dossier

XIX Legislatura

5 febbraio 2024

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane

A.G. 121

Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Senato della Repubblica

SERVIZIO STUDI
TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it - 𝕏@SR_Studi
Dossier n. 229

Camera dei deputati

SERVIZIO STUDI
Dipartimento Affari sociali
TEL. 06 6760-3266 - ✉ st_affarisociali@camera.it - 𝕏@CD_sociale

Atti del Governo n. 121

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

I N D I C E

PREMESSA E SINTESI DEL CONTENUTO 5

SCHEDE DI LETTURA 13

Articolo 1 *(Oggetto e finalità)* 15

Articolo 2 *(Definizioni)* 16

Articolo 3 *(Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)* 20

Articolo 4 *(Misure per l'invecchiamento attivo, la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane)* 23

Articolo 5 *(Sicurezza sul lavoro e lavoro agile per i soggetti anziani)* 26

Articolo 6 *(Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, dello scambio intergenerazionale e della solidarietà tra generazioni)* 28

Articolo 7 *(Promozione della mobilità delle persone anziane)* 32

Articolo 8 *(Misure volte a favorire il turismo del benessere e il turismo lento)* 34

Articolo 9 *(Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane)* 36

Articolo 10 *(Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane)* 40

Articolo 11 *(Promozione, mediante le istituzioni scolastiche e universitarie, dell'incontro e del dialogo intergenerazionale e trasmissione del patrimonio culturale immateriale)* 41

Articolo 12 *(Misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana)* 44

Articolo 13 *(Misure per incentivare la relazione con animali da affezione)* 46

Articolo 14 *(Progetti di servizio civile universale in favore delle persone anziane)* 49

Articoli 15 e 16 *(Linee guida, criteri e standard in materia di* senior cohousing *e di* cohousing *intergenerazionale)* 50

Articoli 17 e 18 *(Finanziamento di iniziative progettuali di coabitazione e monitoraggio)* 53

Articolo 19 *(Rete dei servizi di facilitazione digitale)* 56

Articolo 20 *(Percorsi nell'ambito degli istituti scolastici per ridurre il divario digitale)* 58
Articolo 21 *(Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente)* 59
Articolo 22 *(Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS))* 65
Articolo 23 *(Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS))* 68
Articolo 24 *(Funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS))* 72
Articolo 25 *(Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale)* 76
Articolo 26 *(Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali)* 80
Articolo 27 *(Valutazione multidimensionale unificata)* 82
Articolo 28 *(Attività dei PUA e piattaforma digitale)* 89
Articolo 29 *(Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)* 93
Articolo 30 *(Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali)* 97
Articolo 31 *(Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)* 99
Articolo 32 *(Misure per garantire l'accesso alle cure palliative)* 103
Articolo 33 *(Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità)* 106
Articolo 34 *(Prestazione universale)* 108
Articolo 35 *(Beneficiari e opzione)* 111
Articolo 36 *(Oggetto del beneficio)* 113
Articolo 37 *(Ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali)* 116
Articolo 38 *(Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti)* 117
Articolo 39 *(Caregiver familiari)* 120
Articolo 40 *(Ambito di applicazione del Titolo II)* 128
Articolo 41 *(Disposizioni finanziarie)* 129
Articolo 42 *(Entrata in vigore)* 131

Premessa e sintesi del contenuto

Lo schema di decreto legislativo in esame, recante ***Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane***, è adottato in attuazione delle **deleghe legislative** previste e disciplinate dagli **articoli 3, 4 e 5** della legge 23 marzo 2023 n. 33[1].
La legge citata ha delineato, nell'ambito trattato, una riforma articolata e complessiva, volta ad **attuare alcune norme della legge di bilancio 2022** (L. n. 234/2021, art. 1, commi 159-171) e, con specifico riferimento alla categoria degli anziani non autosufficienti, **a realizzare uno degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza** (PNRR, Missione 5, componente 2, investimento 1.1 per il sostegno alle persone vulnerabili e Missione, Componente 1, investimenti 1.1,1.2 e 1.3 per la realizzazione delle case di comunità e la presa in carico della persona per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture), che fissa **al primo trimestre 2023 il traguardo per l'adozione della legge delega,** e **al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi delegati.**

Per le persone anziane non autosufficienti, il PNRR ha previsto diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5 - Inclusione e Coesione), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata sul territorio (Missione 6 - Salute). L'obiettivo della richiamata riforma 2, in particolare, è quello di riformare i servizi sociali e migliorare le condizioni di vita degli anziani non autosufficienti. Tale riforma deve comprendere: I) la semplificazione dell'accesso ai servizi da parte degli anziani mediante la creazione di punti unici di accesso ai servizi sociali e sanitari; II) l'individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale; (III) la messa a disposizione di una valutazione multidimensionale; e (IV) la definizione di progetti individualizzati che promuovano la deistituzionalizzazione.

Va poi ricordato che la legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha fornito, ai commi 159-171**,** la prima definizione dei **livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)** per la non autosufficienza[2], e ha qualificato l'offerta integrata sociosanitaria territoriale delineando le azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio

---

[1] *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, pubblicata nella Gazzetta Uffciale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.

[2] Sul tema dei LEPS va ricordato che nella seduta del 23 gennaio 2024, il Senato ha approvato il disegno di legge d'iniziativa governativa, collegato alla manovra, sull'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. Il provvedimento, che ora passa all'esame della Camera (C. 1665), fa seguito ad un'ampia discussione sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, che si è svolta già a partire dalla fine della XVII legislatura, a seguito delle iniziative intraprese da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna nel 2017. Per un esame approfondito sul contenuto del provvedimento si consulti il relativo approfondimento del Servizio Studi.

graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR in cui il Servizio sanitario nazionale e gli ATS (ambiti territoriali sociali) garantiscono, alle persone in condizioni di non autosufficienza, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA). Nella Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17 dicembre 2022 è stato pubblicato il D.P.C.M. 3/10/2022 di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024 (PNNA 2022-2024) **e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024**.
In osservanza a quanto stabilito dalla citata legge 234/2021 (legge di bilancio per il 2022), per la prima volta, in questo Piano sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni sociali LEPS),prevedendo che a livello nazionale debbano essere garantiti agli anziani non autosufficienti o con ridotta autonomia:

- servizi domiciliari;
- servizi di sollievo;
- servizi sociali di supporto[3].

Infine la legge di bilancio per il 2024 (commi 198-200) opera una ridefinizione in termini uniformi degli **obblighi di monitoraggio e di rendicontazione – da parte delle regioni – degli interventi inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) relative al settore della non autosufficienza nonché degli interventi di sostegno ai soggetti con disabilità grave e alle relative famiglie**. La rendicontazione è resa al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Viene richiamata la disciplina già vigente che subordina l'erogazione delle risorse statali in materia, spettanti a ciascuna regione o ambito territoriale, alla rendicontazione sull'avvenuta liquidazione ai beneficiari di almeno il 75 per cento delle omologhe risorse trasferite nel secondo anno precedente e introduce un meccanismo di riassegnazione delle risorse assegnate e non spese.

La legge delega muove dal riconoscimento del **diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio** e dal principio di **semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione della persona anziana non autosufficiente**. Si prevede l'effettuazione, in una sede unica, mediante i "punti unici di accesso" (PUA), di una **valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato**" (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

---

[3] Le risorse complessivamente afferenti al **Fondo per le non autosufficienze** (FNA), nel triennio 2022-2024 sono pari a 822 milioni di euro nel 2022, 865,3 milioni di euro nel 2023 e 913,6 milioni di euro nel 2024. Al fine dell'assegnazione della quota di riparto del FNA, per ogni regione e per ogni esercizio finanziario, dalle risorse disponibili sono state individuate quelle da dedicare alle azioni per la realizzazione dei progetti per la Vita indipendente e per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA (Punti Unici di Accesso).
Per ciò che attiene la Vita Indipendente, anche per il triennio previsto dal Piano sono assegnate risorse corrispondenti a 14.640.000,00 euro per ciascuna annualità. L'implementazione dei PUA è prevista dall'articolo 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021 e a tal fine sono dedicati 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024, da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali. Per maggiori informazioni si consulti **Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza.**

Ulteriori elementi di rilievo sono la definizione di una **specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana**, con il compito di coordinare gli interventi; la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale; la promozione di nuove forme di **coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale**, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi; la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD); il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*; la previsione d'interventi a favore dei *caregiver* familiari.

