



ECCOCI! · PERCORSO SUI DIRITTI DEGLI ANZIANI PER LA CGIL

Diritti degli anziani e non autosufficienza

Invecchiamento attivo, presa in carico, misure e diritti esigibili — dalla cornice costituzionale alle misure operative

Fascicolo completo · **14 lezioni** con dispensa, quiz e soluzioni.

A cura di **Gigi Bacchetta e Bogdy** · siamoeccoci.it

Invecchiamento attivo e diritti della persona anziana: cornice, principi, dignità e autonomia

Obiettivo. Fissare il cambio di paradigma: l'anziano non è oggetto di assistenza ma titolare di diritti. Padroneggiare la cornice costituzionale e internazionale, la nozione di invecchiamento attivo e i due principi-guida (dignità e autonomia) che reggono l'intera riforma L. 33/2023.

1. Il cambio di paradigma: da assistiti a titolari di diritti

Il punto di partenza di tutto il percorso è un ribaltamento culturale prima ancora che giuridico. Per decenni l'anziano non autosufficiente è stato trattato come destinatario passivo di prestazioni assistenziali, misurate sul bisogno e sulla disponibilità di risorse. La riforma delle politiche per gli anziani (**legge delega 23 marzo 2023, n. 33**) muove invece dall'idea opposta: l'anziano è una **persona titolare di diritti**, che restano pieni anche quando subentrano fragilità, malattia o perdita di autonomia. Assistenza e cura diventano lo strumento per rendere effettivi quei diritti, non una concessione.

Questo spostamento ha conseguenze concrete: se si parla di diritti, allora esistono **livelli essenziali** da garantire su tutto il territorio nazionale (i LEPS, che vedremo nel giorno 2), una **valutazione** del bisogno che non può essere arbitraria, e strumenti di **tutela** quando il diritto non viene soddisfatto. La parola-chiave da portare a casa oggi è esigibilità: un diritto è tale solo se puoi pretenderne l'attuazione.

2. La cornice costituzionale

La Costituzione non contiene un articolo dedicato agli anziani, ma il loro statuto di diritti si ricava da un intreccio di norme:

- **Art. 2** — riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo e richiede l'adempimento dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale. È la base del principio di dignità della persona in ogni fase della vita.
- **Art. 3** — uguaglianza formale (comma 1) e soprattutto uguaglianza sostanziale (comma 2): è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'uguaglianza. La non autosufficienza è uno di questi ostacoli.
- **Art. 32** — tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure agli indigenti. Fonda il diritto alle prestazioni socio-sanitarie.

- **Art. 38** — riconosce il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale a chi è inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari, e la tutela previdenziale in caso di vecchiaia. È l'aggancio diretto delle prestazioni assistenziali (indennità di accompagnamento, prestazione universale).

Verifica critica. Attenzione a non forzare: la Costituzione fonda i diritti, ma il loro contenuto concreto (chi ha diritto a cosa, con quali soglie) è definito dalla legge ordinaria e dai LEPS. Dire "l'art. 38 garantisce l'assistenza domiciliare" è impreciso: l'art. 38 garantisce il diritto all'assistenza, la misura la stabiliscono legge e piani attuativi. È esattamente lo scarto tra principio e attuazione su cui la riforma viene criticata (deleghe rinviate a decreti successivi).

3. La cornice internazionale

Il diritto interno non nasce nel vuoto. Tre riferimenti sovranazionali danno sostanza all'idea di "invecchiamento attivo" e vanno conosciuti:

- **Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane** (Assemblea Generale ONU, risoluzione 46/91 del 1991): cinque pilastri — indipendenza, partecipazione, cura, autorealizzazione, dignità.
- **MIPAA — Madrid International Plan of Action on Ageing** (2002): primo piano d'azione globale sull'invecchiamento, con tre direttrici (anziani e sviluppo; salute e benessere in età anziana; ambienti favorevoli e di sostegno).
- **OMS — Decade of Healthy Ageing 2021-2030**: il decennio dell'invecchiamento in salute proclamato da ONU/OMS, che sposta il focus dalla malattia alla capacità funzionale e agli ambienti "age-friendly".

Un vuoto da conoscere. A differenza di quanto avviene per le persone con disabilità (Convenzione ONU del 2006, vincolante e ratificata dall'Italia con L. 18/2009), non esiste ancora una Convenzione ONU vincolante specifica sui diritti delle persone anziane: è in discussione presso un gruppo di lavoro ONU a composizione aperta. Le fonti internazionali sugli anziani sono quindi in gran parte di indirizzo, non vincolanti. È una differenza importante e spesso citata.

4. Che cos'è l'invecchiamento attivo

L'espressione "invecchiamento attivo" (active ageing) è definita dall'OMS come il **processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza** allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano. Tre pilastri:

- **Salute** — prevenzione, mantenimento della capacità funzionale, contrasto alla fragilità.
- **Partecipazione** — l'anziano continua a contribuire alla vita sociale, culturale, economica e civica (volontariato, formazione, lavoro, relazioni).

- **Sicurezza** — protezione dei bisogni, dei diritti e della dignità, inclusa la sicurezza economica e la protezione da abusi.

Non è quindi solo "stare bene in salute": è un approccio che tiene insieme prevenzione e cittadinanza. La L. 33/2023 lo assume come finalità generale, accanto alla presa in carico della non autosufficienza. Attenzione a non confondere i due piani:

invecchiamento attivo (tutti gli anziani, ottica di prevenzione e partecipazione) e **non autosufficienza** (chi ha già perso autonomia, ottica di presa in carico) sono due binari distinti ma collegati della stessa riforma.

5. Dignità e autonomia: i due principi-guida

La L. 33/2023 ordina l'intera materia attorno a due principi cardine, che ritroveremo in ogni decreto attuativo:

- **Dignità** — la persona anziana conserva pieno valore e pari considerazione anche nella condizione di massima dipendenza. Da qui il divieto di trattamenti spersonalizzanti, il diritto all'ascolto e all'informazione, la centralità del domicilio come luogo di vita.
- **Autonomia e autodeterminazione** — l'anziano resta protagonista delle scelte che lo riguardano, per quanto la condizione lo consenta. La cura si costruisce con la persona (e i suoi familiari/caregiver), non sulla persona. È il fondamento del progetto individualizzato (PAI) che vedremo nel giorno 6.

Da questi due principi discendono priorità operative precise: **domiciliarità** come regola (restare a casa il più a lungo possibile), **continuità** assistenziale, **integrazione socio-sanitaria**, **presa in carico unica** per evitare che la persona rimbalzi tra sportelli diversi.

6. Glossario minimo (da fissare oggi)

- **Invecchiamento attivo** — ottimizzazione di salute, partecipazione e sicurezza; ottica di prevenzione, riguarda tutti gli anziani.
- **Non autosufficienza** — condizione di chi non è in grado di provvedere autonomamente agli atti quotidiani della vita e necessita di assistenza continuativa.
- **Fragilità** — condizione di rischio, precede la non autosufficienza; su di essa agisce la prevenzione.
- **LEPS** — Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali: il "pavimento" di diritti garantito ovunque (giorno 2).
- **SNAA** — Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non autosufficiente: la governance introdotta dal D.Lgs 29/2024 (giorno 4).
- **Esigibilità** — possibilità concreta di pretendere l'attuazione di un diritto.

7. Il confine con la disabilità

Un anziano non autosufficiente può essere anche persona con disabilità: i due mondi si toccano ma hanno regole proprie. La riforma della disabilità (**D.Lgs 3 maggio 2024, n. 62**, attuativo della L. 227/2021) ridisegna la valutazione della condizione di disabilità (valutazione di base + progetto di vita, classificazione ICF). Non è un pilastro delle politiche per gli anziani, ma è il confine da presidiare: nel giorno 10 vedremo come progetto di vita e presa in carico dell'anziano si raccordano. Per oggi basta la consapevolezza che **anziano ≠ disabile**: percorsi valutativi e tutele in parte diversi, che il buon operatore sa distinguere.

In sintesi. Oggi hai costruito la cornice: l'anziano è titolare di diritti (non un assistito), fondati in Costituzione (artt. 2-3-32-38) e orientati da fonti internazionali di indirizzo (ONU 1991, MIPAA 2002, OMS Decade 2021-2030). Due principi reggono tutto — dignità e autonomia — e da essi discendono domiciliarità, continuità e presa in carico unica. Nei prossimi giorni scenderemo dal principio all'attuazione: legge quadro e LEPS (g2), la riforma L. 33/2023 (g3), il D.Lgs 29/2024 e le misure concrete.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è il cambio di paradigma alla base della L. 33/2023?

- A) Trasferire l'assistenza agli anziani dallo Stato alle Regioni
- B) Passare dall'anziano come destinatario passivo di assistenza all'anziano come titolare di diritti esigibili**
- C) Sostituire le prestazioni in denaro con soli servizi
- D) Abolire l'indennità di accompagnamento

Risposta: B. Il perno della riforma è il riconoscimento dell'anziano come persona titolare di diritti pieni, con la conseguente logica di esigibilità e livelli essenziali.

2. Quale articolo della Costituzione fonda in modo più diretto il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale di chi è inabile e privo di mezzi?

- A) Art. 2
- B) Art. 3
- C) Art. 32
- D) Art. 38**

Risposta: D. L'art. 38 riconosce il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale agli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari, ed è l'aggancio delle prestazioni assistenziali.

3. Quali sono i tre pilastri dell'invecchiamento attivo secondo l'OMS?

- A) Reddito, casa, lavoro
- B) Salute, partecipazione, sicurezza**
- C) Prevenzione, cura, riabilitazione
- D) Famiglia, comunità, Stato

Risposta: B. L'OMS definisce l'active ageing come ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza.

4. Rispetto alla tutela internazionale, qual è la differenza tra anziani e persone con disabilità?

- A) Per gli anziani esiste una Convenzione ONU vincolante, per i disabili no
- B) Per entrambi esiste una Convenzione ONU vincolante dal 2006
- C) Per i disabili esiste una Convenzione ONU vincolante (2006), per gli anziani solo strumenti di indirizzo non vincolanti**
- D) Non esiste alcuno strumento internazionale né per gli uni né per gli altri

Risposta: C. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006, ratificata con L. 18/2009) è vincolante; per gli anziani esistono finora solo strumenti di indirizzo (Principi ONU 1991, MIPAA 2002, OMS Decade 2021-2030).

5. Che cosa significa che un diritto è 'esigibile'?

- A) Che è scritto nella Costituzione
- B) Che se ne può concretamente pretendere l'attuazione**
- C) Che è finanziato con fondi europei
- D) Che spetta solo a chi ha un ISEE basso

Risposta: B. L'esigibilità è la possibilità concreta di pretendere l'attuazione del diritto: senza livelli essenziali e tutele, il diritto resta enunciazione.

6. Invecchiamento attivo e non autosufficienza, nella logica della riforma, sono:

- A) La stessa cosa con due nomi diversi
- B) Due binari distinti ma collegati: prevenzione/partecipazione per tutti gli anziani vs presa in carico di chi ha perso autonomia**
- C) Due materie di competenza di ministeri diversi senza alcun raccordo
- D) Concetti superati dal D.Lgs 62/2024

Risposta: B. Sono due piani distinti ma integrati della stessa riforma: l'invecchiamento attivo guarda a tutti gli anziani in ottica di prevenzione e partecipazione, la non autosufficienza alla presa in carico di chi ha già perso autonomia.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-03-23;33>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

La legge quadro e i diritti sociali: L. 328/2000, LEPS e livelli essenziali

Obiettivo. Capire l'architettura del sistema dei servizi sociali: la legge quadro 328/2000, il riparto di competenze dopo la riforma del Titolo V, e soprattutto i LEPS — i livelli essenziali che trasformano il bisogno in diritto esigibile. È il ponte tra i principi di ieri e le misure concrete dei prossimi giorni.

1. La legge quadro: L. 328/2000

La **legge 8 novembre 2000, n. 328** ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") è la prima legge organica dell'assistenza sociale italiana dopo decenni di frammentazione. Introduce alcuni principi che reggono ancora oggi:

- **Universalismo selettivo** — i servizi sociali si rivolgono a tutti, con priorità a chi versa in condizioni di bisogno e fragilità.
- **Sistema integrato a rete** — non prestazioni isolate ma una rete di interventi che coinvolge Stato, Regioni, Comuni, terzo settore e famiglie.
- **Programmazione territoriale** — lo strumento è il Piano di zona, elaborato a livello di ambito territoriale sociale (ATS), dove i Comuni programmano insieme i servizi.
- **Centralità del Comune** — il Comune è titolare delle funzioni amministrative sui servizi sociali locali.

