



Documento dell'Unione Generale del Lavoro di analisi del disegno di legge contenente delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

Audizione del 8 febbraio 2023 presso la 10^a Commissione del Senato

Il disegno di legge delega in materia di politiche per le persone anziane è un atto utile, necessario e condivisibile nelle finalità, in quanto è fondamentale ridare equità ed efficienza all'intero sistema che regola i servizi a carattere sociale, assistenziale e sociosanitario.

A fronte del progressivo invecchiamento della nostra società, sui territori si registra una difficoltà ad assicurare gli stessi livelli essenziali delle prestazioni per ragioni complesse, che rimandano, in molti casi, alla carenza di risorse professionali, compresi gli amministrativi, e finanziarie e, in altri, alla difficoltà degli Ambiti territoriali sociali ad intercettare il disagio delle persone.

L'aver posto l'accento sull'analisi multidimensionale della persona anziana, in questo senso, è decisivo poiché permette di uscire dalla logica meramente sanitaria con la quale spesso viene trattata la terza età, come pure da una impostazione che guarda alla non autosufficienza esclusivamente o quasi come assenza di un adeguato sostegno economico. In altri termini, occorre prendere coscienza del fatto del disagio vissuto da molti anziani che, pur in buona salute e con una entrata reddituale tale da assicurare una vita dignitosa, lamentano il peso dell'assenza di relazioni umane.

Correttamente, il disegno di legge pone l'attenzione sugli anziani e sugli anziani non autosufficienti, senza però fornire una precisa indicazione di cosa debba intendersi con tali definizioni ai fini dell'applicazione delle misure contenute nel testo. Sarebbe quindi importante integrare il provvedimento con una puntuale definizione delle due categorie, in quanto da tale definizione derivano delle conseguenze in termini di misure da adottare e, soprattutto, una esatta valutazione delle risorse finanziarie e professionali da destinare all'attuazione delle stesse. La mancanza di puntuali definizioni numeriche e territoriali, assieme ad una conseguente carenza di incrocio tra le banche dati, continua a provocare, nonostante le nostre reiterate richieste di perimetrazione dell'azione, o una carenza endemica di fondi strutturali o in alcuni casi, addirittura lo spreco di preziosissime risorse finanziarie che finiscono con l'essere sprecate o non usate: fino a quando non ci saranno dati certi sulla reale proporzione tra status, patologia, condizione di disabilità e territorialità, non potranno essere predisposti interventi efficaci. L'articolo 8 chiarisce quali sono le fonti di finanziamento degli interventi previsti agli articoli precedenti, insistendo sul concetto di neutralità finanziaria. È di tutta evidenza, però, che né le risorse ordinarie né quelle straordinarie nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza sono sufficienti per ridurre il gap fra i territori, per cui è auspicabile che già nel Documento di economia e finanza e poi nella Legge di bilancio sia rafforzata la dotazione complessivamente a disposizione.



Contemporaneamente, il presente disegno di legge potrebbe rappresentare l'occasione per superare alcuni vincoli procedurali nella definizione dei bilanci degli enti locali, con particolare riferimento alla gestione delle risorse non impegnate e destinate ad essere vincolate; la peculiarità stessa dei servizi sociali dovrebbe, però, essere valorizzata anche sotto questo profilo, introducendo una maggiore flessibilità al fine di assicurare la continuità assistenziale.

In aggiunta, è anche opportuna una doppia riflessione sugli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza. In primo luogo, gli investimenti previsti alle Missioni 5 e 6 non riguardano l'intero territorio nazionale. Il progetto per la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti interessa la metà degli Ambiti territoriali sociali, mentre la dislocazione delle Casa di comunità è rimessa alle Aziende sanitarie tenendo conto della loro valutazione dei servizi già presenti sul territorio. In secondo luogo, i fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza sono in larga parte indirizzati verso la realizzazione delle strutture, attraverso nuove costruzioni o ristrutturazioni, mentre poco è riservato alla gestione. Già dal 2026, in assenza di ulteriori stanziamenti, gli Ambiti territoriali sociali potrebbero non essere in condizioni di garantire i servizi previsti dalla Missione 5, mentre, senza una revisione delle regole stringenti che disciplinano le assunzioni nel pubblico impiego, le Aziende sanitarie si troverebbero a non avere personale a sufficienza da impiegare nelle nuove strutture.