La legge si compone di **9 articoli**. Molto sinteticamente:
L'articolo 1 reca le **definizioni,** delineando in tal senso l'ambito di intervento del provvedimento.
L'**articolo 2** definisce oggetto, **principi e criteri direttivi generali**[4] della delega ed istituisce il **Comitato interministeriale per la popolazione anziana**, avente anche compiti di pianificazione; In premessa sottolinea che la delega ha come obiettivo la ricognizione, il riordino, la semplificazione, **l'integrazione** e il coordinamento delle disposizioni legislative vigenti rivolte alla popolazione anziana in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria - anche in attuazione del PNRR - nonché il progressivo potenziamento delle relative azioni, da realizzarsi nell'ambito delle risorse disponibili (come definite dall'articolo 8).
L'articolo 3 delega il Governo a adottare **entro il 31 gennaio 2024** uno o più decreti legislativi per la definizione di misure intese **alla promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, autonomia e inclusione sociale degli anziani e alla prevenzione della loro fragilità**.
La disciplina di delega di cui all'articolo 4 (il quale, così come l'**articolo 5**, è espressamente dedicato alla non autosufficienza) ha l'obiettivo di **riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti**, anche attraverso l'individuazione di un unico centro di spesa e di responsabilità in ambito LEPS, nonché di potenziare progressivamente le azioni e gli interventi finalizzati all'attuazione della

[4] I principi e criteri direttivi generali sono enunciati **in 11 punti** (**lettere da a) ad m)**) **dell'articolo 2** della legge delega). Tra essi si ricordano: la **promozione** del valore umano, **psicologico** , sociale, culturale ed economico di **ogni stagione della vita** delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni della loro autonomia, nonché **delle attività di partecipazione e di solidarietà** svolte **dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie**; il riconoscimento del diritto delle persone anziane **a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole** con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza; la promozione della **valutazione multidimensionale biopsicosociale.** riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*; la promozione **dell'attività fisica sportiva** nella popolazione anziana; il riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità, al fine di promuoverne l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità, anche con l'ausilio del servizio civile universale; la riqualificazione dei servizi di semiresidenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing).*

Missione 5, componente 2, e della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR); anche in tal caso **il termine per l'esercizio della delega è fissato al 31 gennaio 2024.**

L'articolo 5 reca una delega al Governo, da esercitarsi entro il **31 gennaio 2024**, 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. Un primo ambito di delega concerne il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti: a tal fine è prevista, anche in via sperimentale e progressiva, per coloro che optino per essa, una **prestazione universale, graduata** secondo lo specifico bisogno assistenziale ed **erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona**. Gli aventi titolo all'**indennità di accompagnamento** hanno la **facoltà di optare in maniera espressa per la nuova prestazione** (al Governo è demandata la disciplina della reversibilità della scelta), che ingloba l'erogazione monetaria e i servizi alla persona. La disciplina dell'indennità di accompagnamento rimane invariata, sicché i presupposti sanitari per l'accesso alla stessa non mutano. **Altri ambiti della delega sono costituiti da**: la ricognizione e il riordino delle agevolazioni contributive e fiscali volte a sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente; la definizione delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane; il miglioramento delle condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiari.

L'articolo 6 definisce il **procedimento per l'adozione dei decreti legislativi** delegati: sui decreti deve essere acquisita la **previa intesa** in Conferenza unificata; successivamente sono trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

Viene comunque previsto che se il termine per l'espressione del parere spira nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'adozione dei decreti legislativi, o successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di quarantacinque giorni. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi, il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive dei medesimi decreti legislativi.

L'articolo 7 reca la clausola di salvaguardia degli statuti e delle relative norme di attuazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano.

L'articolo 8 reca **le disposizioni finanziarie**, specificando le risorse per attuare le misure previste dalle discipline di delega in oggetto.

L'articolo 9 dispone sull'entrata in vigore del provvedimento, fissandola al giorno successivo a quello della sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Per un esame più approfondito del contenuto della legge si consulti il relativo dossier dei Servizi Studi della Camera dei deputati e del Senato.

Lo schema di decreto legislativo in commento è diretto, nello specifico, ad attuare le **deleghe legislative di cui agli articoli 3 (***Delega al Governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilita'*), **4** *(Delega al Governo in materia di asistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti*) **e 5** (*Delega al Governo*

in materia di politiche per la sostenibilita' economica e la flessibilita' dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti) della citata legge 23 marzo 2023 n. 33 (cfr. *supra;* cfr. anche, per un esame approfondito degli articoli 3, 4 e 5 della legge delega, il relativo dossier del Servizio Studi). Come sopra ricordato, l'articolo 6 della legge delega prevede che sui decreti deve essere acquisita la **previa intesa** in Conferenza unificata[5] e che successivamente sono trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere comunque adottati. In proposito tuttavia si rileva che la prescritta Intesa al momento non risulta ancora acquisita.
Inoltre, ai sensi dell'articolo 6 della legge delega, se il termine per l'espressione del parere spira nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto per l'adozione dei decreti legislativi, o, come per lo schema di decreto in esame, successivamente (la delega avrebbe dovuto essere esercitata entro il 31 gennaio 2024), quest'ultimo termine è prorogato di quarantacinque giorni.

Il provvedimento si compone di **2 Titoli e 42 articoli**.
Il Titolo I recante ***Principi generali e misure a sostegno della popolazione anziana*** si compone di **4 Capi**. **Il Capo I** (artt. 1-3) riguarda i **Principi generali**, **il Capo II** (artt. 4-10), attiene alle **Misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane**, **il Capo III** (artt. 11-14) disciplina le **Misure volte a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane nonché a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche , intellettive e sociali**, **il Capo IV** (artt. 15-18) la **Coabitazione solidale domiciliare e la coabitazione intergenerazionale**, **il capo V** (artt. 19-20) le **Misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale**. **Il Titolo II**, recante ***Disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti*** si compone di **due Capi**. **Il Capo I** (artt. 21-33) disciplina il **Riordino, la semplificazione, e coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti e valutazione multidimensionale**, **il Capo II** (artt. 34-42) contiene le disposizioni in materia di **Prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e *caregiver* familiari.**
Per l'esame analitico delle singole disposizioni si fa rinvio alle successive schede di lettura del presente dossier.

[5] Di cui all'articolo 8 del D.Lgs n. 281/1997

La popolazione degli anziani: alcuni dati di riferimento

In base al Rapporto annuale ISTAT 2023, al 1° gennaio 2023, le persone con più di 65 anni sono 14 milioni 177 mila, il 24,1% (quasi un quarto) della popolazione totale. L'età media della popolazione è salita da 45,7 anni all'inizio del 2020 e 46,5 anni all'inizio del 2023.

All'aumento consistente degli anziani, per effetto di alti livelli di longevità[6] per entrambi i sessi, corrisponde una stima della speranza di vita alla nascita indicata in 80,5 anni per gli uomini e di 84,8 anni per le donne.

Cresce anche il numero di persone ultraottantenni, che arrivano a 4 milioni 529 mila e rappresentano il 7,7% dei residenti, mentre da inizio millennio il numero di ultracentenari è triplicato. A fronte di tale aumento, diminuiscono gli individui in età attiva, tra i 15 e i 64 anni, che scendono a 37 milioni 339 mila (il 63,4%). Rispetto a gennaio 2021, secondo gli ultimi dati a consuntivo[7], l'indice di vecchiaia[8] continua a crescere con un aumento di 5,0 punti percentuali, raggiungendo al 1° gennaio 2022 quota 187,9 anziani ogni cento giovani, confermando la crescita costante dell'indice, ormai in atto da circa due decenni.

Il numero della popolazione anziana è esposto nella seguente tavola:

Periodo di rilevazione / Età	2019	2020	2021	2022	2023
Dai 55 ai 60 anni	5.178.197	5.363.030	5.462.099	5.601.190	5.694.950
Dai 61 ai 65 anni	3.726.961	3.797.395	3.840.894	3.932.406	4.037.318
Dai 66 ai 70 anni	3.498.112	3.435.570	3.427.927	3.438.775	3.497.646
Dai 71 ai 75 anni	3.029.902	3.164.103	3.269.053	3.372.648	3.313.168
Dai 76 agli 80 anni	2.684.655	2.636.214	2.560.562	2.463.291	2.569.787
Dagli 81 agli 85 anni	1.983.469	2.049.709	2.100.058	2.148.616	2.156.181
Dagli 86 agli 90 anni	1.206.492	1.230.387	1.237.739	1.246.293	1.247.697
Dai 91 ai 95 anni	480.453	493.989	493.026	512.647	514.705
Dai 96 ai 100 anni e più	111.445	119.534	120.234	123.957	122.736
Totale	**21.899.686**	**22.289.931**	**22.511.592**	**22.839.823**	**23.154.188**
In rapporto alla popolazione residente (in %)	36,7	37,6	38,1	38,7	39,3
Popolazione residente al 31.12 (dati ISTAT)	59.641.488	59.236.213	59.030.133	58.997.201	58.851.000*
*Dato stimato					

Dati statistici sui *caregivers* familiari

In base agli ultimi dati ISTAT disponibili a consuntivo (2019) (Fonte: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea - Indagine EHIS 2019 – tavola 6.1.1 (13 gennaio 2022), il totale dei *caregivers* familiari che ha fornito cure ed

[6] In proposito, i livelli di sopravvivenza della popolazione, nel 2022, risultano ancora inferiori a quelli del periodo pre-pandemico, con una perdita di oltre 7 mesi in termini di anni mediamente vissuti rispetto al 2019. L'impatto della crisi sul sistema sanitario, e la conseguente difficoltà nella programmazione di visite e controlli medici sono stati più accentuati per le donne, in quanto più inclini degli uomini a fare prevenzione.