La 328/2000 già prevedeva, all'art. 22, i livelli essenziali delle prestazioni sociali: ma per anni sono rimasti in gran parte sulla carta, per mancanza di definizione puntuale e di finanziamento vincolato. È qui che nasce lo scarto tra diritto proclamato e diritto esigibile.

2. Il riparto di competenze dopo il Titolo V (2001)

La riforma costituzionale del 2001 (L. cost. 3/2001) ridisegna il rapporto Stato-Regioni e va conosciuta con precisione perché spiega perché il sistema è così disomogeneo:

- **Assistenza sociale** — non è elencata tra le materie statali né concorrenti: rientra quindi nella competenza residuale delle Regioni (art. 117, comma 4). Ogni Regione organizza i propri servizi sociali → forti differenze territoriali.
- **Livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** — la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale è invece **competenza esclusiva dello Stato** (art. 117, comma 2, lett. m).

Il nodo. Da un lato l'organizzazione dei servizi è regionale (quindi diseguale), dall'altro lo Stato deve fissare un "pavimento" comune (i LEP). Il diritto esigibile dell'anziano vive esattamente in questa tensione: senza LEP definiti e finanziati, la tutela dipende dal CAP di residenza. La riforma 33/2023 e il D.Lgs 29/2024 provano a colmare il divario definendo LEPS specifici per la non autosufficienza.

3. Dai LEP ai LEPS

Occorre tenere distinti tre acronimi:

- **LEA** — Livelli Essenziali di Assistenza (sanità): definiti da tempo (DPCM 2017), finanziati e tendenzialmente esigibili.
- **LEP** — Livelli Essenziali delle Prestazioni: la categoria costituzionale generale (art. 117, c. 2, lett. m).
- **LEPS** — Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali: la declinazione dei LEP nell'ambito sociale.

I LEPS hanno una storia recente:

- Il **D.Lgs 147/2017** (istitutivo del REI, poi Reddito di cittadinanza) definisce un primo nucleo di livelli essenziali nel sociale, tra cui il servizio sociale professionale e la presa in carico.
- La **L. 234/2021** (legge di bilancio 2022), commi 159 e seguenti, definisce esplicitamente i **LEPS per la non autosufficienza**: tra questi i Punti Unici di Accesso (PUA), la valutazione multidimensionale e il Progetto di Assistenza Individuale (PAI), i servizi di sollievo, l'assistenza domiciliare sociale.

È un passaggio decisivo: alcuni dei diritti che studieremo nei prossimi giorni (PUA, valutazione, PAI) sono **già oggi LEPS**, cioè livelli essenziali che le Regioni devono garantire, non facoltà discrezionali.

4. Perché i LEPS rendono il diritto esigibile

Un LEPS trasforma una prestazione da "servizio che il Comune eroga se ha fondi" a "prestazione che deve essere garantita ovunque". Tre effetti pratici:

- **Uniformità** — la prestazione va assicurata su tutto il territorio nazionale, riducendo il divario Nord-Sud e città-aree interne (rilevante per un territorio come il VCO).
- **Finanziamento dedicato** — i LEPS si accompagnano a fondi vincolati (es. il Fondo per le Non Autosufficienze, giorno 11).
- **Tutela** — la mancata erogazione di un LEPS è un inadempimento contestabile, non una semplice scelta organizzativa.

Verifica critica. Attenzione a non sopravvalutare: un LEPS "definito" non è automaticamente "finanziato in modo sufficiente". La critica ricorrente (anche

sindacale, CGIL/SPI) alla riforma è che i LEPS per la non autosufficienza sono fissati ma sotto-finanziati e a copertura progressiva, con tempi lunghi. Quando presenti un LEPS, distingui sempre tre livelli: definito per legge, finanziato in bilancio, effettivamente esigibile sul territorio. Sono cose diverse.

5. L'integrazione socio-sanitaria

L'anziano non autosufficiente sta a cavallo tra sociale (Comune) e sanitario (ASL). La legge quadro e la riforma insistono sull'**integrazione socio-sanitaria**: PUA unico, valutazione congiunta, un solo progetto (PAI) che tiene insieme prestazioni sociali e sanitarie. È il rimedio alla frammentazione che costringe la famiglia a rincorrere sportelli diversi. Nel giorno 6 vedremo la valutazione multidimensionale, nel giorno 9 il raccordo con il DM 77/2022 (assistenza territoriale sanitaria).

In sintesi. La 328/2000 disegna il sistema integrato dei servizi sociali (rete, piano di zona, centralità del Comune). Il Titolo V affida l'organizzazione alle Regioni ma riserva allo Stato la determinazione dei LEP. I LEPS — definiti da D.Lgs 147/2017 e soprattutto L. 234/2021 per la non autosufficienza (PUA, valutazione, PAI) — sono la leva che trasforma il bisogno in diritto esigibile. Ma ricorda la scala: definito ≠ finanziato ≠ esigibile. Domani entriamo nella riforma vera e propria: la legge delega 33/2023.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. La legge 328/2000 è comunemente definita:

- A) La legge sull'indennità di accompagnamento
- B) La legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali**
- C) La riforma della sanità territoriale
- D) La legge delega sulle politiche per gli anziani

Risposta: B. La L. 328/2000 è la prima legge organica (quadro) del sistema integrato dei servizi sociali in Italia.

2. Dopo la riforma del Titolo V (2001), l'assistenza sociale è materia di competenza:

- A) Esclusiva statale
- B) Concorrente Stato-Regioni
- C) Residuale delle Regioni (art. 117, c. 4)**
- D) Esclusiva dei Comuni

Risposta: C. L'assistenza sociale non è elencata tra le materie statali o concorrenti: rientra nella competenza residuale regionale, con conseguente disomogeneità territoriale.

3. A chi spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP)?

- A) Alle Regioni
- B) Ai Comuni tramite i Piani di zona
- C) Allo Stato in via esclusiva (art. 117, c. 2, lett. m)**
- D) Alle ASL

Risposta: C. La determinazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali è competenza esclusiva statale ex art. 117, c. 2, lett. m) Cost.

4. Quale norma ha definito in modo esplicito i LEPS per la non autosufficienza (PUA, valutazione, PAI)?

- A) La L. 328/2000
- B) La L. 234/2021 (legge di bilancio 2022)**
- C) Il DM 77/2022
- D) Il D.Lgs 62/2024

Risposta: B. La L. 234/2021, ai commi 159 ss., ha definito i LEPS per la non autosufficienza, tra cui PUA, valutazione multidimensionale e PAI.

5. Qual è la differenza tra LEA e LEPS?

A) Sono sinonimi

B) I LEA riguardano l'assistenza sanitaria, i LEPS le prestazioni sociali

C) I LEA sono regionali, i LEPS statali

D) I LEA riguardano solo gli anziani, i LEPS tutti

Risposta: B. I LEA sono i livelli essenziali di assistenza sanitaria; i LEPS sono i livelli essenziali delle prestazioni sociali. L'integrazione dei due è il cuore della presa in carico dell'anziano.

6. Perché un LEPS 'definito' non garantisce da solo l'effettività del diritto?

A) Perché i LEPS non sono obbligatori

B) Perché occorre anche che sia finanziato adeguatamente e attuato sul territorio

C) Perché i LEPS valgono solo al Nord

D) Perché possono essere aboliti dalle Regioni

Risposta: B. Va distinta la scala definito/finanziato/esigibile: un LEPS può essere fissato per legge ma sotto-finanziato o non ancora attuato, con esigibilità solo progressiva.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08;328>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2021-12-30;234>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2017-09-15;147>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge.costituzionale:2001-10-18;3>

La riforma L. 33/2023: deleghe, principi, governance e stato di attuazione

Obiettivo. Conoscere la legge delega 33/2023 nella sua struttura: cosa delega al Governo, con quali principi e criteri, quale governance introduce (CIPA) e — soprattutto — quanto di essa è davvero diventato operativo. È la cerniera tra i principi (g1) e il decreto attuativo che studieremo da domani.

1. Che cos'è una legge delega (e perché conta qui)

La **legge 23 marzo 2023, n. 33** non contiene quasi nessuna norma direttamente applicabile: è una **legge delega** (art. 76 Cost.). Il Parlamento fissa principi e criteri direttivi e delega il Governo a scrivere, entro un termine, uno o più decreti legislativi attuativi. Conseguenza pratica da tenere sempre a mente: quando leggi la 33/2023 stai leggendo un programma, non ancora un diritto esigibile. Il diritto nasce con i decreti attuativi (il principale è il D.Lgs 29/2024, da domani).

2. Struttura e oggetto della delega

La legge affida al Governo il compito di riordinare e potenziare le politiche in favore delle persone anziane su più fronti. Le deleghe più rilevanti riguardano:

- la **tutela della dignità e la promozione dell'autonomia** e della salute delle persone anziane;
- l'**invecchiamento attivo** e la **prevenzione della fragilità**;
- la **presa in carico della non autosufficienza** con valutazione e progetto unitari;
- il sostegno al **caregiver familiare**;
- la **semplificazione** dell'accesso alle prestazioni e la loro **integrazione** socio-sanitaria.

Il D.Lgs 29/2024 dichiara espressamente di attuare le deleghe di cui agli **articoli 3, 4 e 5** della legge 33/2023.

3. Principi e criteri direttivi

I criteri che il Governo doveva seguire disegnano già la filosofia della riforma:

- **Persona al centro** — unicità della valutazione e del progetto; la persona non deve rincorrere più sportelli.
- **Domiciliarità come regola** — favorire la permanenza a casa; l'istituzionalizzazione come extrema ratio.

- **Integrazione socio-sanitaria** — un solo punto di accesso, una sola valutazione, un solo progetto.
- **Continuità assistenziale e semplificazione** — meno frammentazione, più coordinamento.
- **Sostenibilità** — le misure entro le risorse disponibili (limite che pesa, vedi punto 6).

4. La governance: il CIPA

La legge istituisce presso la Presidenza del Consiglio il **CIPA — Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione Anziana**, con il compito di coordinare le politiche nazionali sull'invecchiamento e adottare gli atti di indirizzo (in primis il Piano nazionale pluriennale). È il tentativo di dare una regia unica a una materia che oggi è spezzata tra Ministeri (Lavoro e politiche sociali, Salute, Economia) e livelli di governo (Stato, Regioni, Comuni, ASL).

Da distinguere. Il **CIPA** è la cabina di regia politico-istituzionale; il **SNAA** (Sistema Nazionale Anziani, introdotto dal decreto 29/2024, giorno 4) è il sistema operativo di programmazione integrata su tre livelli. Non confonderli: uno indirizza, l'altro programma e attua.

5. Il collegamento con il PNRR

La riforma non nasce nel vuoto politico: è un **impegno del PNRR** (Missione 5, Componente 2 — inclusione e coesione). L'Italia si era impegnata con l'Unione europea ad approvare una legge di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti entro una scadenza precisa. Questo spiega i tempi serrati del 2023 e il fatto che la milestone europea sia stata formalmente centrata con l'approvazione della legge e del decreto.

6. Lo stato di attuazione: dove siamo davvero

Qui serve onestà, secondo il nostro metodo. La 33/2023 è una riforma ambiziosa ma a **attuazione parziale**:

- Il **D.Lgs 29/2024** attua le deleghe principali, ma rinvia gran parte delle scelte concrete a una serie di ulteriori decreti, DPCM e linee guida (molti dei quali ancora in corso).
- La misura più tangibile — la **Prestazione Universale** (giorno 8) — è partita ma solo in via sperimentale (2025-2026) e con una platea molto ristretta (over-80, ISEE bassissimo).
- La clausola di **invarianza/sostenibilità finanziaria** limita la portata: molte previsioni valgono "nei limiti delle risorse disponibili".

Verifica critica. È la stessa osservazione che fanno operatori del settore e sindacato (CGIL/SPI): la legge sposta il paradigma sul piano dei principi, ma sul piano dell'esigibilità e delle risorse resta a metà del guado. Quando presenti la riforma, tieni sempre distinti tre piani: cosa è previsto, cosa è attuato, cosa è finanziato. È esattamente il filo rosso di tutto il percorso.

In sintesi. La 33/2023 è una legge delega: fissa principi (persona al centro, domiciliarità, integrazione, continuità) e istituisce la regia (CIPA), in attuazione di un impegno PNRR. Il diritto vero nasce con i decreti: il principale è il D.Lgs 29/2024, che attua gli artt. 3-4-5 ma rinvia molto a provvedimenti successivi. Attuazione parziale, risorse limitate: ambiziosa nei principi, prudente nei fatti. Da domani entriamo nel decreto attuativo e nella sua architettura (SNAA, CIPA operativo).