Il disegno di legge dovrebbe altresì prevedere una corretta e puntuale definizione di cosa debba intendersi con il concetto di invecchiamento attivo, un rafforzamento del ruolo sociale dei centri anziani, pure in un'ottica di valorizzazione delle esperienze generazionali, e un chiaro indirizzo in merito alla gestione amministrativa degli Ambiti territoriali sociali, superando così la dicotomia fra comune capofila e gestione consortile. Rispetto all'invecchiamento attivo, tenendo conto anche delle indicazioni dell'Agenzia europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, è opportuno un focus sui lavoratori anziani per favorire l'adozione di misure organizzative, compreso il ricorso al lavoro agile, che riducano l'impatto diretto e indiretto dei carichi di lavoro. Utile inoltre l'avvio e il potenziamento delle attività di informazione e comunicazione contro il gioco patologico e le frodi, comprese quelle informatiche. Utile anche una maggiore integrazione fra welfare aziendale e welfare territoriale.

In questo senso, è fondamentale assicurare la partecipazione del sindacato alla definizione degli schemi di decreti legislativi.

Da ultimo, si richiama l'attenzione sulla necessità di avviare un reale recupero del potere d'acquisto delle pensioni: un tema solo apparentemente lontano dalla finalità di questo disegno di legge, ma che incide profondamente sulla qualità della vita degli anziani, sia in termini di cure sanitarie sia con riferimento alle opportunità di socializzazione delle persone.



Articolo	Contenuto	Osservazioni
Art. 1 – Definizioni	Sono indicate le definizioni ai fini della applicazione della presente legge. In particolare, le definizioni riguardano i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), gli Ambiti territoriali sociali (ATS), i Punti unici di accesso (PUA), i progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI), i Livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria (LEA), i caregiver familiari.	Le definizioni sono accompagnate dal riferimento alla normativa vigente. Si reputa opportuno, già in questo articolo, formulare una corretta definizione di cosa debba intendersi per persona anziana e per persona anziana non autosufficiente. Sempre in questo articolo, è possibile fornire una definizione di cosa debba intendersi per invecchiamento sano e attivo. Attenzione deve essere posta alle categorizzazioni, per interventi mirati, su eventuali condizioni di patologia o disabilità, ben diversi tra loro, per soluzioni e metodologie.
Art. 2 – Oggetto, principi e criteri direttivi generali e istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana	La presente legge contiene deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche con riferimento alle Missioni 5 e 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Nell’esercizio della delega, il Governo tiene conto di dieci principi e criteri direttivi generali. In sintesi: a) promozione del valore umano, sociale, culturale e economico della persona a prescindere dall’età e dalle condizioni; b) promozione delle attività di partecipazione e di solidarietà dalle persone anziane anche in un’ottica di solidarietà generazionale e di superamento dei divari territoriali; c) promozione di interventi per contrastare la solitudine e la deprivazione relazione delle persone anziane anche con il coinvolgimento attivo del terzo settore; d) diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cura presso il proprio domicilio nei limiti della programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale; e) promozione della valutazione multidimensionale delle capacità e dei bisogni in un’ottica di presa in carico e nell’ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e delle facoltà assunzionali degli enti; f)	I criteri e i principi direttivi sono largamente condivisibili; chiaramente è necessario capire come nel concreto tali principi verranno sviluppati. Si pensi, ad esempio, alla questione dell’invecchiamento attivo e sano, aspetto sul quale insiste molto anche l’Agenzia europea per la salute e la sicurezza e l’Inail, focal point nazionale. Le indagini sembrano confermare l’impressione è che soltanto attraverso l’adozione di uno stile di vita sano già a partire dai 35 anni è possibile limitare il successivo insorgere di malattie invalidanti e croniche. È anche utile prevedere un momento di confronto fra il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana e il partenariato economico e sociale.



diritto alla somministrazione di cure palliative e presso hospice; g) promozione dell'attività sportiva nella popolazione anziana per un invecchiamento sano; h) riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità per favorirne l'inclusione; i) promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere psico-sociale delle famiglie con anziani fragili o non autosufficienti con una migliore allocazione delle risorse disponibili a legislazione vigente; l) rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti. Per effetto del comma 3, è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA). In particolare, il CIPA: a) previa intesa in sede di Conferenza unificata e sentite le parti sociali e le associazioni di settore, adotta triennialmente il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, con la successiva adozione dei corrispondenti Piani regionali e locali; b) promuove l'armonizzazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio con i LEA; c) promuove l'integrazione dei sistemi informativi e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali; è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della