[7] Rapporto "NoiItalia 2023", Popolazione e società.

[8] In base alla metodologia di rilevazione statistica dell'ISTAT, l'indice di vecchiaia è un rapporto demografico di coesistenza, definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni), calcolato al 1° gennaio di ogni anno. Si tratta di uno dei possibili indicatori demografici (es. indice di dipendenza anziani, età media, indice di ricambio) adottato per misurare il livello di invecchiamento di una popolazione.

assistenza almeno una volta alla settimana ammonta, complessivamente, a oltre 7 milioni di persone, in prevalenza donne: 4,1 milioni (circa il 60%) - contro 2,9 milioni di uomini -, su un totale di circa 8 milioni di *caregivers* (coloro che dichiarano di aver fornito assistenza, non necessariamente ad un familiare). Il dato è calcolato sul totale delle persone adulte (>15 anni) che hanno fornito tale tipo di assistenza a persone (anche familiari) con problemi dovuti all'invecchiamento, a patologie croniche o infermità:

Dati ISTAT: Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana* per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età.
Anno 2019 (*dati in migliaia*)

SESSO CLASSI DI ETÀ	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali: Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana	Non indicato	Totale
MASCHI							
15-24	149	132	112	**	**	-	149
25-34	227	201	154	32	34	7	227
35-44	379	328	243	68	61	7	379
45-54	919	852	535	190	186	9	919
55-64	843	786	455	174	201	13	843
65-74	434	372	201	92	136	5	434
75 e più	294	270	96	47	150	1	294
65 e più	**728**	**643**	**297**	**139**	**287**	**5**	**728**
Totale	**3.246**	**2.940**	**1.796**	**621**	**788**	**40**	**3.246**
FEMMINE							
15-24	175	151	109	33	29	3	175
25-34	298	256	175	49	67	8	298
35-44	615	515	326	138	148	2	615
45-54	1.366	1.190	661	324	370	10	1.366
55-64	1.245	1.107	507	298	435	4	1.245
65-74	654	537	242	93	313	6	654
75 e più	394	318	123	44	216	11	394
65 e più	**1.048**	**855**	**365**	**137**	**529**	**17**	**1.048**
Totale	**4.746**	**4.074**	**2.144**	**980**	**1.579**	**43**	**4.746**
MASCHI E FEMMINE							
15-24	324	282	222	51	49	3	324
25-34	525	457	329	80	101	15	525
35-44	994	843	570	206	209	9	994
45-54	2.285	2.041	1.196	515	556	18	2.285
55-64	2.087	1.893	962	472	637	17	2.087
65-74	1.088	909	443	185	449	11	1.088
75 e più	688	588	219	91	367	11	688
65 e più	**1.776**	**1.498**	**662**	**276**	**816**	**22**	**1.776**
Totale	**7.992**	**7.014**	**3.940**	**1.601**	**2.367**	**83**	**7.992**

(a) Aiuti a persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità.
I dati mancanti contrassegnati con "**" non sono significativi.

Considerato che i dati del censimento ISTAT della popolazione italiana a fine 2019 hanno stimato una popolazione residente di circa 59,6 milioni di italiani, i *caregivers* familiari rappresentano una popolazione di circa l'11,8 per cento.

Qui un approfondimento del Servizio Studi della Camera deputati sulla figura del *caregiver* con dati ISTAT a consuntivo 2015.

SCHEDE DI LETTURA

Articolo 1
(Oggetto e finalità)

L'**articolo 1** definisce in maniera sintetica e complessiva **l'oggetto e le finalità** perseguite dal provvedimento in esame.
Viene infatti esplicitato che il decreto reca disposizioni finalizzate a promuovere **la dignità e l'autonomia**, **l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della persona anziana**, anche attraverso:

- l'accesso alla **valutazione multidimensionale** (artt. 10 e 27);
- l'accesso a strumenti di **sanità preventiva e di telemedicina a domicilio** (art. 9);
- il contrasto **all'isolamento e alla deprivazione relazionale ed affettiva** (artt. 11-14);
- la **coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e la coabitazione intergenerazionale** (artt. 15-18);
- lo sviluppo di **forme di turismo del benessere e di turismo lento** (art. 8).

Esso è inoltre **diretto a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti**, anche mediante il coordinamento delle risorse disponibili, nonché ad **assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura ed assistenza a lungo termine** per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti[9].

[9] Per il significato specifico delle definizioni recate dall'articolo 1 cfr. *infra* le schede di lettura relative ai restanti articoli del provvedimento.

Articolo 2
(Definizioni)

L'**articolo 2** reca ed esplicita **le definizioni** utilizzate **nello schema di decreto in esame.**
In primo luogo vengono richiamate **le definizioni di cui all'articolo 1 della legge delega** (Legge 23 marzo 2023 n. 33).[10]

Il citato **articolo 1** reca, nelle **lettere da a) ad f)**, le seguenti definizioni:

- ***a)*** **i livelli essenziali delle prestazioni (LEPS)**, ovvero i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lett. m), della Cost.) in coerenza con i principi e i criteri generali indicati dalla legge quadro n. 328 del 2000[11]. Tale definizione riprende alla lettera il contenuto dell'art. 1, comma 159 della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) che, per prima, ha definiti i LEPS per la non autosufficienza. A tali commi si rinvia per la definizione dei punti unici di accesso-PUA (i servizi integrati di cui all'art. 1, comma 163, della legge di bilancio 2022) e dei progetti individualizzati di assistenza integrata-PAI (art. 1, comma 163, della legge di bilancio 2022). La lettera a) in ultimo fa salvo quanto previsto dall'art. 1, commi da 791 a 798, della legge di bilancio 2023 (legge n. 197 del 2022) che disciplina la determinazione dei LEP quale soglia di spesa costituzionalmente necessaria costituente nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al PNRR , e dall'art. 2, comma 2, lett. h) n. 2) della legge delega sulla disabilità (L. n. 227 del 2021[12]) in materia di determinazione dei LEP, con riguardo alle prestazioni in favore delle persone con disabilità;
- ***b)*** **gli Ambiti territoriali sociali-ATS**: soggetti giuridici di cui all'art. 8, comma 3, lettera a), della già citata legge quadro n. 328 del 2000 e di cui all'art. 23, comma 2, del D. Lgs. n. 147 del 2017[13] che prevede che gli ATS trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego. Gli ATS sono impegnati, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 160 a 164, della legge di bilancio 2022 a garantire, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul

[10] *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.
[11] *Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
[12] *Delega al Governo in materia di disabilità*.
[13] *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.*

territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal D.M. n. 77 del 2022[14] sulla definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, in attuazione della Componente 1, Missione 6, Salute, del PNRR;

c) **i punti unici di accesso** (PUA) già previsti dalla normativa previgente ma ridefiniti dalla legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021) come servizi integrati gestiti dal SSN e dagli ATS presso le Case della comunità affinché sia garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari loro dedicati. La legge di bilancio 2022 chiarisce inoltre, ulteriormente innovando rispetto alla normativa previgente, che presso i PUA operano équipe integrate per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. Le équipe integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale degli utenti non autosufficienti con l'obiettivo di consentirne la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. amplia le funzioni;

d) **progetti individualizzati di assistenza integrata,** (PAI), che, sulla base della valutazione multidimensionale effettuata dai Punti unici di accesso (PUA), indicheranno tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana;

e) i **livelli essenziali di assistenza – LEA, vale a dire:** i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria previsti dall'art.1, comma 10, del D. Lgs. n. 502 del 1992[15] e di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 c.d. Nuovi LEA, in applicazione di quanto previsto all'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione e in coerenza con i principi e criteri indicati dalla legge n. 833/1978[16], senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale;

f) ***caregiver*** **familiare,** definito ai sensi **dell'articolo 1, comma 255,** della legge di bilancio 2018 (L. n. 205/2017).