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. La L. 33/2023 è tecnicamente:

- A) Un regolamento attuativo
- B) Una legge delega (art. 76 Cost.)**
- C) Un decreto-legge
- D) Una direttiva europea

Risposta: B. È una legge delega: fissa principi e criteri direttivi e delega il Governo a emanare i decreti legislativi attuativi.

2. Il D.Lgs 29/2024 attua in particolare quali articoli della L. 33/2023?

- A) Artt. 1 e 2
- B) Artt. 3, 4 e 5**
- C) Artt. 10 e 11
- D) Solo l'art. 1

Risposta: B. Il decreto dichiara di attuare le deleghe di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 33/2023.

3. Che cos'è il CIPA?

- A) Il fondo per la non autosufficienza
- B) Il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione Anziana, cabina di regia presso la PCM**
- C) L'unità di valutazione multidimensionale
- D) Il piano regionale per gli anziani

Risposta: B. Il CIPA è l'organo di coordinamento e indirizzo delle politiche nazionali sull'invecchiamento, istituito presso la Presidenza del Consiglio.

4. A quale impegno sovranazionale è legata la riforma?

- A) Alla Convenzione ONU sui diritti degli anziani
- B) Al PNRR, Missione 5 Componente 2 (riforma assistenza anziani non autosufficienti)**
- C) Al Patto di stabilità
- D) A una direttiva UE sul lavoro di cura

Risposta: B. La riforma attua una milestone del PNRR (Missione 5, Componente 2) sull'assistenza agli anziani non autosufficienti.

5. Qual è la principale critica sullo stato di attuazione della riforma?

- A) È stata bocciata dalla Corte costituzionale
- B) Rinvia molte scelte concrete a decreti successivi ed è limitata dalla clausola di sostenibilità finanziaria**
- C) Non è mai entrata in vigore
- D) Riguarda solo i disabili

Risposta: B. La riforma è forte sui principi ma ad attuazione parziale: gran parte delle misure è rinviata a provvedimenti successivi e vincolata alle risorse disponibili.

6. CIPA e SNAA: qual è la differenza?

- A) Sono sinonimi
- B) Il CIPA è la cabina di regia politico-istituzionale; il SNAA è il sistema operativo di programmazione integrata su tre livelli**
- C) Il CIPA è regionale, il SNAA comunale
- D) Il SNAA indirizza, il CIPA eroga le prestazioni

Risposta: B. Il CIPA indirizza e coordina; il SNAA (introdotto dal D.Lgs 29/2024) programma e attua su livello nazionale, regionale e locale.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-03-23;33>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://temi.camera.it/leg19/provvedimento/delega-al-governo-in-materia-di-politiche-per-le-persone-anziane.html>

D.Lgs 29/2024 — architettura: SNAA, CIPA e governance multilivello

Obiettivo. Capire come è costruito il decreto attuativo: il Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non autosufficiente (SNAA) e la sua programmazione su tre livelli, il ruolo operativo del CIPA e del Piano nazionale, e come questa architettura dovrebbe superare la frammentazione tra sociale e sanitario.

1. Dal principio alla macchina

Il **D.Lgs 15 marzo 2024, n. 29** è il cuore operativo della riforma: traduce i principi della legge delega in un'**architettura di governance**. La scommessa è semplice da enunciare e difficile da realizzare: mettere ordine in un sistema in cui l'anziano non autosufficiente è oggi assistito da soggetti diversi (Comune per il sociale, ASL per il sanitario, INPS per le prestazioni economiche) che spesso non si parlano. Lo strumento per farlo è il **SNAA**.

2. Il SNAA: che cos'è

Il **SNAA — Sistema Nazionale per la popolazione Anziana non autosufficiente** è il sistema di programmazione integrata delle politiche, dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti. Non è un nuovo ente né un nuovo sportello: è un **metodo di coordinamento** che mette allo stesso tavolo sociale e sanitario ai vari livelli di governo. Il suo obiettivo è la **programmazione unitaria** di risorse e servizi che oggi viaggiano su binari separati (Fondo Non Autosufficienze, Fondo per le Politiche Sociali, risorse sanitarie del SSN).

3. I tre livelli di governance

Il SNAA opera su una struttura a **tre livelli**, ciascuno con un proprio strumento di programmazione:

- **Nazionale** — indirizzo e coordinamento, con il **CIPA** che adotta il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo e l'assistenza agli anziani (pluriennale). Definisce priorità e obiettivi comuni.
- **Regionale** — ogni Regione traduce il Piano nazionale nella propria programmazione socio-sanitaria integrata.
- **Locale (ambiti territoriali sociali + distretti sanitari)** — è il livello dove il sistema tocca terra: qui si organizzano l'accesso (PUA), la valutazione (UVM) e il progetto (PAI) per la singola persona.

La logica è quella della programmazione "a cascata": il livello nazionale fissa la cornice, quello regionale la declina, quello locale la realizza — ma con un flusso di ritorno informativo che dovrebbe alimentare le decisioni superiori.

4. Il CIPA in azione

Il **CIPA**, già istituito dalla legge delega, nel decreto assume la funzione operativa di adottare gli atti di programmazione nazionale e di monitorare l'attuazione. È il regista che deve tenere insieme i Ministeri competenti (Lavoro e politiche sociali, Salute, Economia e finanze) e il raccordo con le Regioni (in sede di Conferenza unificata). Il suo prodotto principale è il **Piano nazionale**, che orienta l'uso integrato delle risorse.

5. Perché l'integrazione è la posta in gioco

Il valore aggiunto del SNAA sta tutto nella parola **integrazione**. Oggi la famiglia di un anziano non autosufficiente deve:

- chiedere al Comune i servizi sociali (assistenza domiciliare, pasti, sollievo);
- rivolgersi all'ASL per l'ADI e le prestazioni sanitarie;
- presentare domanda all'INPS per l'indennità di accompagnamento e la prestazione universale.

Il SNAA punta a far sì che questi mondi condividano **un unico accesso, una sola valutazione, un solo progetto** e — sul piano finanziario — una programmazione coordinata delle risorse. È la risposta strutturale alla frammentazione.

Verifica critica. Attenzione: il SNAA è un sistema di programmazione e coordinamento, non un nuovo finanziamento. Non porta con sé, di per sé, risorse aggiuntive: mette ordine in quelle esistenti. Il rischio, segnalato da più parti, è che senza risorse adeguate l'integrazione resti un buon metodo su una coperta troppo corta. Inoltre l'efficacia dipende dall'attuazione regionale e locale, storicamente diseguale (torna il tema del CAP di residenza del giorno 2).

6. Come si incastra con il resto

Il SNAA è la cornice organizzativa dentro cui si collocano i pezzi che vedremo nei prossimi giorni: l'**invecchiamento attivo e la prevenzione** (g5), la **valutazione multidimensionale, il PUA e il PAI** (g6), la **Prestazione Universale** (g8), il **finanziamento** tramite FNA e PNNA (g11). Tienilo come mappa: ogni misura successiva è una tessera di questa architettura.

In sintesi. Il D.Lgs 29/2024 costruisce la macchina: il SNAA è il metodo di programmazione integrata su tre livelli (nazionale con CIPA e Piano, regionale, locale), pensato per superare la frammentazione tra Comune, ASL e INPS con un accesso, una valutazione e un progetto unici. Ma è coordinamento, non nuovo denaro: l'integrazione

vale quanto le risorse e l'attuazione territoriale che la sorreggono. Domani: come questa architettura promuove l'invecchiamento attivo e previene la fragilità.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Il SNAA è:

A) Un nuovo ente erogatore di prestazioni

B) Il sistema di programmazione integrata delle politiche per gli anziani non autosufficienti

C) Un fondo statale

D) Uno sportello unico comunale

Risposta: B. Il SNAA è un metodo di programmazione e coordinamento integrato tra sociale e sanitario, non un nuovo ente né un fondo.

2. Quanti e quali sono i livelli di governance del SNAA?

A) Due: Stato e Regioni

B) Tre: nazionale, regionale, locale (ambiti sociali + distretti sanitari)

C) Uno solo, nazionale

D) Quattro: UE, Stato, Regioni, Comuni

Risposta: B. Il SNAA opera su tre livelli: nazionale (CIPA e Piano), regionale, locale.

3. Qual è il principale strumento di programmazione a livello nazionale?

A) Il PAI

B) Il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo e l'assistenza, adottato dal CIPA

C) Il bilancio di previsione comunale

D) La Convenzione ONU

Risposta: B. A livello nazionale il CIPA adotta il Piano pluriennale che orienta l'uso integrato delle risorse.

4. Qual è l'obiettivo di fondo dell'integrazione perseguita dal SNAA?

A) Aumentare gli sportelli

B) Un unico accesso, una sola valutazione, un solo progetto per la persona

C) Trasferire tutto alle Regioni

D) Sostituire l'ASL con il Comune

Risposta: B. L'integrazione mira a un accesso unico, una valutazione unica e un progetto unico, con programmazione coordinata delle risorse.

5. Perché il SNAA, da solo, non garantisce più tutele?

A) Perché è facoltativo

B) Perché è coordinamento della spesa esistente, non un nuovo finanziamento

C) Perché vale solo per gli over 90

D) Perché è stato sospeso

Risposta: B. Il SNAA mette ordine nelle risorse esistenti: senza risorse adeguate l'integrazione resta un metodo su una coperta corta.

6. A livello locale, dove tocca terra il sistema?

A) Nel CIPA

B) Negli ambiti territoriali sociali e nei distretti sanitari, con PUA, valutazione e PAI

C) In Conferenza unificata

D) Al Ministero dell'Economia

Risposta: B. Il livello locale (ambiti sociali + distretti sanitari) organizza accesso (PUA), valutazione (UVM) e progetto (PAI) per la singola persona.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-03-23;33>

Invecchiamento attivo e prevenzione della fragilità nel D.Lgs 29/2024

Obiettivo. Vedere il volto 'positivo' della riforma: non solo presa in carico di chi ha già perso autonomia, ma misure per far invecchiare bene tutta la popolazione anziana — partecipazione, apprendimento, socialità, digitale — e per intercettare la fragilità prima che diventi non autosufficienza.

1. I due volti della riforma

Fin qui abbiamo parlato molto di non autosufficienza. Ma il D.Lgs 29/2024 ha un secondo volto, spesso trascurato: le misure per l'**invecchiamento attivo** e la **prevenzione della fragilità**, rivolte a tutti gli anziani, non solo a chi è già in difficoltà. È il lato "a monte": agire prima, per allungare gli anni di vita autonoma e ridurre la domanda di assistenza. Concetto-chiave del giorno 1, ora tradotto in misure.

2. Che cosa promuove l'invecchiamento attivo

Il decreto declina l'invecchiamento attivo in un ventaglio di ambiti di intervento. I più rilevanti:

- **Partecipazione sociale e civica** — volontariato, impegno nella comunità, protagonismo degli anziani nella vita collettiva.
- **Apprendimento permanente** — formazione lungo tutto l'arco della vita, università della terza età, contrasto all'esclusione culturale.
- **Alfabetizzazione e inclusione digitale** — ridurre il divario che taglia fuori molti anziani da servizi ormai solo online (a partire dalla stessa domanda INPS).
- **Attività fisica, cultura, turismo lento** — stili di vita che mantengono capacità funzionale e relazioni.
- **Coabitazione e nuove forme dell'abitare** — cohousing, soluzioni intergenerazionali, contrasto alla solitudine abitativa.
- **Permanenza attiva nel lavoro** — favorire, per chi vuole e può, la continuazione dell'attività.
- **Relazione con gli animali d'affezione** — riconosciuta per il suo valore sul benessere psicofisico.

Il filo comune è il **contrasto all'isolamento**: la solitudine è un fattore di rischio per la salute tanto quanto molte condizioni cliniche.

3. La prevenzione della fragilità

La **fragilità** è la zona grigia tra l'autosufficienza piena e la non autosufficienza: una condizione di rischio in cui la persona è ancora autonoma ma vulnerabile. Intervenire qui è la strategia più efficace (e meno costosa) di tutte. Il decreto promuove:

- **individuazione precoce** della fragilità (screening, medicina di iniziativa, ruolo della medicina generale);
- **promozione della salute** e prevenzione (attività motoria, nutrizione, prevenzione delle cadute, contrasto al declino cognitivo);
- **integrazione con il territorio sanitario** (Case della Comunità, medicina di prossimità — collegamento al DM 77/2022, giorno 9).