	<p>salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie, dell'economie e delle finanze o da loro delegati. Partecipano anche gli altri Ministri eventualmente interessati dalle singole misure. È atteso un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. Non sono previsti nuovi o maggiori oneri per il funzionamento del CIPA.</p>	
<p>Art. 3 – Invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità</p>	<p>Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità. Nello specifico, i principi e i criteri direttivi riguardo all'invecchiamento attivo e alla promozione dell'autonomia delle persone anziane sono i seguenti: 1) promozione della salute e della cultura della prevenzione nell'arco di tutta la vita con campagne informative nelle scuole e nei luoghi di lavoro; 2) promozione di programmi e percorsi per contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione e la deprivazione relazionale e affettiva; 3) promozione di interventi di sanità preventiva presso il domicilio; 4) promozione dell'impiego delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato; 5) promozione di azioni per l'autonomia e la mobilità nei contesti urbani ed extraurbani con superamento degli ostacoli e la fruizione degli spazi verdi; 6) promozione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare fra persone anziane (senior co-housing) ed intergenerazionale (co-housing intergenerazionale); 7) promozione di azioni di alfabetizzazione informatica; 8) promozione e attuazione di percorsi per il</p>	<p>Molto interessante il riferimento alla promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita con campagne informative nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Tali campagne andrebbero estese anche in altri luoghi di aggregazione, in particolare nei centri anziani, così da alimentare una maggiore consapevolezza dei rischi e delle attività da porre in essere per ridurre tali rischi. Il punto 8) guarda all'attività sportiva; gli stessi benefici, però, si possono avere attraverso altre manifestazioni dello spirito umano, ad iniziare dalla cultura, per cui il punto stesso andrebbe esteso. Condivisibile la previsione di una valorizzazione delle attività degli studenti in favore degli anziani. L'accesso alla valutazione multidimensionale non può essere rivolta soltanto alle persone di età superiore a 80 anni o alla persona anziana affetta da patologia cronica, ma dovrebbe poter accompagnare il passaggio dalla vita lavorativa alla pensione.</p>



	<p>mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali mediante l'attività sportiva; 9) promozione del turismo del benessere e del turismo lento. Con riguardo agli interventi per la solidarietà e la coesione fra generazioni, i principi e i criteri direttivi sono i seguenti: 1) sostegno e promozione delle esperienze di solidarietà e culturali per la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale; 2) promozione delle relazioni fra generazioni lontane attraverso il riconoscimento delle esperienze di volontariato per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado (punto 2.1) e per gli studenti universitari (punto 2.2). infine, con riguardo alla prevenzione della fragilità, i principi e i criteri direttivi sono: 1) possibilità per le persone con più di 80 anni o anziane con patologie croniche suscettibili di aggravamento di accedere ad una valutazione multidimensionale su segnalazione dei medici di medicina generale, della rete ospedaliera, dei comuni e degli ATS; 2) all'esito della valutazione multidimensionale, intervento del PUA per l'accesso ai servizi.</p>	
Art. 4 – Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti	<p>Il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti in linea anche gli obiettivi del Pnrr. In aggiunta, sono individuati i seguenti principi e criteri direttivi: a) adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente, tenendo conto di età, condizione di fragilità, eventuale disabilità pregressa, in coerenza con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e in linea con l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali</p>	<p>Il citato articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea è relativo ai diritti degli anziani e recita testualmente: "L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale".</p> <p>Rispetto a questa parte del provvedimento, la delega potrebbe essere implementata attraverso: 1) una più puntuale definizione di persona anziana non autosufficiente; 2) con la previsione di più stringenti relazioni fra i diversi livelli di competenze, in ragione della attuale difficoltà di correlazione fra Ambiti</p>



	<p>dell'Unione europea; b) definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) per la programmazione integrata, la valutazione e il monitoraggio degli interventi statali e territoriali, con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore e con intervento del CIPA a livello centrale (punto 1), degli assessori regionali, dei comuni e delle aziende sanitarie territoriali (punto 2) e degli ATS e dei distretti sanitari a livello locale (punto 3); c) adozione di un sistema di monitoraggio dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti, di un sistema sanzionatorio correlato e di meccanismi di interventi sostitutivi; d) coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari; e) promozione su tutto il territorio nazionale di un omogeneo sviluppo degli ATS, come sede operativa dei servizi sociali degli enti locali e per lo svolgimento omogeneo delle funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti, regolarmente soggiornanti e dimoranti presso il comune; f) promozione dell'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS; g) semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi e messa a disposizione di PUA presso le Case della comunità; h) semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione delle condizioni della persona anziana non autosufficiente con riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto attraverso: 1) la previsione di una valutazione multidimensionale unificata per l'identificazione dei fabbisogni della persona e della</p>	<p>territoriali e Azienda sanitarie; 3) con l'indicazione di un modello di gestione unificato per il superamento dell'attuale dicotomia fra gestione consortile e con comune capofila, previo confronto con le regioni.</p>
--	--	---