La figura del **caregiver familiare** (letteralmente "prestatore di cura") individua la persona responsabile di un altro soggetto dipendente, anche disabile, di cui si prende cura in un

[14] *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.*

[15] Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

[16] Istituzione del servizio sanitario nazionale

ambito domestico. Si tratta del/la responsabile che organizza e definisce l'assistenza di cui necessita una persona, anche congiunta; in genere è un familiare di riferimento.
Si distingue dal caregiver professionale (o badante), rappresentato da un assistente familiare che accudisce la persona non-autosufficiente, sotto la verifica, diretta o indiretta, di un familiare.
Il profilo del caregiver è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, Legge n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti". Più precisamente, la norma definisce il *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 76/2016, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in presenza di un handicap grave, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sè, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata , o sia titolare di indennità di accompagnamento.

Vengono poi esplicitate le seguenti ulteriori definizioni:

a) **persona anziana:** la persona che ha compiuto 65 anni;
b) **persona grande anziana:** la persona che ha compiuto 80 anni;
c) **persona anziana non autosufficiente:** la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale[17], valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto:
   - **delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute** - *International Classification of Functioning Disability and Health* (**ICF**) dell'Organizzazione mondiale della sanità;

Il 22 maggio 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha approvato una definizione della condizione di disabilità e delle sue diverse forme attraverso l'International classification of functioning, disability and health (l'ICF), uno strumento unitario di classificazione che analizza e descrive la disabilità come una esperienza umana che tutti possono sperimentare nel corso della vita. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato i rappresentanti dei governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto un significativo contributo attraverso una rete collaborativa informale denominata Disability Italian Network (DIN), costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità

[17] Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), fattori psicologici (umore, personalità, comportamento ecc.) e fattori sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere. Il modello bio-psico-sociale trova applicazione a discipline che vanno dalla medicina alla psicologia alla sociologia; la sua accettazione e prevalenza variano tra discipline e culture.

del Friuli Venezia Giulia. (ICF). L'ICF revisiona la International Classification of Impairments, Disability and Handicap (ICIDH) pubblicata dalla stessa OMS nel 1980 superandone la prospettiva organicistica a favore di una multidimensionale. L'ICF rappresenta un tentativo di fornire un linguaggio unificato e standard e, al contempo, un modello concettuale di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. È una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che le disabilità possono causare nel contesto socio-culturale di riferimento. L'ICF suggerisce infatti di tener conto delle componenti classificate (funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali e fattori personali) per una valutazione e un accertamento delle disabilità che ponga al centro la persona, permettendo di sintetizzare le informazioni raccolte dagli operatori dei diversi servizi e dalla famiglia nella prospettiva di costruire un progetto di vita completo e reale. L'ICF è in costante aggiornamento da parte del Classification and Statistics Committee (CSAC, ex Update and Revision Committee - URC, comitato di aggiornamento e revisione) dell'OMS.

- dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali;
- delle condizioni di **fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale,** le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari, ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (sul contenuto del D.M. n. 77/2022 si veda qui) e dall'articolo 1, comma 163 (cfr. *supra*), della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (*Legge di bilancio per il 2022*) .

d) specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente: lo specifico bisogno assistenziale valutato e graduato, all'esito della valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27 (cfr. *infra*).

Articolo 3
(Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)

L'**articolo 3** definisce i compiti del **Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA),** istituito e disciplinato **dall'articolo 2, commi 3-5,** della legge delega (legge 23 marzo 2023, n. 33[18]).

Il citato comma 3 della legge n. 33/2023 istituisce, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il **Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana** (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza. In particolare, il CIPA:

a) **adotta**, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sentite le parti sociali e le associazioni di settore, nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il "**Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana**" che sostituisce, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza. Sulla base dei suddetti piani nazionali sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali;

Va ricordato che il Piano nazionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024 (PNNA 2022-2024), è stato adottato il 3 agosto 2022 con Intesa in sede di Conferenza Unificata. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17 dicembre 2022 è stato pubblicato il DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024**. Il Piano si è reso necessario in seguito al quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021 (*Legge di bilancio per il 2022*) che delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR. L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 definisce gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale.
Il Piano stanzia complessivamente oltre 2,6 miliardi di euro per il triennio. Nello specifico, le risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze, che ammontano a: 822 milioni di euro per il 2022; 865,3 milioni di euro per il 2023; 913,6 milioni di euro per il 2024.

b) **promuove**, acquisito il preventivo parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard (di cui all'art. 1, comma 29, della legge di stabilità 2016 - legge n. 208 del 2015), e in raccordo con la Cabina di regia di cui all'art. 1, comma 792, della legge di bilancio

[18] *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.

2023[19] e con quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lett. *h)* n. 2 della legge n. 227 del 2021[20], ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, l'**armonizzazione** dei **LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti** e dei relativi obiettivi di servizio, con i **LEA**;

c) promuove **l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale** e l'**adozione di un sistema di monitoraggio nazionale**, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi.

La **composizione del CIPA** è disciplinata dal **comma 4 dell'articolo 2 della legge delega.** Il Comitato, presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri, o su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per le pari opportunità e la famiglia la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, degli affari regionali, dell'economia e delle finanze o loro delegati. Ad esso partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche poste all'ordine del giorno. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge delega, sono determinate le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del CIPA. Viene poi disposta (comma 5 art. 2 della legge delega) la **neutralità finanziaria** delle disposizioni relative al **CIPA**.

Viene quindi rimessa al CIPA (**comma 1**) **l'indicazione,** tenuto conto dei LEA e dei LEPS vigenti, e previa intesa in sede di Conferenza unificata[21], nel Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana[22], **dei criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo,** degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale.
Spetta poi al CIPA (**comma 2**) l'individuazione dei criteri per assicurare **l'attuazione e l'uniforme applicazione degli interventi, dei progetti e dei servizi di cui al comma 1**, nel rispetto delle competenze delle singole amministrazioni e fermi restando i princìpi di efficienza, efficacia ed economicità dei settori interessati.
Il CIPA svolge infine (**comma 3**) una funzione di **garanzia del coordinamento e della programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane**, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti, nonché della rilevazione continuativa delle attività svolte, dei servizi erogati e delle prestazioni rese, anche avvalendosi del **Sistema nazionale per la popolazione**

[19] Legge n. 197/2022
[20] *Delega al Governo in materia di disabilità.*
[21] Cfr. art. 8 D.Lgs n. 281/1976
[22] Di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a) della legge n. 33/2023.

anziana non autosufficiente (SNAA), per quanto di competenza (cfr. *infra* art. 21[23]).

[23] In attuazione delle delega di cui all'articolo 4, comma 2, lettera b) della legge n. 33/2023.

Articolo 4
(Misure per l'invecchiamento attivo, la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane)

Il **comma 1** dell'**articolo 4** prevede lo svolgimento di **periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo**, su temi di interesse pubblico e sociale, tra i quali quelli indicati dal **comma 2** in materia **di stile di vita sano e attivo, di prevenzione sanitaria e di sicurezza dell'ambiente domestico**. Il **comma 3** demanda a un decreto ministeriale, emanato secondo la procedura stabilita nel medesimo **comma**, l'adozione delle **linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio**. Il **comma 4** prevede che, sulla base di tali linee di indirizzo, **a livello regionale e locale** siano adottati appositi **piani d'azione**. Il **comma 5** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica[24].

Le norme di cui al presente **articolo 4** rientrano nell'ambito dei princìpi e criteri direttivi di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numeri 1) e 2), della L. 23 marzo 2023, n. 33. Essi prevedono: la "promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro"; la "promozione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane".
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** del presente **articolo 4** prevede che, allo scopo di promuovere la salute e la cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, nonché l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane mediante la valorizzazione del loro contributo anche in attività socioeducative e ricreative in favore dei giovani, il Ministero della salute svolge periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, su temi di interesse pubblico e sociale (tra cui quelli indicati dal successivo **comma 2**). Il **comma 1** formula, al riguardo, anche un criterio generale di coerenza con i seguenti piani: il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 (adottato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020); il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, adottato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province

[24] Riguardo al profilo finanziario, cfr. anche *infra*.

autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 agosto 2023; 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, entrambi previsti dall'articolo 2, comma 3, lettera *a)*, della citata L. n. 33 del 2023, e successive modificazioni (riguardo a questi ultimi due Piani, cfr. anche il successivo **articolo 21, commi 2 e 6,** dello schema in esame).

Il **comma 2** del presente **articolo 4** specifica che tali campagne periodiche sono volte a favorire l'invecchiamento attivo attraverso la promozione di comportamenti consapevoli e virtuosi, tra i quali:

a) l'osservanza di uno stile di vita sano e attivo in ogni fase della vita;

b) l'adesione costante agli interventi di prevenzione offerti dal Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento agli *screening* oncologici e all'offerta vaccinale;

c) la conoscenza adeguata delle misure di sicurezza da adottare in ambiente domestico per la prevenzione di incidenti.

