illustrati in questa sezione costituiscono livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria e sociale (LEA e LEP); si tratta – come anticipato – dei livelli essenziali di erogazione.*

## **Programmazione e governance**

- Al fine di rendere effettivo il governo congiunto dei processi e degli interventi – sociali e sanitari – dedicati alla non autosufficienza è previsto un sistema multilivello di governance istituzionale, che *ricompon*e in organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte nello SNA.
- Viene istituita la *Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, composta da rappresentanti dei Ministeri interessati, delle Regioni, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il *Piano nazionale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente. Il Piano – per quanto concerne le competenze nazionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza: sociali (Comuni), sociosanitari (Regioni) e trasferimenti monetari statali.
- In ogni Regione viene costituita la *Rete regionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, composta da rappresentanti della Regione, delle Asl, dei Comuni e dell'Inps. La Rete elabora il *Piano regionale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quello nazionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze regionali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.
- In ogni Ambito sociale/Distretto sanitario viene costituita la *Rete territoriale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti*, con rappresentanti di Ambito, Comuni, Asl e Distretto. La Rete elabora il *Piano territoriale integrato per la non autosufficienza*, di durata triennale e aggiornato annualmente, raccordato con quelli nazionale e regionale. Il Piano – per quanto concerne le competenze territoriali – definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza.

- Ciascun livello della governance istituzionale promuove *la partecipazione attiva della comunità all’elaborazione dei Piani integrati per la non autosufficienza*, avvalendosi del contributo di associazioni e organizzazioni, e del dialogo sociale con i sindacati.
- Per perseguire l’integrazione operativa delle risposte alla non autosufficienza, viene messa in atto *la piena e strutturale integrazione tra Distretto sanitario e Ambito sociale*. Questa è resa possibile dalla *coincidenza geografica* tra Ambito e Distretto e dalla completa attivazione di entrambi, prevedendo le misure necessarie a tali scopi. Si basa sulla *programmazione integrata*, sul *governo congiunto*, sul *coordinamento operativo* e sulla *predisposizione di un budget unitario* in materia di non autosufficienza.
- La governance è sostenuta attraverso *un robusto investimento sulla conoscenza utile alle decisioni*. È istituito il *sistema informativo per la non autosufficienza*, che si sviluppa valorizzando e connettendo quelli oggi esistenti per le varie misure afferenti allo SNA, integrati raccogliendo gli ulteriori dati necessari. Il sistema informativo alimenta il nuovo *sistema di monitoraggio della non autosufficienza*, che elabora i dati raccolti traducendoli in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte assistenziali.
- Si attiva la Griglia Fabbisogni Risposte, che concorre alla governance del sistema. Per ogni contesto locale, *la Griglia mette a confronto i diversi profili di fabbisogno assistenziale degli utenti* (valutati attraverso la Valutazione Nazionale di Base) e *gli interventi rispettivamente ricevuti* (rendicontati grazie al monitoraggio). Tale comparazione mira a individuare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte delle Regioni, dei Distretti e degli Ambiti – per i diversi target di utenza – e a stabilire azioni a tal fine.

## **Modalità di finanziamento**

- Lo SNA si fonda sul *finanziamento pubblico dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti*. *Concorrono allo SNA le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza*, riguardanti le filiere delle *politiche sanitarie*, delle *politiche sociali* e delle *prestazioni monetarie nazionali*.
- Per assicurare il finanziamento strutturale dello SNA *vengono individuate ulteriori misure a carico della finanza pubblica*, così da garantire l’adeguatezza delle risposte assistenziali rispetto al fabbisogno della popolazione anziana e da consentire la piena attuazione dei livelli essenziali.

- *La definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi inclusi nello SNA avvengono in modo contestuale, unitario e integrato, nell'ambito del nuovo sistema di programmazione e governance.*
- *L'adeguato finanziamento degli interventi pubblici è accompagnato da opportune regole per determinare il contributo degli utenti al loro costo. Lo SNA, dunque, definisce *rette eque e sostenibili a carico degli anziani nei presidi residenziali e semiresidenziali*. Al tal fine, si prevede *una revisione complessiva della materia delle rette*. Quest'ultima riguarda anche il *coinvolgimento economico delle famiglie di anziani ospiti delle strutture residenziali*, stabilendone la corretta entità *al fine da evitarne l'impovertimento*.*
- *Lo SNA è affiancato da un secondo pilastro integrativo, con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali. I Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza adottano *logiche mutualistiche e solidaristiche* e possono offrire servizi e/o rendite. Si prevede *l'attivazione della copertura e dei costi in età attiva, in maniera continuativa, su base collettiva e ancorata alla contrattazione*, e un sistema di finanziamento a capitalizzazione collettiva, con accantonamento di capitali.*