La logica è quella della medicina di iniziativa: non aspettare che la persona si ammali e chiedi aiuto, ma andarle incontro prima.

4. Perché conviene (anche economicamente)

Investire sull'invecchiamento attivo e sulla prevenzione non è filantropia: è la mossa razionale sul piano dei conti pubblici. Ogni anno di autonomia guadagnato è domanda di assistenza rinviata o evitata. In un Paese con la struttura demografica dell'Italia — tra i più anziani al mondo — la prevenzione è la principale leva di sostenibilità del sistema. È l'argomento più forte da spendere anche in chiave sindacale e amministrativa: il risparmio vero non si fa tagliando l'assistenza, ma riducendo il bisogno a monte.

Verifica critica. Anche qui vale il nostro metodo: molte di queste misure sono formulate come obiettivi e promozione più che come diritti esigibili con risorse dedicate. Sono spesso rimesse alla programmazione regionale e al terzo settore, con finanziamenti frammentati. Utile, quindi, distinguere: la cornice dell'invecchiamento attivo è avanzata sul piano culturale, ma la sua traduzione in servizi capillari resta disomogenea sul territorio. Da segnalare, non da nascondere.

In sintesi. Il decreto non è solo assistenza: promuove invecchiamento attivo (partecipazione, apprendimento, digitale, socialità, abitare, lavoro) e prevenzione della fragilità (individuazione precoce, promozione della salute, medicina di iniziativa), con al centro il contrasto all'isolamento. È la strategia 'a monte', la più efficace e la più sostenibile per un Paese anziano come l'Italia — ma spesso formulata come promozione più che come diritto finanziato. Domani scendiamo 'a valle': la presa in carico di chi la non autosufficienza l'ha già.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Le misure di invecchiamento attivo del decreto si rivolgono:

- A) Solo agli anziani non autosufficienti
- B) A tutti gli anziani, in ottica di prevenzione e partecipazione**
- C) Solo agli over 90
- D) Solo agli anziani ricoverati in RSA

Risposta: B. L'invecchiamento attivo riguarda tutta la popolazione anziana, come strategia 'a monte' di prevenzione e partecipazione.

2. Che cos'è la fragilità?

- A) Sinonimo di non autosufficienza
- B) La condizione di rischio tra autosufficienza piena e non autosufficienza: autonomo ma vulnerabile**
- C) Una malattia specifica
- D) La perdita totale dell'autonomia

Risposta: B. La fragilità è la zona grigia in cui la persona è ancora autonoma ma vulnerabile: è lì che la prevenzione è più efficace.

3. Quale principio guida la prevenzione della fragilità?

- A) Attendere la richiesta di aiuto della persona
- B) La medicina di iniziativa: andare incontro alla persona prima che si ammali**
- C) Il ricovero preventivo in struttura
- D) La sola terapia farmacologica

Risposta: B. La medicina di iniziativa intercetta e agisce precocemente, senza attendere che il bisogno diventi acuto.

4. Quale tra questi è un ambito dell'invecchiamento attivo previsto dal decreto?

- A) L'abolizione delle pensioni di reversibilità
- B) L'alfabetizzazione e inclusione digitale degli anziani**
- C) La riduzione dei posti in RSA
- D) L'aumento dell'età pensionabile

Risposta: B. L'inclusione digitale è tra gli ambiti dell'invecchiamento attivo, per non tagliare fuori gli anziani dai servizi ormai online.

5. Perché investire in prevenzione conviene al sistema pubblico?

A) Perché è imposto dall'UE

B) Perché ogni anno di autonomia guadagnato riduce o rinvia la domanda di assistenza

C) Perché consente di tagliare l'indennità di accompagnamento

D) Perché sostituisce il SSN

Risposta: B. La prevenzione riduce il bisogno a monte: in un Paese anziano è la principale leva di sostenibilità del sistema.

6. Qual è il limite ricorrente delle misure di invecchiamento attivo?

A) Sono vincolanti e pienamente finanziate ovunque

B) Sono spesso formulate come promozione/obiettivi più che come diritti esigibili con risorse dedicate

C) Riguardano solo i disabili

D) Sono state abrogate

Risposta: B. Molte misure sono di promozione, rimesse alla programmazione regionale e al terzo settore, con finanziamenti frammentati: traduzione disomogenea sul territorio.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Non autosufficienza: valutazione multidimensionale unificata, PUA e PAI

Obiettivo. Padroneggiare il percorso concreto della presa in carico: come si entra nel sistema (PUA), come si misura il bisogno (valutazione multidimensionale unificata) e come si costruisce la risposta (PAI). È la 'catena' operativa che ogni operatore e ogni consulente deve conoscere a memoria.

1. La catena della presa in carico

Quando un anziano perde autonomia, il sistema dovrebbe rispondere con una sequenza ordinata, non con un labirinto. La riforma disegna tre anelli di una stessa catena: **accesso → valutazione → progetto**. Tre passaggi, tre sigle da fissare: **PUA, valutazione multidimensionale unificata, PAI**. Sono tutti e tre **LEPS** — livelli essenziali che le Regioni devono garantire (li abbiamo incontrati nel giorno 2).

2. Il PUA: la porta d'accesso

Il **PUA — Punto Unico di Accesso** è la porta d'ingresso unica al sistema dei servizi socio-sanitari. Ha una funzione precisa: evitare che la persona (o la famiglia) debba scoprire da sola a chi rivolgersi, rimbalzando tra Comune e ASL. Al PUA si presenta il bisogno, si riceve orientamento e si attiva la valutazione. È collocato di norma nei presidi di prossimità — in particolare le **Case della Comunità** previste dalla riforma della sanità territoriale (DM 77/2022, giorno 9). Il PUA è un LEPS: deve esistere ovunque.

3. La valutazione multidimensionale unificata

Individuato il bisogno, si passa alla **valutazione multidimensionale**: non un singolo test clinico, ma una lettura a 360° della condizione della persona, condotta da un'**équipe integrata** (Unità di Valutazione Multidimensionale) che mette insieme competenze sociali e sanitarie. Si valutano:

- la **condizione clinica** (patologie, terapie);
- l'**autonomia funzionale** nelle attività quotidiane (ADL e IADL: lavarsi, vestirsi, muoversi, gestire la casa, i farmaci, il denaro);
- lo **stato cognitivo** e psicologico;
- la **situazione sociale, familiare e abitativa** (rete di supporto, presenza di caregiver, condizioni della casa).

La grande novità della riforma è la parola **unificata**: una sola valutazione, valida sia per il versante sociale sia per quello sanitario, per superare la prassi delle valutazioni doppie e non comunicanti. È il presupposto tecnico dell'integrazione.

Verifica critica. "Unificata" è l'obiettivo, ma l'attuazione richiede strumenti valutativi comuni e sistemi informativi che dialoghino: la loro adozione è in corso e disomogenea tra Regioni. Inoltre la valutazione unificata ai fini dell'accesso ai servizi va tenuta distinta dall'accertamento dell'invalidità civile/indennità di accompagnamento (INPS-commissioni), che segue un binario proprio. Non confondere i due percorsi: uno apre i servizi territoriali, l'altro le prestazioni economiche nazionali.

4. Il PAI: il progetto su misura

Dall'esito della valutazione nasce il **PAI — Progetto di Assistenza Individuale** (talvolta indicato come progetto individualizzato integrato). È il documento che traduce il bisogno in una **risposta personalizzata**: quali prestazioni, con quale intensità, a carico di chi, con quali obiettivi e verifiche nel tempo. Caratteristiche essenziali:

- **Integrato** — tiene insieme prestazioni sociali (assistenza domiciliare, sollievo) e sanitarie (ADI, riabilitazione);
- **Partecipato** — costruito con la persona e la sua famiglia/caregiver, non calato dall'alto (torna il principio di autonomia del giorno 1);
- **Dinamico** — rivedibile se la condizione cambia;
- orientato alla **domiciliarità** — la casa come prima opzione, la struttura come scelta ponderata.

In prospettiva, al PAI si collega l'idea di **budget di progetto/di cura**: mettere insieme in modo coordinato le diverse risorse (sociali, sanitarie, economiche) attorno al singolo progetto, invece di erogarle a compartimenti stagni.

5. Perché questa catena è il cuore dell'esigibilità

PUA, valutazione e PAI non sono burocrazia: sono il meccanismo che trasforma un diritto astratto ("l'anziano ha diritto all'assistenza") in una risposta concreta e verificabile. Essendo **LEPS**, la loro assenza o cattivo funzionamento è un inadempimento contestabile, non una fatalità. Per un consulente è il punto in cui la teoria dei diritti diventa pratica quotidiana — e dove si misura davvero la qualità di un sistema territoriale.

In sintesi. La presa in carico è una catena in tre anelli, tutti LEPS: il PUA (accesso unico, spesso nelle Case della Comunità), la valutazione multidimensionale unificata (lettura integrata sociale+sanitaria da parte di un'équipe), il PAI (progetto personalizzato, integrato, partecipato, orientato alla domiciliarità). È qui che il diritto diventa esigibile. Attenzione a non confondere questo percorso con l'accertamento

INPS dell'invalidità/accompagnamento. Domani chiudiamo la settimana con un ripasso e un quiz cumulativo.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è la sequenza corretta della presa in carico?

A) PAI → valutazione → PUA

B) PUA (accesso) → valutazione multidimensionale → PAI (progetto)

C) Valutazione → PUA → PAI

D) PUA → PAI → valutazione

Risposta: B. La catena è accesso (PUA) → valutazione multidimensionale unificata → progetto (PAI).

2. Il PUA è:

A) Un fondo economico

B) Il Punto Unico di Accesso, porta d'ingresso unica ai servizi socio-sanitari

C) Il progetto individuale

D) La commissione INPS

Risposta: B. Il PUA è la porta d'accesso unica, spesso collocata nelle Case della Comunità; è un LEPS.

3. Cosa rende innovativa la valutazione prevista dalla riforma?

A) È solo clinica

B) È multidimensionale e 'unificata': una sola valutazione valida per sociale e sanitario

C) La fa solo il medico di base

D) È facoltativa

Risposta: B. L'elemento chiave è 'unificata': una valutazione integrata unica, presupposto tecnico dell'integrazione socio-sanitaria.

4. Cosa significano ADL e IADL nella valutazione?

A) Due tipi di indennità

B) Le attività di base (lavarsi, vestirsi, muoversi) e strumentali (gestire casa, farmaci, denaro) della vita quotidiana

C) Due sigle di enti locali

D) Due livelli di ISEE

Risposta: B. ADL sono le attività di base della vita quotidiana, IADL quelle strumentali: misurano l'autonomia funzionale.

5. Quale caratteristica **NON** appartiene al PAI?

- A) Integrato (sociale + sanitario)
- B) Partecipato con la persona e il caregiver
- C) Immutabile una volta redatto**
- D) Orientato alla domiciliarità

Risposta: C. Il PAI è dinamico e rivedibile se la condizione cambia: non è immutabile.

6. Perché non bisogna confondere la valutazione multidimensionale con l'accertamento INPS?

- A) Perché sono la stessa cosa
- B) Perché la prima apre i servizi territoriali, il secondo (invalidità/ accompagnamento) segue un binario proprio nazionale**
- C) Perché la valutazione multidimensionale non esiste
- D) Perché l'INPS non si occupa di anziani

Risposta: B. Sono due percorsi distinti: la valutazione multidimensionale accede ai servizi socio-sanitari, l'accertamento INPS riguarda invalidità civile e indennità di accompagnamento.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2021-12-30;234>

Ripasso settimana 1 + quiz cumulativo

Obiettivo. Consolidare la prima settimana: cornice dei diritti, legge quadro e LEPS, riforma 33/2023 e architettura del D.Lgs 29/2024 (SNAA, invecchiamento attivo, presa in carico). Fissare la mappa mentale prima di entrare nelle misure operative (Prestazione Universale, finanziamento, territorio).

La mappa della settimana in una tabella

Prima di rispondere ai quiz, rileggi questa mappa: è l'ossatura di tutto ciò che verrà.