famiglia per l'accesso alle prestazioni di competenza statale in sostituzione della procedura di accertamento dell'invalidità civile e ai benefici della legge 104/1992 e della legge 18/1980; lo svolgimento presso i PUA della valutazione da parte della UVM, finalizzata a definire il PAI; 3) la previsione del budget di cura e assistenza per le risorse complessivamente attivabili per l'attuazione del PAI; i) adozione di criteri e indicatori per il monitoraggio delle tipologie di prestazioni per le persone anziane non autosufficienti ricomprese nei LEPS; l) integrazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio assistenza domiciliare (SAD) con il coinvolgimento degli ATS e del servizio sanitario nazionale, nei limiti della capienza e della destinazione delle risorse, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire progressivamente l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura con l'integrazione Asl e comuni (punto 1), la razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sociosanitarie in ragione delle condizioni dell'anziano (punto 2) e l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati ai bisogni e alle capacità della persona anziana non autosufficiente (punto 3); m) con riferimento ai servizi semiresidenziali, promozione di servizi complementari di sostegno con risposte diversificate in base ai singoli profili; n) con riferimento ai servizi residenziali, previsione di misure per assicurare adeguati livelli di intensità assistenziale anche attraverso la rimodulazione della dotazione di personale in funzione della numerosità degli anziani residenti e in ragione della qualità



	<p>degli ambienti di vita; o) revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici o privati anche del terzo settore; p) per favorire le migliori condizioni di vita delle persone con pregressa disabilità, riconoscimento del diritto: 1) ad accedere ai servizi e con divieto di dimissione o di esclusione a seguito dell'ingresso nell'età anziana; 2) ad accedere, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, senza ulteriore attivazione di un nuovo percorso di accertamento.</p>	
<p>Art. 5 – Delega al Governo in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti</p>	<p>Il Governo è delegato ad adottare entro il 31 gennaio 2024 uno o più decreti legislativi per assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. I decreti sono improntati anche ai seguenti principi e criteri direttivi: a) per il potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti prevedere: 1) l'introduzione, a richiesta, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale, erogabile, a scelta, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona con assorbimento dell'indennità di accompagnamento (articolo 1, legge 18/1980) e delle altre indennità diverse erogate dagli ATS per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza (art. 1, comma 164, legge 234/2021), di importo comunque non inferiore alle predette indennità; 2) la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali al fine di</p>	<p>Il limite principale dell'articolo 5 è che gli interventi sono con invarianza dei costi, per cui è complesso immaginare un rafforzamento della capacità di garantire la domiciliarità degli anziani e degli anziani non autosufficienti. È pur vero, laddove viene a realizzarsi concretamente un miglioramento delle condizioni di vita della persona, si ha un risparmio di risorse da parte degli enti locali e degli ATS, per cui parte della minore spesa per il ricovero in strutture residenziali può essere indirizzata verso il rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Al momento, per una serie di ragioni diverse, è difficile avere una misura standard nazionale sui costi per i servizi alla persona, in quanto la sola applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro non è sufficiente ad avere un quadro esaustivo. Assolutamente condivisibile il richiamo alla necessità di migliorare la qualità del rapporto di lavoro di assistenza domiciliare. Il punto 2 della lettera b) andrebbe esteso anche ad altre professionalità, ad iniziare da figure come il logopedista e lo psicologo. Molto interessate la previsione relativa alla certificazione delle competenze maturate nel corso dell'attività di</p>