La **relazione tecnica** allegata al presente schema riporta la stima di un importo pari a 1 milione di euro annui per lo svolgimento delle suddette campagne periodiche, a valere sulle disponibilità, nel capitolo 5510 dello stato di previsione del Ministero della salute, del piano di gestione n. 12, "Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute, incluse quelle per l'iscrizione, l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre ed altre ed altre manifestazioni nazionali ed internazionali e per le connesse esigenze di rappresentanza". Tale piano di gestione, in base al riparto generale della seconda sezione della L. di bilancio per 2024 – riparto operato con il D.M. 29 dicembre 2023 –, reca uno stanziamento di 638.130 euro per il 2024, di 635.702 euro per il 2025 e di 635.550 euro annui a decorrere dal 2026. *Considerati tali importi, si valuti l'opportunità di un chiarimento riguardo al riferimento a tale piano di gestione.*

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità e per le disabilità, sentito il Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA)[25] e previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, l'adozione, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, delle linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio.

Il **comma 4** prevede che, sulla base delle suddette linee di indirizzo, a livello regionale e locale siano adottati – nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente – appositi piani d'azione, mediante i quali si promuova l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione

[25] Il CIPA è stato istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dall'articolo 2, comma 3, della L. 23 marzo 2023, n. 33, e successive modificazioni (riguardo al CIPA, cfr., in particolare, la scheda di lettura dell'**articolo 3** del presente schema di decreto).

dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali. Il **comma** specifica che tali piani d'azione formano parte integrante degli strumenti di programmazione integrata.

Il **comma 5** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica, con riguardo all'attuazione del **presente articolo**[26].

[26] Riguardo al profilo finanziario, cfr. anche *supra*.

Articolo 5
(Sicurezza sul lavoro e lavoro agile per i soggetti anziani)

Il **comma 1** dell'**articolo 5** reca disposizioni di principio e richiami normativi in materia di **sicurezza sul lavoro** per i soggetti anziani.
Il successivo **comma 2** concerne la promozione del **lavoro agile** per i medesimi soggetti.

Il **presente articolo** fa riferimento all'intero ambito dei lavoratori anziani, costituito, in base alla definizione di anziani di cui al precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** dell'**articolo 5** in esame richiama, con riferimento ai lavoratori anziani, ai fini della promozione della salute, dell'invecchiamento sano e attivo e dell'affermazione della cultura della prevenzione, gli obblighi a carico del datore di lavoro previsti dalle norme generali sulla valutazione dei fattori di rischio nei luoghi di lavoro[27] e sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori[28]; il medesimo **comma** prevede che, nell'adempimento di tali obblighi, si tenga conto del modello cosiddetto WHP sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro (*Workplace Health Promotion*)[29] e delle indicazioni contenute nel Piano nazionale della prevenzione (PNP)[30], relative all'attivazione di processi e interventi intesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente adatto anche alle persone anziane (attraverso idonei cambiamenti organizzativi).
Il **comma 2** prevede che il datore di lavoro adotti ogni iniziativa diretta a favorire le persone anziane nello svolgimento, anche parziale, della prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto della disciplina contemplata dai contratti collettivi nazionali di settore applicabili[31].

---

[27] Riguardo a tale valutazione, cfr., in particolare, l'articolo 17, comma 1, lettera *a)*, l'articolo 18, comma 1, lettera *a)*, e gli articoli da 28 a 30 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni. La **relazione illustrativa** allegata al presente schema rileva che tali norme (e in particolare il suddetto articolo 28) prendono in considerazione gli aspetti relativi all'età e alla condizione di vulnerabilità del lavoratore anziano.

[28] Riguardo a quest'ultima, cfr., in generale, gli articoli da 38 a 42 del citato D.Lgs. n. 81 del 2008, e successive modificazioni. La **relazione illustrativa** allegata al presente schema osserva che l'articolo 176 dello stesso D.Lgs. n. 81 – articolo relativo alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori addetti ad attività comportanti l'uso di attrezzature munite di videoterminali – prende in specifica considerazione gli aspetti relativi all'età e alla condizione di vulnerabilità del lavoratore anziano.

[29] Le azioni e le caratteristiche della WHP concernono l'organizzazione del contesto lavorativo con riferimento a varie dimensioni (integrate tra di esse), al fine di promuovere la salute del lavoratore, intesa come benessere fisico, psichico e sociale. Si ricorda che, come fonte del modello, si fa in genere riferimento al documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del gennaio 2010 *Healthy workplaces: a model for action for employers, workers, policymakers and practitioners*.

[30] Si ricorda che l'attuale Piano nazionale della prevenzione (adottato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020) fa riferimento al periodo 2020-2025.

[31] Riguardo alla disciplina generale dell'istituto del lavoro agile, cfr. il capo II della L. 22 maggio 2017, n. 81, e successive modificazioni.

Le norme di cui al presente **articolo 5** rientrano nell'ambito del principio di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 1), della L. 23 marzo 2023, n. 33, il quale prevede la promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro.

Articolo 6
(Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, dello scambio intergenerazionale e della solidarietà tra generazioni)

I **commi 1 e 2** dell'**articolo 6** prevedono **un complesso di interventi intesi a favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, lo scambio intergenerazionale, la solidarietà tra le generazioni e il rispetto nei confronti degli anziani**. Gli interventi sono adottati in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana[32]. Tale complesso di interventi è operato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente; per alcune tipologie di intervento, nel **comma 1** o nella **relazione tecnica** (allegata allo schema), si fa specifico riferimento all'utilizzo del Fondo per le politiche della famiglia e del Fondo per le politiche giovanili. I successivi **commi 3 e 4** prevedono le procedure di relazioni annue sulle misure in oggetto intraprese. Il **comma 5** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica[33].

Le norme di cui al presente **articolo 6** rientrano nell'ambito dei princìpi e criteri direttivi di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numeri 1), 2) e 4), e lettera *b)*, numero 1), della L. 23 marzo 2023, n. 33. Essi prevedono: la "promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro"; la "promozione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane"; la "promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché in attività di sorveglianza, tutoraggio e cura delle altre fasce di età, svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie"; il "sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale".

---

[32] Si ricorda che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera *a)*, della citata L. n. 33 del 2023, e successive modificazioni, tale Piano è adottato, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità; riguardo alle modalità di adozione di tale Piano, cfr. anche il successivo **articolo 21, commi 2 e 6,** dello schema in esame. Si ricorda che il CIPA è stato istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dal medesimo articolo 2, comma 3, della L. n. 33 (riguardo al CIPA, cfr., in particolare, la scheda di lettura dell'**articolo 3** del presente schema di decreto).

[33] Riguardo ai profili finanziari, cfr. anche *infra*.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.

La **lettera *a)*** del **comma 1** del presente **articolo 6** demanda al Dipartimento per le politiche della famiglia[34] lo svolgimento di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo per agevolare lo scambio intergenerazionale, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane e valorizzare il loro contributo anche nelle attività dei centri socioeducative e ricreative a sostegno dei giovani e nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie. La **relazione tecnica** allegata allo schema specifica che tali campagne sono finanziate a valere sulle risorse del Fondo per le politiche della famiglia[35]. Si ricorda che l'utilizzo di tali risorse per le campagne in oggetto è specificamente previsto dalla citata L. di delega n. 33 del 2023 (articolo 8, comma 1, lettera *c)*).

La successiva **lettera *b)*** prevede che il Dipartimento per le pari opportunità[36] promuova azioni e iniziative di carattere formativo e informativo, intese a contrastare sia la discriminazione in base all'età, anche attraverso l'Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica (UNAR)[37], sia i fenomeni di abuso e violenza sulle persone anziane; per la promozione degli interventi in oggetto, la **lettera *b)*** fa riferimento anche al Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica[38] e al Piano strategico nazionale per la parità di genere[39].

La **lettera *c)*** demanda al Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale[40] la promozione di azioni volte a favorire lo scambio intergenerazionale. A tal fine, si prevede che le risorse del Fondo per le politiche giovanili[41] possano essere destinate, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali[42], alla realizzazione di azioni e progetti, anche in collaborazione e con il coinvolgimento degli enti territoriali; tali interventi sono volti, tra l'altro, a incentivare lo scambio

---

34 Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri.

35 Fondo istituito dall'articolo 19, comma 1, del D.L. 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248. Riguardo a tale Fondo, cfr. anche l'articolo 1, commi 1250-1252, della L. 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni. Riguardo all'utilizzo del Fondo per le campagne in oggetto, si rinvia alla suddetta **relazione tecnica**.

36 Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri.

37 Ufficio incardinato nel suddetto Dipartimento per le pari opportunità. Riguardo a tale Ufficio, cfr. la seguente url: https://unar.it/portale/web/guest/struttura.