Giorno	Concetto-chiave	Da ricordare
1	Cornice e diritti	L'anziano è titolare di diritti (Cost. 2-3-32-38). Invecchiamento attivo = salute+partecipazione+sicurezza. Principi: dignità e autonomia. Nessuna Convenzione ONU vincolante sugli anziani.
2	Legge quadro e LEPS	L. 328/2000; Titolo V (assistenza = regionale, LEP = statale). LEPS non autosufficienza (L. 234/2021): PUA, valutazione, PAI. Scala: definito/finanziato/esigibile.
3	Riforma L. 33/2023	Legge delega (art. 76 Cost.). Il D.Lgs 29/2024 attua artt. 3-4-5. Governance: CIPA. Impegno PNRR M5C2. Attuazione parziale.
4	Architettura 29/2024	SNAA = programmazione integrata su 3 livelli (nazionale/CIPA+Piano, regionale, locale). Coordinamento, non nuovo finanziamento.
5	Invecchiamento attivo e prevenzione	Misure per tutti gli anziani (partecipazione, digitale, cohousing, lavoro). Fragilità = zona grigia; medicina di iniziativa. Prevenzione = leva di sostenibilità.
6	Presa in carico	Catena LEPS: PUA (accesso) → valutazione multidimensionale unificata (UVM) → PAI (progetto integrato, partecipato, domiciliarità). Non confondere con accertamento INPS.

I cinque nodi da non sbagliare

1. **Delega vs attuazione.** La 33/2023 è un programma; il diritto nasce con il D.Lgs 29/2024 e i decreti successivi.
2. **CIPA vs SNAA.** Il CIPA indirizza (cabina di regia); il SNAA programma e attua (sistema a 3 livelli).
3. **Definito ≠ finanziato ≠ esigibile.** Un LEPS scritto non è automaticamente garantito ovunque.
4. **Due binari.** Valutazione multidimensionale (servizi territoriali) vs accertamento INPS (invalidità/accompagnamento): percorsi distinti.
5. **Anziano ≠ disabile.** Il D.Lgs 62/2024 è la riforma della disabilità: confine e raccordo, non pilastro anziani.

Il filo rosso del percorso. Su ogni misura che studieremo, chiediti sempre: è prevista? è attuata? è finanziata? È il modo onesto di leggere una riforma ambiziosa nei principi e prudente nei fatti. Ora mettiti alla prova con il quiz cumulativo qui sotto: se sbagli, torna al giorno indicato nella spiegazione.

Prossima settimana. Dalle fondamenta alle misure concrete: Prestazione Universale (g8), accompagnamento e domiciliarità/DM 77 (g9), caregiver e raccordo con la disabilità (g10), finanziamento — FNA, PNNA, PNRR (g11), il livello regionale del Piemonte e il VCO (g12), poi ripasso finale e caso pratico.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Su quali articoli della Costituzione poggia lo statuto di diritti dell'anziano?

A) Artt. 13-14-15

B) Artt. 2-3-32-38

C) Artt. 40-41-42

D) Artt. 70-72-77

Risposta: B. Giorno 1: artt. 2 (diritti/solidarietà), 3 (uguaglianza sostanziale), 32 (salute), 38 (assistenza).

2. Dopo il Titolo V, la determinazione dei LEP spetta:

A) Alle Regioni

B) Allo Stato in via esclusiva

C) Ai Comuni

D) Alle ASL

Risposta: B. Giorno 2: art. 117 c.2 lett. m) — competenza esclusiva statale, mentre l'assistenza sociale è residuale regionale.

3. La L. 33/2023 è:

A) Un decreto attuativo

B) Una legge delega

C) Un DPCM

D) Un regolamento regionale

Risposta: B. Giorno 3: è una legge delega; il D.Lgs 29/2024 ne è l'attuazione (artt. 3-4-5).

4. Il SNAA è:

A) Un fondo

B) Un sistema di programmazione integrata su 3 livelli

C) Uno sportello comunale

D) Una commissione INPS

Risposta: B. Giorno 4: metodo di coordinamento integrato sociale-sanitario, non nuovo ente né finanziamento.

5. La fragilità è:

- A) La non autosufficienza conclamata
- B) La zona grigia tra autonomia e non autosufficienza**
- C) Una prestazione economica
- D) Un tipo di ISEE

Risposta: B. Giorno 5: condizione di rischio (autonomo ma vulnerabile) su cui agisce la prevenzione con la medicina di iniziativa.

6. La porta d'accesso unica al sistema è:

- A) Il PAI
- B) Il PUA**
- C) Il CIPA
- D) Il FNA

Risposta: B. Giorno 6: il PUA (Punto Unico di Accesso), spesso nelle Case della Comunità; è un LEPS.

7. Cosa produce la valutazione multidimensionale?

- A) L'indennità di accompagnamento
- B) Il PAI, progetto di assistenza individuale**
- C) La pensione
- D) Il bilancio comunale

Risposta: B. Giorno 6: dalla valutazione nasce il PAI, integrato, partecipato, orientato alla domiciliarità.

8. Il criterio-guida per leggere criticamente ogni misura della riforma è:

- A) Contarne gli articoli
- B) Distinguere se è prevista, attuata e finanziata**
- C) Verificare se piace ai Comuni
- D) Guardare solo la data di entrata in vigore

Risposta: B. Il filo rosso del percorso: definito ≠ attuato ≠ finanziato. Vale per LEPS, prestazione universale e ogni misura.

9. Il D.Lgs 62/2024 nel nostro percorso è:

- A) Il pilastro delle politiche per gli anziani
- B) La riforma della disabilità: confine e raccordo, non pilastro anziani**
- C) La legge sui tributi locali
- D) Il piano nazionale non autosufficienza

Risposta: B. È il decreto disabilità (attua L. 227/2021): lo trattiamo come confine e raccordo (progetto di vita, g10).

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-03-23;33>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08;328>

La Prestazione Universale: la nuova misura per la non autosufficienza gravissima

Obiettivo. Conoscere a fondo la misura-bandiera della riforma: chi ne ha diritto, quanto vale davvero (attenzione: gli 850 euro non sono il totale), come si usa e come si chiede all'INPS. E capire perché, pur essendo un diritto, oggi raggiunge una platea molto ristretta.

1. Cos'è la Prestazione Universale

La **Prestazione Universale** (art. 34 D.Lgs 29/2024) è la misura simbolo della riforma: un aiuto economico dedicato agli anziani **non autosufficienti gravissimi**, pensato per finanziare l'assistenza a casa. È partita in via **sperimentale il 1 gennaio 2025** e resta in vigore **fino al 31 dicembre 2026**: due anni di prova, poi si valuterà se stabilizzarla. La domanda si presenta all'**INPS** per tutto il periodo di sperimentazione.

2. I requisiti: quattro condizioni, tutte insieme

Per averla servono **quattro requisiti cumulativi** (basta che ne manchi uno e la domanda salta):

- **Età: almeno 80 anni** compiuti.
- **Bisogno assistenziale gravissimo**: un livello di bisogno molto elevato, accertato secondo i criteri fissati dalla riforma.
- **ISEE sociosanitario non superiore a 6.000 euro**: una soglia bassa, che seleziona i redditi minimi.
- **Titolarità dell'indennità di accompagnamento** (o averne i requisiti): la Prestazione Universale non nasce dal nulla, si aggancia all'accompagnamento (che vedremo domani).

3. Quanto vale davvero: le due quote

Qui sta l'equivoco più diffuso. Si legge ovunque "850 euro al mese", ma quella è **solo una delle due quote**. La Prestazione Universale è fatta così:

- **Quota fissa monetaria** = l'**indennità di accompagnamento** che la persona già percepisce (nel 2025 circa **542 euro/mese**);
- **Quota integrativa**, chiamata "**assegno di assistenza**", pari a **850 euro/mese**, che si aggiunge alla prima.

In pratica chi ottiene la misura riceve **l'accompagnamento + 850 euro** (attorno a 1.390 euro mensili complessivi), non 850 euro secchi. La differenza non è un dettaglio: è il cuore della misura.

4. La quota integrativa è vincolata (e si può perdere)

Gli 850 euro non sono liberi come l'accompagnamento. Vanno **spesi in modo tracciabile per l'assistenza**, in due modi alternativi:

- **retribuire un lavoratore domestico** (badante) con **contratto regolare**; oppure
- **acquistare servizi** di cura e assistenza da **imprese qualificate** del settore.

Se la somma non viene usata per queste finalità, o non se ne dimostra l'impiego, si **decade** dalla quota integrativa. La logica è dichiarata: far **emergere il lavoro di cura** dal nero e portarlo alla luce. Nobile, ma con un effetto pratico: chi si affida a un aiuto informale non contrattualizzato rischia di non poter usare la quota.

5. Come si chiede

Domanda **telematica all'INPS** (portale, patronato, contact center). L'INPS verifica requisiti, ISEE e la condizione di bisogno gravissimo. La Prestazione Universale **assorbe** l'indennità di accompagnamento: non si sommano due pratiche diverse, è un'unica erogazione che ingloba l'accompagnamento e vi aggiunge l'integrazione.

Verifica critica. Tre punti da tenere fermi. (1) Definito e finanziato, ma per pochi. I requisiti sommati — 80 anni, bisogno gravissimo, ISEE sotto 6.000 — restringono la platea a poche decine di migliaia di persone: è un diritto reale ma per una nicchia, non la "universalità" che il nome evoca. (2) 850 non è il totale: è la quota integrativa che si aggiunge all'accompagnamento (fonte: scheda INPS, art. 34). Chi dice "danno 850 euro agli anziani" sbaglia in difetto sul valore e in eccesso sulla platea. (3) Sperimentale fino al 31/12/2026: oltre quella data serve un nuovo intervento normativo, altrimenti decade. È un diritto a termine, non ancora strutturale.

In sintesi. La Prestazione Universale è un assegno per over-80 non autosufficienti gravissimi con ISEE sotto 6.000 euro, già titolari di accompagnamento. Vale l'accompagnamento (circa 542 euro) più una quota integrativa di 850 euro vincolata ad assistenza regolare. Domanda all'INPS, sperimentazione 2025-2026. È il punto più avanzato della riforma e insieme il più fragile: potente sulla carta, ristretto nella platea e a scadenza. Domani scendiamo agli strumenti che già esistono e raggiungono molte più persone: accompagnamento, ADI, sanità territoriale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è l'età minima per la Prestazione Universale?

- A) 65 anni
- B) 70 anni
- C) 75 anni
- D) 80 anni**

Risposta: D. Serve aver compiuto almeno 80 anni, oltre agli altri requisiti.

2. La soglia ISEE (sociosanitario) per accedere è:

- A) Nessuna soglia
- B) 6.000 euro**
- C) 16.000 euro
- D) 25.000 euro

Risposta: B. ISEE sociosanitario non superiore a 6.000 euro: soglia bassa che seleziona i redditi minimi.

3. Gli '850 euro' della misura sono:

- A) L'importo totale mensile
- B) La sola quota integrativa, che si aggiunge all'accompagnamento**
- C) Un bonus una tantum
- D) L'indennità di accompagnamento

Risposta: B. 850 è la quota integrativa ('assegno di assistenza'), in aggiunta alla quota fissa pari all'accompagnamento.

4. La quota integrativa può essere usata per:

- A) Qualsiasi spesa liberamente
- B) Solo badante regolare o servizi di imprese qualificate**
- C) Solo bollette e affitto
- D) Solo farmaci

Risposta: B. È vincolata: lavoro domestico regolarmente contrattualizzato oppure servizi di cura qualificati, pena decadenza.

5. A chi si presenta la domanda?

- A) Al Comune
- B) Alla Regione
- C) All'INPS**
- D) All'ASL

Risposta: C. Domanda telematica all'INPS, per tutto il periodo di sperimentazione.

6. Fino a quando è prevista la sperimentazione?

A) 31/12/2025

B) 31/12/2026

C) 31/12/2027

D) È già a regime definitivo

Risposta: B. Sperimentale dal 1/1/2025 al 31/12/2026; oltre serve un nuovo intervento normativo.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.inps.it/it/it/dettaglio-scheda.it.schede-servizio-strumento.schede-servizi.decreto-anziani-prestazione-universale.html>

Indennità di accompagnamento, ADI e sanità territoriale (DM 77/2022)

Obiettivo. Padroneggiare gli strumenti che già oggi raggiungono milioni di anziani: l'indennità di accompagnamento (la prestazione economica più diffusa), l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'infrastruttura della sanità territoriale disegnata dal DM 77/2022 (Case della Comunità, COT, telemedicina).

1. L'indennità di accompagnamento: la misura più diffusa

L'**indennità di accompagnamento** (L. 18/1980) è la prestazione economica per la non autosufficienza più capillare in Italia. Ha tre caratteristiche che la rendono unica:

- è **indipendente dal reddito**: non c'è ISEE, non c'è soglia. Spetta anche a chi ha una pensione alta;
- è **indipendente dall'età**: vale per chiunque sia riconosciuto invalido totale e non autosufficiente;
- è **non vincolata** nell'uso: la si può spendere come si crede.