	<p>sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente; b) definire le modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane con: 1) definizione di percorsi formativi per lo svolgimento professionale delle attività di cura e assistenza delle persone anziane non autosufficienti presso i servizi territoriali, a domicilio, nei centri semiresidenziali e residenziali; 2) identificazione dei fabbisogni regionali per assistenti sociali e pedagogisti; c) prevedere, al fine del miglioramento delle condizioni di vita dei caregiver familiari: 1) la ricognizione e la ridefinizione della normativa di settore; 2) la promozione di interventi diretti per la certificazione delle competenze acquisite nel corso dell'esperienza assistenziale; 3) forme di partecipazione delle rappresentanze dei caregiver familiari nella programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria ai vari livelli di governo.</p>	<p>caregiver familiare, in quanto potrebbe favorire una futura occupazione. È utile, in questo senso, il coinvolgimento degli enti paritetici per la formazione continua.</p>
<p>Art. 6 – Procedimento per l'adozione dei decreti legislativi</p>	<p>Gli schemi di decreti legislativi sono trasmessi alle Camere per il parere delle competenti commissioni da emanarsi entro 30 giorni dal ricevimento degli stessi; è possibile una proroga di 45 giorni del termine di scadenza per l'emanazione dei decreti legislativi. Entro dodici mesi, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive.</p>	<p>Si tratta dell'iter normalmente adottato per la definizione dei decreti legislativi; naturalmente, l'auspicio è quello di un coinvolgimento delle parti sociali nella fase preparatoria dei testi.</p>
<p>Art. 7 – Clausola di salvaguardia</p>	<p>Le disposizioni si applicano tenendo conto di quanto previsto negli statuti delle regioni a statuto speciale e delle province autonome.</p>	<p>Si tratta di una disposizione tecnica necessaria ad assicurare il perseguimento degli obiettivi della norma su tutto il territorio nazionale.</p>
<p>Art. 8 – Disposizioni finanziarie</p>	<p>All'attuazione degli articoli 2, 3, 4 e 5, si provvede mediante le risorse derivanti dal riordino e dalla modificazione delle misure contenute: a) nel Fondo per le non autosufficienze, nel Fondo nazionale per le politiche sociali e nel Fondo per</p>	<p>Il semplice riordino delle risorse già disponibili a legislazione vigente non è sufficiente ad assicurare una migliore e più efficace copertura dei servizi. È necessario ipotizzare un intervento con la Legge di bilancio, così da avere a disposizione maggiori</p>



	<p>la lotta alla povertà, limitatamente alle risorse destinate alle prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti; b) nel Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, sempre limitatamente alle risorse destinate alle prestazioni in favore delle persone anziane e anziane non autosufficienti; c) nel Fondo per il finanziamento delle attività di informazione e comunicazione a sostegno della componente anziana dei nuclei familiari. Alla realizzazione degli obiettivi, concorrono anche: le risorse del Pnrr, relativamente alle Missioni 5, componente 2, investimento 1.1 (prevenzione della istituzionalizzazione degli anziani) e 6, componente 1 (Case della comunità; potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina; Ospedali di comunità), e del Programma nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027. Per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, si fa sempre riferimento alle risorse del Fondo sanitario nell'ambito dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria. Per effetto del comma 4, gli schemi di decreto legislativo sono accompagnati da una relazione tecnica che certifica la neutralità finanziaria; laddove fosse necessaria una copertura finanziaria, la compensazione deve essere preventiva o contestuale alla data di entrata in vigore del provvedimento legislativo. Il comma 5 esclude nuovi oneri.</p>	<p>risorse, sul modello di quanto già messo in campo, ad esempio, con l'assegno unico e universale. Il richiamo alle risorse del Pnrr è sicuramente corretto; occorre però ricordare che l'investimento 1.1 della componente 2 della Missione 5 copre soltanto la metà degli ATS, al netto poi della capacità degli stessi di passare dalla fase progettuale a quella della realizzazione concreta. Anche la Missione 6 presenta lo stesso limite di copertura. Inoltre, è opportuno richiamare una questione ad oggi irrisolta: gli investimenti prevedono, di norma, un intervento sugli immobili, da realizzare o da ristrutturare, e una piccola quota parte per la gestione triennale del servizio stesso. Già nel 2026, quindi, gli enti locali, gli ATS e le Aziende sanitarie potrebbero trovarsi in difficoltà, in quanto carenti delle risorse per gestire il servizio. Una problematica cui è necessario prestare attenzione fin da ora, come pure è fondamentale rivedere la normativa sulle assunzioni, soprattutto con riferimento al personale da inserire nelle strutture realizzate con la Missione 6 (Salute), visto che quelle della Missione 5 (Politiche sociali) potrebbero essere gestite attraverso il coinvolgimento del Terzo settore e del mondo cooperativo.</p>
Art. 9 – Entrata in vigore	La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale.	La data di entrata in vigore è strettamente connessa all'esercizio della delega.