38 Piano di cui all'articolo 5 del D.L. 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla L. 15 ottobre 2013, n. 119, e successive modificazioni. Si ricorda che l'ultimo Piano adottato fa riferimento al periodo 2021-2023.

39 Piano previsto dall'articolo 1, comma 139, della L. 30 dicembre 2021, n. 234. La previsione di tale Piano è stata anticipata, come indicato sul sito internet del Dipartimento per le pari opportunità, dall'adozione, il 5 agosto 2021, della Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026.

40 Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri.

41 Fondo istituito dall'articolo 19, comma 2, del suddetto D.L. n. 223 del 2006.

42 Si ricorda che, in generale, il riparto annuo del Fondo per le politiche giovanili viene operato previa intesa sancita dalla suddetta Conferenza.

tra giovani e persone anziane e a promuovere il rafforzamento dei legami intergenerazionali – anche sulla base del riconoscimento degli anziani quali risorse e depositari di cultura e di saperi, come specificato in maniera articolata nella medesima **lettera *c)*** – (riguardo alla trasmissione del patrimonio culturale immateriale, cfr. anche il successivo **articolo 11, comma 6**).

La **lettera *d)*** prevede che le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, nell'ambito della propria autonomia, possano inserire nel Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF) iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni, con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane. Le iniziative, indicate nel PTOF, possono essere realizzate in rete con altre istituzioni scolastiche e attuate in collaborazione con gli enti locali, i centri di promozione sociale, le organizzazioni di volontariato e i soggetti del Terzo settore operanti nella promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale. Si ricorda che i **commi 2 e 3** del successivo **articolo 11** prevedono lo svolgimento, mediante le istituzioni scolastiche, di esperienze di volontariato – da parte degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado – in favore degli anziani. *Si valuti se sia opportuno un coordinamento* di questi ultimi due **commi**, nonché della norma generale di cui al **comma 1** del medesimo **articolo 11**, con la suddetta **lettera *d)*** e con il **comma 3** del **presente articolo 6**, il quale prevede (cfr. *infra*) una procedura di relazione annua (non contemplata, invece, nell'**articolo 11**).

Il **comma 2** dell'**articolo 6** prevede che le regioni e gli enti locali possano promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, iniziative, anche attraverso un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, per favorire l'invecchiamento attivo, fra le quali:

a) azioni volte a sostenere l'integrazione sociale delle persone anziane attraverso interventi di agricoltura sociale, di cura di orti sociali urbani e di formazione e manutenzione di giardini, anche con la partecipazione di bambini e bambine, ragazze e ragazzi;

b) attività condotte in favore degli anziani da parte di istituti di formazione, eventualmente intese anche a promuovere la testimonianza e l'insegnamento delle persone anziane;

c) il sostegno a spazi e a luoghi di incontro, di socializzazione e di partecipazione (anche con riferimento al ruolo dei centri per la famiglia), al fine di favorire il coinvolgimento attivo della persona anziana nella comunità di riferimento;

d) azioni volte a promuovere l'educazione finanziaria delle persone anziane, anche allo scopo di prevenire truffe a loro danno;

e) iniziative volte all'accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e al mantenimento di buone condizioni di salute, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale.

Riguardo alle iniziative in oggetto, il **comma** formula un criterio generale di coerenza con il suddetto Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana. *Sotto il profilo*

redazionale, si valuti l'opportunità di completare il richiamo normativo inerente al medesimo Piano.

Ai sensi del **comma 3**, entro il 30 aprile di ogni anno, i summenzionati Dipartimenti per le pari opportunità e per le politiche giovanili e il servizio civile universale, le istituzioni scolastiche, le regioni e gli enti locali trasmettono al suddetto Dipartimento per le politiche della famiglia una relazione sulle attività previste dal presente **articolo 6**, svolte nell'anno precedente, nonché sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo.

Il **comma 4** prevede che il Dipartimento per le politiche della famiglia, anche sulla base delle informazioni acquisite ai sensi del **comma 3** e in collaborazione con le altre amministrazioni di cui ai **commi 1 e 2**, predisponga, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione annuale sulle misure in oggetto intraprese dalle amministrazioni e sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo. La relazione è sottoposta all'Autorità politica con delega per la famiglia, che la presenta al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)[43], ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento del suddetto Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana. *Sotto il profilo redazionale, si valuti l'opportunità di completare il richiamo normativo inerente al medesimo Piano.*

Il **comma 5** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica, con riferimento alle attività di cui al presente **articolo 6**[44].

[43] Riguardo al CIPA, cfr. *supra*, in nota.

[44] Riguardo ai profili finanziari, cfr. anche *supra*.

Articolo 7
(Promozione della mobilità delle persone anziane)

L'**articolo 7** demanda **a un decreto ministeriale**, da emanarsi previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, **la definizione di livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane nei contesti urbani ed extraurbani**, anche al fine del superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro.

Il decreto attuativo in oggetto è emanato dal Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa l'intesa summenzionata, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento.
I suddetti livelli di servizio sono definiti previa ricognizione dei servizi di mobilità attivati dalle competenti amministrazioni territoriali a supporto della mobilità delle persone anziane, tenuto conto dei dati disponibili inerenti alla rilevazione della domanda (dei servizi), alla determinazione delle matrici di origine e destinazione e ai fabbisogni di mobilità della popolazione di riferimento.
Si prevede inoltre che il medesimo decreto ministeriale definisca i criteri di ponderazione inerenti ai livelli di servizio in oggetto; tali criteri consentono di quantificare l'effetto del riferimento ai suddetti livelli, relativi agli anziani, nell'ambito della determinazione, prevista dalla disciplina vigente[45], del riparto, in base al criterio dei livelli adeguati dei servizi di trasporto pubblico locale e regionale, di una quota del "Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato, agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle regioni a statuto ordinario"[46] (tale quota è pari a circa il 50 per cento del Fondo).
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il presente **articolo 7** si pone in attuazione del principio di delega – di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 5), della L. 23 marzo 2023, n. 33 – relativo alla "promozione di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro".

---

[45] Cfr. il richiamato articolo 27, comma 2, del D.L. 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla L. 21 giugno 2017, n. 96, e successive modificazioni, nonché le **relazioni illustrativa e tecnica** allegate al presente schema.

[46] Fondo di cui all'articolo 16-*bis*, comma 1, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Riguardo all'attuazione di tale principio, cfr. anche l'**articolo 16, comma 2, lettera *d)***, del presente schema.

Articolo 8
(Misure volte a favorire il turismo del benessere e il turismo lento)

L'**articolo 8** prevede, al **comma 1**, l'adozione, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, di alcune tipologie di iniziative e misure da parte del Ministero del turismo, finalizzate in via principale a favorire **il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile delle persone anziane**.
Il **comma 2** demanda a uno o più decreti del Ministro del turismo, da adottarsi, di concerto con i Ministri indicati nel medesimo **comma**, sentito il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)[47], entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, la definizione delle modalità di attuazione delle iniziative e misure previste al **comma 1**.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** dell'**articolo 8 in esame** prevede, con riferimento principale agli anziani, l'adozione, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, di alcune tipologie di iniziative e misure, da parte del Ministero del turismo, finalizzate a tutelare i livelli essenziali delle prestazioni sociali e la salute psicofisica, nonché a promuovere il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile.
Si ricorda che, in genere, per "turismo del benessere" si intende il turismo verso luoghi e centri che possono accrescere il benessere della persona e per "turismo lento" si intende il turismo contraddistinto da ritmi e modi che agevolano il conseguimento del benessere e il rapporto con gli ambiti visitati.
In particolare, si prevede che il Ministero del turismo:

- *a)* promuova la stipulazione di convenzioni su base nazionale tra i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali di cui al successivo **articolo 30** e le strutture ricettive, termali, balneari, agrituristiche e i parchi tematici, al fine di assicurare, a prezzi vantaggiosi, la fruizione delle mete turistiche alle persone anziane, anche nei giorni infrasettimanali e nei periodi di bassa stagione;
- *b)* promuova, in favore di persone anziane autosufficienti, lo svolgimento, a prezzi vantaggiosi, di soggiorni di lungo periodo nelle strutture ricettive situate in prossimità dei luoghi legati al turismo del benessere e alla cura della persona; si ricorda che la nozione di persone anziane autosufficienti è ricavabile dalla nozione opposta, di cui al precedente **articolo 2, comma 1, lettera *c)***;

[47] Il CIPA è stato istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dall'articolo 2, comma 3, della L. 23 marzo 2023, n. 33, e successive modificazioni (riguardo al CIPA, cfr., in particolare, la scheda di lettura dell'**articolo 3** del presente schema di decreto).

c) promuova, anche attraverso la stipulazione di convenzioni con organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, programmi di "turismo intergenerazionale", che consentano, per le attività di cui alla precedente **lettera *b)***, la partecipazione di giovani che accompagnino le persone anziane beneficiarie;

d) promuova iniziative volte a favorire la socializzazione tra persone anziane autosufficienti e non autosufficienti, anche mediante lo svolgimento di attività ricreative e di cicloturismo leggero;

e) promuova l'adozione di programmi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche presso le strutture ricettive, termali e balneari, (abbattimento che favorisca i relativi accesso e fruizione). Nella **relazione tecnica** allegata al presente schema "si ritiene" che l'attuazione di tale previsione "avvenga attraverso attività finalizzate a sensibilizzare gli operatori dei settori turistici coinvolti sull'importanza dell'abbattimento delle barriere architettoniche e culturali";

f) promuova, congiuntamente al Ministero della cultura, di concerto con il Ministero della salute e con l'Autorità politica delegata per le disabilità, previo parere della Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, l'adozione di misure idonee a garantire l'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura (di cui all'articolo 101 del codice dei beni culturali e del paesaggio, di cui al D.Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42, e successive modificazioni) delle persone anziane e, in genere, di quelle in tutto o in parte non autosufficienti. Tali determinazioni sono operate anche previa ricognizione delle migliori pratiche internazionali.