Nel **2025 vale 542,02 euro al mese**, per 12 mensilità (niente tredicesima), circa 6.500 euro l'anno. Requisito: riconoscimento di **invalidità civile totale (100%)** con **impossibilità di deambulare senza aiuto** o incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita. La domanda passa dall'**INPS** con accertamento sanitario delle commissioni. È il pilastro su cui, per gli over-80 gravissimi, si innesta la Prestazione Universale di ieri.

2. L'ADI: la cura a casa

L'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** porta a casa dell'anziano prestazioni **sanitarie e sociali insieme**: infermiere, fisioterapista, medico, e sostegno socio-assistenziale, coordinati in un unico piano. L'obiettivo è la **domiciliarità**: curare la persona nel suo ambiente il più a lungo possibile, ritardando o evitando il ricovero in struttura. È il braccio operativo del principio "la casa come prima opzione" che abbiamo visto nel PAI (giorno 6).

3. Il DM 77/2022: l'ossatura della sanità territoriale

L'ADI non vive nel vuoto: si appoggia all'infrastruttura ridisegnata dal **DM 77/2022** (standard dell'assistenza territoriale, finanziata dal PNRR). I mattoni principali:

- **Case della Comunità** — presidi di prossimità dove trovano posto i servizi socio-sanitari di base; sede naturale del **PUA** (giorno 6);

- **COT — Centrale Operativa Territoriale** — la regia che coordina i passaggi tra ospedale, domicilio e servizi, per evitare che la persona si perda nelle transizioni;
- **Ospedale di Comunità** — struttura intermedia a bassa intensità per chi non serve più l'ospedale ma non è pronto a tornare a casa da solo.

Il DM 77 fissa anche un **obiettivo quantitativo**: prendere in carico in ADI una quota crescente della popolazione anziana, con il traguardo PNRR del **10% degli over-65**. È il numero che rende l'impegno misurabile — e quindi contestabile se disatteso.

4. La telemedicina

Dentro la sanità territoriale entra la **telemedicina**: televisita, telemonitoraggio dei parametri, teleassistenza. Per un anziano fragile in un territorio disperso — pensa alle valli del VCO — può significare evitare viaggi faticosi e tenere sotto controllo le patologie croniche da casa. È una promessa concreta, ma dipende da connettività e organizzazione: dove la rete manca, la telemedicina resta sulla carta.

Verifica critica. Due scarti tra norma e realtà. (1) L'accompagnamento è universale ma statico: 542 euro non bastano a pagare un'assistenza continuativa (una badante convivente costa molto di più), e la sua rivalutazione segue l'inflazione con ritardo. È un sostegno, non una copertura del bisogno. (2) L'ADI ha un obiettivo (10% over-65) più avanti della realtà: la presa in carico effettiva e la sua intensità (ore reali di assistenza) variano moltissimo tra Regioni e spesso l'ADI erogata è di poche ore, prevalentemente sanitarie. Distinguere sempre **copertura** (quante persone) da **intensità** (quanto per ciascuna): un dato alto sulla prima può nascondere un servizio leggero sulla seconda.

In sintesi. Tre strumenti che già operano: l'indennità di accompagnamento (542 euro/mese 2025, senza ISEE né limiti d'età, uso libero), l'ADI (cura sanitaria+sociale a domicilio) e l'infrastruttura del DM 77/2022 (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, telemedicina), con il target del 10% di over-65 in ADI. Sono la base reale su cui poggia tutto il resto. Domani: chi assiste materialmente l'anziano ogni giorno — il caregiver familiare — e le sue (poche) tutele.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. L'indennità di accompagnamento è legata al reddito (ISEE)?

- A) Sì, serve ISEE basso
- B) No, è indipendente dal reddito**
- C) Solo per gli over-80
- D) Solo sotto i 65 anni

Risposta: B. È indipendente da reddito ed età; conta l'invalidità totale con non autosufficienza.

2. Quanto vale l'indennità di accompagnamento nel 2025?

- A) circa 330 euro/mese
- B) circa 542 euro/mese**
- C) 850 euro/mese
- D) 1.000 euro/mese

Risposta: B. 542,02 euro/mese per 12 mensilità nel 2025, circa 6.500 euro l'anno.

3. Cosa significa ADI?

- A) Assegno Domiciliare Integrativo
- B) Assistenza Domiciliare Integrata**
- C) Accompagnamento Diretto Individuale
- D) Azienda per i Disabili

Risposta: B. Assistenza Domiciliare Integrata: prestazioni sanitarie e sociali a casa, in un piano unico.

4. Il DM 77/2022 riguarda:

- A) Le pensioni
- B) Gli standard dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, COT...)**
- C) L'ISEE
- D) Il caregiver

Risposta: B. Fissa gli standard della sanità territoriale: Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, telemedicina.

5. Qual è il traguardo PNRR di presa in carico in ADI?

- A) Il 3% degli over-65
- B) Il 10% degli over-65**
- C) Il 25% degli over-65
- D) Tutti gli over-80

Risposta: B. Obiettivo del 10% della popolazione over-65 presa in carico in ADI.

6. La Case della Comunità è anche la sede naturale di:

A) Il tribunale

B) Il PUA (Punto Unico di Accesso)

C) L'INPS

D) La Prefettura

Risposta: B. Il PUA è collocato di norma nelle Case della Comunità, porta d'accesso ai servizi.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1980-02-11;18>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

Il caregiver familiare: riconoscimento, tutele deboli e confine con la riforma disabilità

Obiettivo. Capire chi è il caregiver familiare per la legge italiana, cosa la riforma anziani gli riconosce (e cosa no), e come si colloca rispetto al D.Lgs 62/2024 sulla disabilità (progetto di vita, valutazione di base). È il tema dove il divario tra riconoscimento simbolico e tutele esigibili è più evidente.

1. Chi è il caregiver familiare

Il **caregiver familiare** è la persona che assiste gratuitamente e in modo continuativo un familiare non autosufficiente. Una **definizione di legge** esiste dal 2017 (L. 205/2017, art. 1 c. 255): è chi si prende cura del coniuge, di un familiare o affine entro i gradi previsti, che sia non autosufficiente o gravemente disabile. È il **pilastro invisibile** del sistema: nella maggioranza dei casi l'assistenza all'anziano non la fa lo Stato, la fa una figlia, un coniuge, spesso anziano a sua volta.

2. Cosa dice la riforma anziani

Il D.Lgs 29/2024 **valorizza il ruolo** del caregiver: lo richiama tra i soggetti da coinvolgere nella presa in carico (il PAI si costruisce con lui, non contro di lui), e lo inserisce tra gli obiettivi di sostegno del sistema. È un riconoscimento importante sul piano dei principi. Ma — ed è il punto — la riforma **non introduce di per sé un pacchetto organico di tutele economiche e previdenziali** nazionali e immediatamente esigibili per il caregiver. Lo nomina, lo valorizza, lo rimanda.

3. Le tutele che ci sono (e quelle che mancano)

Cosa può effettivamente far valere oggi un caregiver:

- **Permessi e congedi (L. 104/1992 e D.Lgs 151/2001):** 3 giorni di permesso mensile e il congedo straordinario fino a 2 anni per assistere un familiare con handicap grave. Questo è esigibile, ma è un istituto lavoristico, pensato per chi ha un lavoro dipendente;
- **Fondo per il caregiver familiare:** esistono risorse dedicate, ripartite alle Regioni, ma limitate e a programmazione locale (chi assiste non ha un diritto soggettivo a un assegno nazionale);
- **Ciò che manca:** una **legge organica nazionale** sul caregiver che dia in modo strutturale copertura previdenziale (contribuzione figurativa), tutela sanitaria e un riconoscimento economico stabile. Un **ddl caregiver** è in discussione da anni, ma non è ancora una legge esigibile.

4. Il confine con la riforma disabilità (D.Lgs 62/2024)

Attenzione a non confondere due riforme parallele. Il **D.Lgs 62/2024** attua la riforma della **disabilità** (delega L. 227/2021) e introduce due novità pesanti: la **valutazione di base** (un nuovo accertamento unico della condizione di disabilità, che sostituisce il vecchio mosaico di visite) e il **progetto di vita** individuale, personalizzato e partecipato. Sono strumenti potenti che possono riguardare anche l'anziano quando la sua condizione rientra nella disabilità. Ma il binario è un altro: la riforma anziani (29/2024) e quella disabilità (62/2024) corrono affiancate e vanno **raccordate**, non sovrapposte.

Verifica critica. Qui il metodo "definito / finanziato / esigibile" è impietoso. Il caregiver è oggi molto definito (esiste una definizione di legge dal 2017) e molto valorizzato a parole nella riforma; ma le tutele esigibili restano quelle indirette e lavoristiche della L. 104, più un Fondo limitato e a discrezione regionale. Non esiste ancora un diritto soggettivo nazionale del caregiver a un sostegno economico e previdenziale strutturale: chi te lo racconta come già acquisito sbaglia. È la promessa più citata e meno mantenuta dell'intero impianto. Come consulente, distingui sempre tra **ciò che il caregiver può già chiedere** (permessi, congedo, Fondo se attivato dalla Regione) e **ciò che ancora attende una legge**.

In sintesi. Il caregiver familiare regge il sistema ma cammina su tutele deboli: definito per legge dal 2017, valorizzato dalla riforma nei principi, ma senza ancora una legge organica nazionale che gli dia copertura previdenziale e un riconoscimento economico stabile. Ciò che è esigibile oggi passa dalla L. 104 (permessi, congedo) e da un Fondo limitato. Da tenere distinto il binario disabilità del D.Lgs 62/2024 (valutazione di base, progetto di vita). Domani seguiamo i soldi: chi finanzia tutto questo.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Da quale legge nasce la definizione di caregiver familiare?

- A) L. 104/1992
- B) L. 205/2017**
- C) D.Lgs 29/2024
- D) L. 18/1980

Risposta: B. La definizione è nell'art. 1 c. 255 della L. 205/2017 (legge di bilancio 2018).

2. La riforma anziani introduce un assegno nazionale strutturale per il caregiver?

- A) Sì, 850 euro al mese
- B) No: lo valorizza ma non crea un diritto soggettivo economico nazionale**
- C) Sì, pari all'accompagnamento
- D) Solo per i caregiver under 40

Risposta: B. Il D.Lgs 29/2024 valorizza il caregiver nei principi ma non istituisce tutele economiche/previdenziali organiche ed esigibili.

3. Quale tutela è oggi effettivamente esigibile per un caregiver lavoratore?

- A) Contribuzione figurativa piena garantita
- B) Permessi e congedo straordinario ex L. 104/1992**
- C) Un reddito di cura universale
- D) Pensione anticipata automatica

Risposta: B. I permessi (3 gg/mese) e il congedo fino a 2 anni sono istituti lavoristici già esigibili; il resto è in gran parte da costruire.

4. Il D.Lgs 62/2024 riguarda principalmente:

- A) Gli anziani non autosufficienti
- B) La riforma della disabilità (valutazione di base, progetto di vita)**
- C) Le pensioni
- D) Il finanziamento del FNA

Risposta: B. Attua la delega sulla disabilità (L. 227/2021): valutazione di base e progetto di vita. Binario parallelo, da raccordare con la riforma anziani.

5. Il 'progetto di vita' è uno strumento tipico di quale riforma?

A) Riforma anziani (29/2024)

B) Riforma disabilità (62/2024)

C) L. 328/2000

D) DM 77/2022

Risposta: B. Il progetto di vita è introdotto dal D.Lgs 62/2024 sulla disabilità; può riguardare anche l'anziano quando la condizione rientra nella disabilità.

6. Qual è la valutazione critica più corretta sul caregiver?

A) Ha già tutte le tutele previdenziali strutturali

B) È molto definito e valorizzato, ma con tutele esigibili ancora deboli

C) Non esiste nell'ordinamento italiano

D) Riceve automaticamente la Prestazione Universale

Risposta: B. Definizione dal 2017 e valorizzazione nei principi, ma manca una legge organica: la promessa più citata e meno mantenuta.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-05-03;62>

Chi paga: Fondo Non Autosufficienze, PNNA 2025-2027 e PNRR

Obiettivo. Seguire i soldi. Capire da dove arrivano le risorse per la non autosufficienza (FNA), come le programma il Piano triennale PNNA 2025-2027, cosa aggiunge il PNRR e perché il vero nodo non è solo quanto si stanziava ma la frammentazione dei canali e la sostenibilità oltre il 2026.

1. Il Fondo per le Non Autosufficienze (FNA)

Il **FNA** è il canale nazionale che finanzia gli interventi sociali per la non autosufficienza. Nasce con la **L. 296/2006** (legge di bilancio 2007) ed è **strutturale**: c'è ogni anno, non è un bonus una tantum. È la gamba sociale del sistema (i servizi degli Ambiti territoriali), distinta dalla gamba sanitaria (finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale). Tienile separate mentalmente: sono due tubi diversi che dovrebbero convergere sulla stessa persona.