Il **comma 2** prevede che uno o più decreti del Ministro del turismo, da adottarsi, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, della cultura, per le disabilità, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per lo sport e i giovani, sentito il suddetto CIPA, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, stabiliscano le modalità di attuazione delle iniziative e misure di cui al **comma 1**.

L'**articolo 8** in esame è attuativo del principio di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, n. 9), della L. 23 marzo 2023, n. 33, il quale ha previsto la "promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento come attività che agevolano la ricerca di tranquillità fisiologica e mentale per il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale, come obiettivo ulteriore rispetto a quello della cura delle malattie ovvero delle infermità".

Articolo 9
(Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane)

L'**articolo 9** è volto alla promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva e di **telemedicina** nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, finalizzate a consentire il **mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio**, con prioritario riferimento alla persona cd. "grande anziana" (v. *ante* art. 2 che fa riferimento ai soggetti che abbiano compiuto 80 anni)[48], affetta da almeno una patologia cronica (**comma 1**).
La disposizione, come chiarisce la relazione tecnica, in sostanza è volta ad attuare quanto previsto all'articolo 3, comma 2, lett. a), n. 3 della legge delega n. 33 del 2023 in tema di misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane e nei limiti delle disposizioni finanziarie ivi previste, vale a dire con l'utilizzo delle risorse a normativa vigente nell'ambito dei fondi indicati all'articolo 8 della medesima legge delega[49].

La relazione tecnica chiarisce più in dettaglio che gli interventi presso il domicilio della persona anziana è previsto con prioritario riferimento alla classe di pazienti di 80 anni compiuti, affetti da almeno una patologia cronica, mediante l'erogazione di servizi di sanità preventiva, anche in modalità assistenziale domiciliare di tipo tradizionale ovvero con strumenti e servizi di telemedicina (quali la televisita, il telecontrollo e telemonitoraggio).

Tali prestazioni, ai sensi del **comma 2**, devono essere individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF ed il Ministro per le disabilità, sentito il CIPA - Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (cfr. *ante* articolo 3), previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato Regioni ed autonomie locali[50], da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto di attuazione, e in coerenza con le **progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina**, così come stabiliti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas, in qualità di soggetto responsabile dell'attuazione della Missione 6 - Salute, Componente 1 (Reti di

[48] Si segnala inoltre che nel Report dell'Istituto superiore di sanità "Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici"(2021) è fornita la definizione di anziano, quale persona che abbia compiuto il 65esimo anno di età. Tuttavia, l'allungamento medio della speranza di vita (Italia 85,2 anni per le donne e 80,8 per gli uomini) in base ai recenti dati ISTAT (Rapporto annuale 2019. La situazione del Paese) ha portato ad un aggiornamento del concetto di anzianità portandola a 75 anni. Pertanto, si è prospettata una suddivisione degli anziani in soggetti che appartengono rispettivamente alla terza età (buone condizioni di salute, inserimento sociale, disponibilità di risorse) e alla quarta età (dipendenza da altri, decadimento fisico). Un'altra classificazione considera più analiticamente quattro sottogruppi: giovani anziani (64-74 anni), anziani (75-84 anni), grandi vecchi (85-99 anni) e centenari.

[49] V. *Dossier del 13 marzo 2023.*

[50] Ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), Investimento 2 - Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina, con riferimento alla misura 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, del PNRR.

I servizi di Telemedicina, a livello nazionale, possono inserirsi nel solco della riforma dell'assistenza territoriale/distrettuale già approvata nell'ambito delle riforme obiettivo del PNRR, con il D.M. Salute 23 maggio 2022, n. 77, un regolamento che detta nuovi modelli e standard del sistema finalizzato a modernizzare le cure extraospedaliere per renderle più accessibili ed efficaci rispetto ai bisogni dei cittadini.
Oltre a stabilire i pilastri dell'assistenza primaria, tra i quali le nuove Case della Comunità quali punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria della popolazione di riferimento ed il potenziamento delle cure domiciliari e dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale per la presa in carico del paziente, il nuovo Regolamento sull'assistenza territoriale stabilisce la creazione di **servizi digitalizzati**, per favorire sia l'assistenza a domicilio, attraverso gli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e nell'ambito ospedaliero.
In proposito, nel maggio 2022 è stato pubblicato il Decreto salute 29 aprile 2022, contenente l'approvazione delle linee guida organizzative relative al «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», con l'obiettivo di snellire i processi necessari per migliorare l'assistenza domiciliare attraverso lo sviluppo di tecniche di monitoraggio remoto e di automazione domestica. Con Decreto del 23 gennaio 2023[51] sono state programmate le risorse dell'investimento **"**Casa come primo luogo di cura Assistenza domiciliare – ADI", M6C1 - 1.2.1., con risorse pari a 2.720 milioni di euro. A seguito di una rimodulazione del Piano, è stato inoltre approvata la previsione dell'aumento delle persone anziane che saranno trattate in assistenza domiciliare entro la metà del 2026, per un totale di **almeno 842.000 persone di età superiore ai 65 anni**. A seguito della rimodulazione in aumento del numero degli assistiti (originariamente erano 800.000) sono state rimodulate le risorse nell'ambito della Missione 6, trasferendo dalla Componente 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale) all'investimento per l'obiettivo "Assistenza domiciliare" (subinv. 1.2.1 - M6C1-6) risorse incrementali per 250 milioni di euro.
Con riferimento alla misura 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, il D.M. Salute 1° aprile 2022, ha attribuito la sub-codifica 1.2.3.1 al subinvestimento "**Piattaforma di telemedicina**"[52] - a cui sono stati destinati 250.000.000

[51] Come modificato dal successivo Decreto 24 novembre 2023, prevedendo l'erogazione, a titolo di rimborso, fino al 50% delle risorse riferite all'annualità precedente (2023) [in luogo dell'effettivo 50% di tali risorse] e subordinando l'erogazione dell'acconto del 50% delle risorse previste per l'anno 2024, al raggiungimento di almeno il 90% [e non la totalità] degli obiettivi specifici di incremento totale pazienti over 65 presi in carico previsti per l'anno 2023.

[52] Da febbraio 2023 fino al dicembre 2023 si è svolta la fase di start up, con realizzazione della Piattaforma nazionale di Telemedicina (PNT) da parte dell'operatore economico con collaudo e verbale di avvio dell'infrastruttura entro il 2023 ed inizio della fase di "avvio e consolidamento" della durata di 2 anni circa che terminerà a novembre 2025. A partire da dicembre 2025 inizierà la fase di "gestione a regime" fino alla concessione definitiva della piattaforma all'operatore. La PNT è basata su una tecnologia nativa da remoto (cloud native) per la gestione ed il monitoraggio dei processi di Telemedicina a livello regionale, programmata per integrarsi con gli ecosistemi digitali specifici di ogni Regione, garantendo

euro - e 1.2.3.2 al subinvestimento "**Servizi di telemedicina**"[53] - a cui sono stati destinati 750.000.000 euro -, per il **potenziamento degli interventi di assistenza domiciliare e telemedicina**, con l'obiettivo di assistere in modalità remota 300.000 (in luogo degli originari 200.000) persone fragili entro il termine del 2025. Anche in questo caso, a seguito della rimodulazione in aumento dell'obiettivo, vengono incrementate di 500 milioni di euro le risorse, trasferendole attraverso una rimodulazione a saldo zero nell'ambito della Missione 6 dalla Componente 2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale) alla misura 1.2.3 in esame della Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale).