2. Il PNNA 2025-2027: il piano che ripartisce

Il FNA non si spende alla cieca: viene programmato dal **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)**, triennale. Il piano vigente è il **PNNA 2025-2027**, adottato con **DPCM del 20/04/2026**. Le risorse FNA per il triennio:

- **2025**: circa **982 milioni**;
- **2026**: circa **935 milioni**;
- **2027**: circa **1.108 milioni**;
- totale triennio: **circa 3 miliardi**.

Due novità del PNNA 2025-2027 da segnare: il **doppio binario** di programmazione anziani/disabili (risorse e criteri distinti per le due platee) e l'introduzione di **soglie ISEE più alte per i casi più gravi** (fino a 65.000 euro per le situazioni di maggiore gravità in alcuni interventi), che allargano la platea rispetto alle soglie storiche molto basse. Il riparto alle Regioni è fissato nelle tabelle allegate al DPCM.

3. Il PNRR: la spinta a termine

Sopra il FNA strutturale si è innestato il **PNRR, Missione 5 Componente 2**, con investimenti dedicati all'autonomia degli anziani non autosufficienti e alla sanità territoriale (le Case della Comunità del DM 77 di due giorni fa arrivano da qui). Il PNRR però ha una caratteristica cruciale: è **una tantum e a scadenza** (fine 2026). Costruisce infrastrutture e avvia servizi, ma **non li finanzia per sempre**.

4. Come arrivano i soldi al territorio

La catena è: Stato (FNA + PNRR) → **Regioni** (che programmano e ripartiscono) → **Ambiti Territoriali Sociali** (che erogano i servizi ai cittadini). Ogni passaggio è un punto in cui le risorse possono rallentare, restare inutilizzate o essere spese in modo disomogeneo. Per un consulente, sapere dove si inceppa la catena vale quanto sapere quanto vale il fondo.

Verifica critica. Tre avvertenze. (1) 3 miliardi sembrano tanti ma vanno pesati: distribuiti su tre anni e su una platea di milioni di non autosufficienti, sono una frazione del bisogno stimato; sindacati (CGIL-SPI incluse) hanno giudicato il PNNA 2025-2027 sotto-finanziato e in ritardo. (2) Il nodo è la frammentazione: FNA sociale + Fondo sanitario + risorse regionali + PNRR sono canali separati, con tempi e regole diversi, che faticano a convergere sul singolo progetto (torna il tema del budget di progetto del giorno 6). (3) La sostenibilità oltre il 2026: quando finisce il PNRR, chi paga la gestione ordinaria dei servizi avviati? È la domanda che distingue un investimento da una promessa. Distingui sempre le risorse **strutturali** (FNA) da quelle **temporanee** (PNRR).

In sintesi. Il finanziamento poggia sul FNA strutturale (L. 296/2006), programmato dal PNNA 2025-2027 (DPCM 20/04/2026, circa 3 miliardi sul triennio, con doppio binario anziani/disabili e nuove soglie ISEE), più la spinta a termine del PNRR M5C2. I soldi scendono Stato → Regioni → Ambiti. I limiti veri: importi sotto il bisogno, canali frammentati, sostenibilità incerta dopo il 2026. Domani scendiamo sul territorio: il Piemonte e il VCO.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Da quale legge nasce il Fondo per le Non Autosufficienze?

- A) L. 328/2000
- B) L. 296/2006**
- C) L. 104/1992
- D) D.Lgs 29/2024

Risposta: B. Il FNA è istituito dalla L. 296/2006 (legge di bilancio 2007) ed è strutturale.

2. Il PNNA 2025-2027 è stato adottato con:

- A) Una legge ordinaria
- B) Un DPCM (20/04/2026)**
- C) Un decreto INPS
- D) Una delibera regionale

Risposta: B. Adottato con DPCM del 20/04/2026; le tabelle allegate fissano il riparto alle Regioni.

3. Quanto vale complessivamente il FNA per il triennio 2025-2027?

- A) circa 500 milioni
- B) circa 1 miliardo
- C) circa 3 miliardi**
- D) circa 10 miliardi

Risposta: C. Circa 3 miliardi sul triennio: 982M (2025) + 935M (2026) + 1.108M (2027).

4. Qual è la differenza chiave tra FNA e PNRR come fonti?

- A) Sono la stessa cosa
- B) Il FNA è strutturale, il PNRR è a termine (una tantum)**
- C) Il PNRR è strutturale, il FNA temporaneo
- D) Nessuno dei due finanzia la non autosufficienza

Risposta: B. FNA = risorsa strutturale annuale; PNRR = spinta temporanea a scadenza 2026. Distinguerle è essenziale per la sostenibilità.

5. Una novità del PNNA 2025-2027 è:

- A) L'abolizione dell'ISEE
- B) Il doppio binario anziani/disabili e nuove soglie ISEE per i casi gravi**
- C) L'eliminazione del FNA
- D) Il finanziamento solo tramite Comuni

Risposta: B. Introduce programmazione a doppio binario e soglie ISEE più alte (fino a 65.000) per i casi di maggiore gravità.

6. La catena di erogazione delle risorse è:

A) Stato -> cittadino diretto

B) Stato -> Regioni -> Ambiti Territoriali Sociali

C) INPS -> Comuni -> ASL

D) Regioni -> Stato -> cittadino

Risposta: B. Stato (FNA+PNRR) -> Regioni (programmano/ripartiscono) -> Ambiti Territoriali (erogano i servizi).

Fonti normative:

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/fondo-per-non-autosufficienza/pagine/default>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2006-12-27;296>

Il livello regionale: Piemonte L.R. 17/2019 e il territorio del VCO

Obiettivo. Portare la riforma a terra. Capire perché in materia socio-assistenziale il livello regionale è decisivo, cosa fa la L.R. Piemonte 17/2019 sull'invecchiamento attivo, e quali caratteristiche del VCO (territorio montano, molto anziano, disperso) rendono qui i servizi più difficili da garantire.

1. Perché la Regione è decisiva

L'abbiamo visto al giorno 2: dopo la riforma del **Titolo V** della Costituzione, l'**assistenza sociale è materia regionale**. Lo Stato fissa i principi e i livelli essenziali (LEPS), ma **chi organizza concretamente i servizi è la Regione**, insieme ai Comuni associati negli Ambiti. Questo spiega perché lo stesso diritto "sulla carta" si traduce in servizi molto diversi tra una regione e l'altra — e perché un consulente deve conoscere la normativa regionale, non solo quella nazionale.

2. La L.R. Piemonte 17/2019: invecchiamento attivo

Il Piemonte ha una legge dedicata all'**invecchiamento attivo**: la **L.R. 17/2019**. Si muove sul versante della **promozione**, non della non autosufficienza grave: punta a valorizzare il ruolo attivo delle persone anziane nella società. I suoi assi tipici:

- promozione della **partecipazione sociale, culturale e civica** degli anziani (volontariato, cittadinanza attiva, trasmissione di competenze);
- **apprendimento permanente** e contrasto all'isolamento;
- **invecchiamento in salute** e prevenzione della fragilità;
- coordinamento tra assessorati e programmazione dedicata.

È la traduzione regionale del principio di **invecchiamento attivo** che sta al cuore anche del D.Lgs 29/2024 (giorno 5): la Regione lavora sul "prima", per allungare gli anni di autonomia e ritardare la fragilità.

3. La non autosufficienza in Piemonte

La L.R. 17/2019 **non copre** da sola la non autosufficienza grave: quella si regge sull'intreccio tra normativa nazionale (FNA, PNNA, accompagnamento, Prestazione Universale) e la **programmazione socio-sanitaria regionale** — la rete delle **RSA** (residenzialità), i servizi di **domiciliarità**, l'integrazione con le ASL. Per l'anziano non autosufficiente del Piemonte contano soprattutto questi canali; l'invecchiamento attivo della 17/2019 è la cornice preventiva che sta a monte.

4. Il VCO: dove la geografia complica tutto

Il **Verbano-Cusio-Ossola** concentra tutte le difficoltà che rendono ardua l'assistenza agli anziani:

- **territorio montano e disperso**: valli, piccoli comuni, distanze reali che pesano su chi deve raggiungere un servizio o esservi raggiunto;
- **popolazione tra le più anziane**: indice di vecchiaia elevato e spopolamento dei centri minori, che riducono la rete di supporto informale;
- **servizi da tenere in equilibrio** tra concentrazione (efficienza) e prossimità (accessibilità): un modello valido in pianura qui può lasciare scoperte intere valli.

È esattamente il contesto in cui strumenti come la **telemedicina** (giorno 9) e una **domiciliarità** ben organizzata fanno la differenza tra un diritto reale e un diritto teorico.

Verifica critica. Due cautele. (1) Sui dati del VCO, verifica sempre la fonte. Indici di vecchiaia, numero di posti in RSA, ore di domiciliarità erogate: sono cifre che vanno prese da **ISTAT, Regione Piemonte, ASL VCO** aggiornate, non citate a memoria — variano nel tempo e per definizione. In un documento, ogni numero territoriale va con la sua fonte e la sua data. (2) Non confondere i piani: la L.R. 17/2019 è promozione dell'invecchiamento attivo, non la risposta alla non autosufficienza grave; attribuirle ciò che non fa è un errore che indebolisce l'analisi. Il diritto esigibile dell'anziano gravemente non autosufficiente in VCO passa dai canali nazionali e dalla programmazione socio-sanitaria regionale, calati su un territorio che ne rende più costosa e fragile l'attuazione.

In sintesi. L'assistenza è materia regionale: la Regione traduce i principi nazionali in servizi reali. In Piemonte la L.R. 17/2019 presidia l'invecchiamento attivo (promozione, partecipazione, prevenzione), mentre la non autosufficienza grave si regge su norme nazionali + programmazione socio-sanitaria (RSA, domiciliarità, ASL). Nel VCO la geografia montana e l'invecchiamento accentuato rendono tutto più difficile: qui domiciliarità e telemedicina sono decisive. I dati territoriali vanno sempre verificati alla fonte. Domani ripasso generale e quiz finale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Dopo la riforma del Titolo V, l'assistenza sociale è materia:

- A) Esclusiva dello Stato
- B) Regionale (con principi/LEPS statali)**
- C) Solo comunale
- D) Solo delle ASL

Risposta: B. L'assistenza sociale è materia regionale; lo Stato fissa principi e livelli essenziali (LEPS).

2. La L.R. Piemonte 17/2019 si occupa principalmente di:

- A) Non autosufficienza grave
- B) Invecchiamento attivo (promozione, partecipazione, prevenzione)**
- C) Pensioni regionali
- D) Edilizia sanitaria

Risposta: B. È una legge sull'invecchiamento attivo: lavora sul 'prima', la promozione e la prevenzione della fragilità.

3. In Piemonte, la non autosufficienza grave è garantita:

- A) Solo dalla L.R. 17/2019
- B) Dall'intreccio tra norme nazionali e programmazione socio-sanitaria regionale (RSA, domiciliarità, ASL)**
- C) Solo dai Comuni
- D) Solo dall'INPS

Risposta: B. La 17/2019 non basta: contano FNA/PNNA/accompagnamento/Prestazione Universale e la rete regionale di RSA e domiciliarità.

4. Quale caratteristica del VCO rende più difficile l'assistenza?

- A) Territorio pianeggiante e popolazione giovane
- B) Territorio montano disperso e popolazione molto anziana**
- C) Alta densità urbana
- D) Assenza di anziani

Risposta: B. Montagna, distanze, piccoli comuni e indice di vecchiaia elevato: la geografia complica prossimità e continuità dei servizi.

5. Quali strumenti sono particolarmente utili in un territorio disperso come il VCO?

- A) Solo i grandi ospedali centralizzati
- B) Telemedicina e domiciliarità ben organizzata**
- C) Nessun servizio a distanza
- D) Solo le RSA

Risposta: B. Dove le distanze pesano, telemedicina e assistenza domiciliare fanno la differenza tra diritto reale e teorico.

6. I dati specifici sul VCO (indice di vecchiaia, posti RSA...) andrebbero:

- A) Citati a memoria
- B) Verificati sempre alla fonte (ISTAT, Regione, ASL) con data**
- C) Ignorati
- D) Stimati a occhio

Risposta: B. Ogni numero territoriale va preso da fonti ufficiali aggiornate e riportato con la sua data: variano nel tempo.

Fonti normative:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita>

<http://arianna.cr.piemonte.it/>

Ripasso generale (settimana 2) + quiz finale

Obiettivo. Consolidare la seconda settimana: dalle misure operative (Prestazione Universale, accompagnamento, ADI, caregiver) al finanziamento (FNA, PNNA, PNRR) fino al territorio (Piemonte, VCO). Fissare la mappa prima del caso pratico finale.

La mappa della settimana 2 in una tabella

Rileggi questa mappa: è l'ossatura delle misure che trasformano i principi in diritti concreti.

Giorno	Concetto-chiave	Da ricordare
8	Prestazione Universale	Over-80, bisogno gravissimo, ISEE $\leq$ 6.000, già titolare di accompagnamento. Vale accompagnamento (circa 542) + 850 di quota integrativa vincolata. INPS, sperimentale 2025-2026. Non è 'solo 850'.
9	Accompagnamento, ADI, DM 77	Accompagnamento: 542/mese 2025, senza ISEE né età, uso libero. ADI: cura a casa. DM 77/2022: Case della Comunità, COT, target 10% over-65 in ADI. Telemedicina.
10	Caregiver familiare	Definito dalla L. 205/2017, valorizzato ma con tutele deboli. Esigibili: permessi/congedo L. 104. Manca legge organica. Distinto dal binario disabilità (D.Lgs 62/2024: valutazione di base, progetto di vita).
11	Finanziamento	FNA strutturale (L. 296/2006). PNNA 2025-2027 (DPCM 20/04/2026): circa 3 mld triennio, doppio binario, soglie ISEE più alte. PNRR M5C2: a termine (2026). Catena Stato-Regioni-Ambiti.
12	Territorio	Assistenza = materia regionale. L.R. Piemonte 17/2019: invecchiamento attivo (non la non autosufficienza grave). VCO: montano, molto anziano; domiciliarità e telemedicina decisive. Dati sempre alla fonte.

I tre errori da non fare (blindatura)

- Dire che la **Prestazione Universale "dà 850 euro"**: sono la quota integrativa, in aggiunta all'accompagnamento. E raggiunge una platea ristretta.
- Presentare le **tutele del caregiver** come già acquisite: al di là dei permessi L. 104, la legge organica manca ancora.
- Attribuire alla **L.R. 17/2019** la risposta alla non autosufficienza grave: è invecchiamento attivo, cornice preventiva.

In sintesi. Le misure operano su tre livelli intrecciati: cosa spetta (Prestazione Universale, accompagnamento, ADI, tutele caregiver), chi paga (FNA/PNNA/PNRR) e chi organizza (Regione/Ambiti sul territorio). Ora fissa la mappa con il quiz cumulativo. Lunedì, l'ultimo giorno: un caso pratico che mette tutto in fila su una persona reale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. La quota integrativa della Prestazione Universale (850 euro):

- A) È libera nell'uso
- B) È vincolata a badante regolare o servizi qualificati**
- C) È l'importo totale della misura
- D) Sostituisce l'ISEE

Risposta: B. È vincolata a lavoro domestico regolare o servizi qualificati, pena decadenza; e si aggiunge all'accompagnamento.

2. L'indennità di accompagnamento 2025 è pari a circa:

- A) 330 euro
- B) 542 euro**
- C) 850 euro
- D) 1.108 euro

Risposta: B. 542,02 euro/mese per 12 mensilità nel 2025.

3. Il target PNRR di presa in carico in ADI è:

- A) 3% over-65
- B) 10% over-65**
- C) 50% over-80
- D) Nessun target

Risposta: B. Obiettivo del 10% della popolazione over-65 in ADI.

4. La definizione di caregiver familiare risale a:

- A) L. 104/1992
- B) L. 205/2017**
- C) D.Lgs 62/2024
- D) DM 77/2022

Risposta: B. Art. 1 c. 255 della L. 205/2017.

5. Il 'progetto di vita' appartiene a quale riforma?

- A) Anziani (29/2024)
- B) Disabilità (62/2024)**
- C) Sanità territoriale (DM 77)
- D) L. 328/2000

Risposta: B. È introdotto dal D.Lgs 62/2024 sulla disabilità, binario da raccordare con quello anziani.

6. Il FNA è finanziato in modo:

- A) Una tantum come il PNRR
- B) Strutturale (annuale), dalla L. 296/2006**
- C) Solo regionale
- D) Solo tramite INPS

Risposta: B. È una risorsa strutturale annuale; il PNRR è invece a termine.

7. Il PNNA 2025-2027 stanza complessivamente circa:

- A) 500 milioni
- B) 1 miliardo
- C) 3 miliardi**
- D) 10 miliardi

Risposta: C. Circa 3 miliardi sul triennio (982+935+1.108 milioni).

8. La L.R. Piemonte 17/2019 riguarda:

- A) La non autosufficienza grave
- B) L'invecchiamento attivo**
- C) Le RSA
- D) L'ISEE regionale

Risposta: B. È una legge di promozione dell'invecchiamento attivo, non la risposta alla non autosufficienza grave.

9. Nel VCO gli strumenti più utili per un territorio disperso sono:

- A) Solo ospedali centralizzati
- B) Telemedicina e domiciliarità organizzata**
- C) Nessun servizio a distanza
- D) Solo trasferimenti economici

Risposta: B. Le distanze montane rendono decisive telemedicina e assistenza domiciliare.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.inps.it/it/it/dettaglio-scheda.it.schede-servizio-strumento.schede-servizi.decreto-anziani-prestazione-universale.html>

Caso pratico: dall'accesso alla Prestazione Universale ai diritti esigibili

Obiettivo. Mettere in fila tutto il percorso su una persona reale: come si accede al sistema, come si valuta il bisogno, come si costruisce la risposta e quali diritti sono davvero esigibili. È la prova che trasforma le 13 lezioni in un metodo operativo.

Il caso

Signora M., 82 anni, residente in un piccolo comune del VCO. Vedova, vive sola in una casa di valle. Nell'ultimo anno ha perso autonomia: non deambula senza aiuto, non gestisce farmaci e igiene personale. La figlia, che lavora e abita a Verbania, la assiste nei fine settimana. ISEE sociosanitario: **5.500 euro**. Nessuna prestazione in corso. La figlia si rivolge a te: "Cosa possiamo chiedere, e da dove si comincia?"

Passo 1 - L'accesso: il PUA

Non si parte dalla domanda di un beneficio, si parte dall'**accesso al sistema**. Indirizzi la figlia al **PUA - Punto Unico di Accesso** (giorno 6), di norma nella **Casa della Comunità** di riferimento (DM 77/2022, giorno 9). Qui si presenta il bisogno e si attiva la macchina della presa in carico, senza rimbalzi tra Comune e ASL.

Passo 2 - La valutazione multidimensionale

Il PUA attiva la **valutazione multidimensionale unificata** (giorno 6): un'equipe integrata valuta condizione clinica, autonomia funzionale (ADL/IADL), stato cognitivo e situazione sociale e abitativa. È il momento in cui il bisogno della signora M. viene **misurato**, non solo dichiarato. In parallelo, per le prestazioni economiche nazionali, va avviato l'**accertamento sanitario INPS** dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento (binario distinto: giorno 6 e 9).

Passo 3 - Il progetto: il PAI

Dall'esito nasce il **PAI - Progetto di Assistenza Individuale** (giorno 6): personalizzato, integrato (sociale + sanitario), **partecipato** con la signora e la figlia, orientato alla **domiciliarità**. In concreto può combinare **ADI** (infermiere, fisioterapista a casa), servizi sociali del Comune, e — dato il territorio di valle — **telemedicina** per il monitoraggio (giorno 9).

Passo 4 - Le prestazioni economiche

Ora i diritti economici, nell'ordine giusto:

- **Indennità di accompagnamento** (giorno 9): riconosciuta l'invalidità totale con non autosufficienza, spetta a prescindere dal reddito. Circa **542 euro/mese** (2025), uso libero. È il primo mattone.
- **Prestazione Universale** (giorno 8): la signora M. ha **82 anni** (> 80), **ISEE 5.500** (< 6.000), un **bisogno gravissimo** e — una volta ottenuta — la **titolarità dell'accompagnamento**. Ha i requisiti. Domanda all'INPS: riceverebbe l'accompagnamento più gli **850 euro** di quota integrativa, da usare per una badante regolare o servizi qualificati.

Passo 5 - Il caregiver e il territorio

La figlia è una **caregiver familiare** (giorno 10): se lavoratrice dipendente, può attivare **permessi e congedo ex L. 104**. Oltre a questo, le tutele strutturali restano deboli: va detto con onestà. Sul territorio, la qualità della risposta dipenderà dalla rete VCO (giorno 12) e dalle risorse che arrivano via **FNA/PNNA** agli Ambiti (giorno 11).

Verifica critica (i diritti davvero esigibili). Mettiamo in fila cosa la signora M. può pretendere e cosa sperare. **Esigibili:** l'accesso al PUA, la valutazione multidimensionale e il PAI (sono LEPS, la loro assenza è contestabile); l'indennità di accompagnamento se accertata l'invalidità; la Prestazione Universale se sussistono tutti i requisiti (diritto, non discrezione). **Più incerti:** l'intensità reale dell'ADI (quante ore), che dipende dall'organizzazione locale; le tutele piene del caregiver, ancora prive di legge organica; la continuità dei servizi dopo il PNRR. Il compito del consulente è proprio questo: separare ciò che si **pretende** da ciò che si **negozia**, e non promettere alla famiglia ciò che la norma non garantisce.

In sintesi (il metodo in cinque passi). 1) Accesso al PUA (Casa della Comunità). 2) Valutazione multidimensionale unificata + accertamento INPS. 3) PAI personalizzato, integrato, domiciliare. 4) Prestazioni economiche: accompagnamento, poi Prestazione Universale se ci sono i requisiti. 5) Caregiver (L. 104) e rete territoriale. Sopra tutto, la bussola: distinguere sempre il diritto **esigibile** dalla prestazione **discrezionale**, e citare la norma che lo fonda. Qui finisce il percorso: hai la cornice, gli strumenti e il metodo per accompagnare una persona anziana e la sua famiglia dentro il sistema dei diritti.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Il primo passo corretto per la signora M. è:

- A) Fare subito domanda di Prestazione Universale
- B) Rivolgersi al PUA per l'accesso e la valutazione**
- C) Chiamare un avvocato
- D) Cercare una RSA

Risposta: B. Si parte dall'accesso al sistema (PUA), che attiva la valutazione multidimensionale; le domande economiche vengono dopo/in parallelo.

2. La valutazione multidimensionale e l'accertamento INPS sono:

- A) La stessa cosa
- B) Due binari distinti (servizi territoriali vs prestazioni economiche)**
- C) Alternativi tra loro
- D) Entrambi gestiti dal Comune

Risposta: B. La valutazione apre il PAI e i servizi; l'accertamento INPS apre invalidità e accompagnamento. Vanno tenuti distinti.

3. La signora M. (82 anni, ISEE 5.500, bisogno gravissimo, con accompagnamento) rispetto alla Prestazione Universale:

- A) Non ha i requisiti
- B) Ha tutti i requisiti: è un diritto**
- C) Deve avere almeno 85 anni
- D) Serve ISEE sotto 3.000

Risposta: B. Soddisfa i quattro requisiti cumulativi: età, bisogno gravissimo, ISEE sotto 6.000, titolarità accompagnamento.

4. Il PAI della signora M. dovrebbe essere orientato prioritariamente a:

- A) Il ricovero immediato in RSA
- B) La domiciliarità (cura a casa)**
- C) La sola prestazione economica
- D) Nessun servizio

Risposta: B. Il PAI è orientato alla domiciliarità: la casa come prima opzione, la struttura come scelta ponderata.

5. Quali diritti sono pienamente esigibili nel caso?

A) Nessuno

B) PUA/valutazione/PAI (LEPS), accompagnamento se accertato, Prestazione Universale se requisiti

C) Solo le tutele del caregiver

D) Solo la telemedicina

Risposta: B. Sono LEPS o diritti a requisiti definiti; l'intensità dell'ADI e le tutele piene del caregiver restano più incerte.

6. La figlia caregiver, se lavoratrice dipendente, può attivare:

A) Un assegno caregiver nazionale strutturale

B) Permessi e congedo ex L. 104/1992

C) La Prestazione Universale a suo nome

D) L'indennità di accompagnamento per sé

Risposta: B. Le tutele oggi esigibili sono i permessi e il congedo della L. 104; manca ancora una legge organica sul caregiver.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024-03-15;29>

<https://www.inps.it/it/it/dettaglio-scheda.it.schede-servizio-strumento.schede-servizi.decreto-anziani-prestazione-universale.html>