Con il predetto decreto, ai sensi del **comma 3**, è prevista la **delimitazione del territorio nazionale in tre grandi aree geografiche** e l'attivazione entro 180 giorni dalla data della sua entrata in vigore, in via sperimentale, e per un periodo massimo di 18 mesi, di **almeno un servizio di telemedicina domiciliare** nell'ambito di ciascuna di tali aree geografiche, prioritariamente destinato ai soggetti definitivi in base alle disposizioni di cui al precedente comma 1.

Il **comma 4** prevede inoltre che l'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio dei soggetti di cui al precedente comma 1 possa essere effettuata dalle strutture pubbliche e private accreditate, anche tramite **la rete delle farmacie territoriali**, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, lettera a), del D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, che ha individuato i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del SSN, e secondo le modalità di cui al predetto decreto previsto al comma 2.

In proposito, si ricorda che il D. Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153[54], ha riconosciuto il ruolo della **farmacia come presidio sanitario** in grado di erogare, oltre ai farmaci, una serie di prestazioni sanitarie aggiuntive, individuando "i nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia"[55].

---

l'armonizzazione delle codifiche a livello nazionale, in base ai principi di affidabilità, flessibilità, robustezza e riusabilità, da un lato, e accessibilità, inclusione ed efficienza, dall'altro.

[53] Il DM Salute del 28 settembre 2023 (G.U. del 20.11.2023) ha successivamente disposto il riparto delle risorse per i Servizi di Telemedicina, essendo stati acquisiti e valutati tutti i Piani operativi regionali e provinciali dalla Commissione tecnica di valutazione, istituita presso Agenas con DM Salute 30 settembre 2022. Il riparto, per complessivi 527.101.620 euro (v. tabella del riparto) è stato effettuato in base ai fabbisogni di servizi minimi di telemedicina e del numero dei pazienti da assistere (complessivamente 158.433 entro il 2023 per televisite e telemonitoraggi) indicati in ciascun piano operativo regionale e di provincia autonoma. Le centrali di acquisto sono collocate presso la regione Puglia (per l'acquisizione di postazioni di lavoro) e la regione Lombardia (per l'acquisto di servizi minimi di telemedicina).

[54] Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.

[55] In termini di risorse volte a consentire la concreta ed omogenea attuazione di tale nuovo modello, la legge di Bilancio per il 2018 (commi da 403 a 406, articolo 1, della legge 27 dicembre 2017, n. 205) ha previsto uno stanziamento pari a 6 milioni di euro per il 2018, 12 milioni per il 2019 e 18 milioni per il

L'Agenas (**comma 5**) è chiamata a **verificare l'andamento dell'attività di erogazione dei servizi di telemedicina** prevista dal presente articolo, riferendo al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana sugli **esiti** della stessa, nei tempi e nelle modalità previsti con l'emanando decreto interministeriale.

Infine, il **comma 6** prevede una **clausola di invarianza degli oneri**, disponendo che le prestazioni di telemedicina di cui al presente articolo 9 vengano svolte dalle amministrazioni interessate con le risorse umane, strumentali e finanziarie, disponibili a legislazione vigente.

2020, a valere sulle risorse finanziarie destinate a progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nel settore sanitario, per una sperimentazione triennale dei nuovi servizi in Farmacia in 9 Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto; Emilia-Romagna, Umbria, Lazio; Campania, Puglia, Sicilia). La legge di bilancio per il 2020 (legge 27 dicembre 2019, n. 160) ha poi prorogato al biennio 2021-2022 la sperimentazione nelle 9 regioni iniziali, estendendola, per lo stesso periodo, alle altre 7 regioni a statuto ordinario e autorizzando a tale scopo la spesa di 25,3 mln di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022. Entro il termine del 31 dicembre 2023 le Regioni a statuto ordinario che hanno ricevuto risorse per la sperimentazione della farmacia dei servizi sono tenute alla verifica dell'avvio effettivo delle attività corrispondenti.

Articolo 10
(Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane)

L'**articolo 10** stabilisce che, nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA)[56], deve essere assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una **valutazione multidimensionale unificata** secondo i criteri e le modalità di cui al successivo articolo 27 (v. *infra* la relativa scheda di lettura). La predetta valutazione è prevista in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza ed è, inoltre, espressamente finalizzata alla erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo destinati a favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Si ricorda che, ai fini del provvedimento in esame, è anziana la persona che ha compiuto 65 anni (art. 2, co. 1, lett. *a)*).
Si ricorda, inoltre, che per la definizione di PUA occorre fare riferimento alla legge delega, che, mediante rinvio all'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021), identifica i PUA stessi come servizi integrati, nei termini seguenti: "Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (v. art. 1, lett. *c)*, della legge delega 33/2023).
Si ricorda, altresì, che il D.M. n. 77 del 2022, recante gli standard dell'assistenza sanitaria territoriale, definisce a sua volta i PUA come "la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti", non ricomprendendo nella loro definizione il profilo sociale e sociosanitario attribuito ai PUA dalla legge di bilancio 2022 per le prestazioni rivolte alla non autosufficienza.
Si ricorda, infine, che nell'ambito della disciplina di delega è prevista, tra i princìpi e criteri direttivi generali, la promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un continuum di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare e sulla effettiva presa in carico del paziente anziano (art. 2, co. 2, lett. *e)* della legge 33/2023). La valutazione multidimensionale è ivi prevista anche all'articolo 3 (co. 2, lett. *c)*, n. 1) nell'ambito della delega in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità, e all'art. 4 (co. 2, lett. *l)* e *s)*) nell'ambito della delega in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

[56] Di cui al richiamato articolo l, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022).

Articolo 11
(Promozione, mediante le istituzioni scolastiche e universitarie, dell'incontro e del dialogo intergenerazionale e trasmissione del patrimonio culturale immateriale)

I **commi da 1 a 5** dell'**articolo 11** riguardano la promozione dell'incontro e del dialogo intergenerazionale, con particolare riferimento allo svolgimento di **esperienze di volontariato – da parte degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado –** in favore degli anziani (**commi 2 e 3**), all'adozione, da parte delle università e delle istituzioni di alta formazione artistica e musicale (AFAM), di misure di incentivo e sostegno per i percorsi di studio degli anziani (**comma 4**) e al riconoscimento di **crediti formativi universitari per le attività** svolte in favore degli anziani nell'ambito di convenzioni tra le università e gli enti locali, le aziende sanitarie e le cooperative sociali e assistenziali (**comma 5**).
Il successivo **comma 6** prevede che il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero della cultura possano promuovere attività intese **alla valorizzazione e alla trasmissione** alle nuove generazioni della conoscenza del **patrimonio culturale immateriale** mediante la stipulazione di un apposito protocollo di intesa. Il **comma 7** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Le norme dell'**articolo 11** in esame rientrano nell'ambito dei princìpi e criteri direttivi di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 1), e lettera *b)*, della L. 23 marzo 2023, n. 33 (riguardo ad essi, cfr. la fine della presente scheda).
Più in particolare, il **comma 1** del presente **articolo 11** prevede che le istituzioni scolastiche possano promuovere l'incontro e il dialogo intergenerazionale, nel cui ambito il valore della persona anziana venga accolto e riscoperto per la crescita personale e sociale dei ragazzi.
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
I **commi 2 e 3** prevedono che, al fine del dialogo intergenerazionale, le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e formazione (scuola secondaria di secondo grado) individuino: i criteri e le modalità per promuovere, all'interno del Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), le esperienze di volontariato che gli studenti possano svolgere presso le strutture residenziali o semiresidenziali per le persone anziane o presso il domicilio di queste ultime; i criteri e le modalità affinché tali esperienze siano descritte e riportate nel curriculum dello studente, nonché valorizzate durante lo svolgimento del colloquio dell'esame di Stato. Si ricorda che il **comma 1, lettera *d),*** del precedente **articolo 6** prevede che le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione possano inserire nel PTOF iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni, con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane, e che il **comma 3** dello stesso **articolo 6** prevede, in merito,

una relazione annua da parte delle istituzioni scolastiche. *Si valuti se sia opportuno un coordinamento delle suddette norme* dell'**articolo 6** con i **commi 1-3** del presente **articolo 11**.

Il **comma 4** dell'**articolo 11** prevede che le università e le istituzioni di alta formazione artistica e musicale (AFAM): possano promuovere percorsi di approfondimento volti all'inclusione sociale e culturale delle persone anziane nonché alla promozione del dialogo intergenerazionale; incentivino e sostengano, con apposite misure, nel rispetto della propria autonomia organizzativa, i percorsi universitari degli anziani. *Si valuti l'opportunità di chiarire se l'adozione delle suddette misure di incentivo e sostegno* (nell'ambito della citata autonomia organizzativa) *sia prevista*, come sembrerebbe in base alla formulazione letterale del **comma**, *in termini tassativi oppure*, come sembrerebbe indicato dalle **relazioni illustrativa e tecnica** allegate allo schema, *in termini di possibilità*.

Il successivo **comma 5** dispone che le università, nell'ambito della propria autonomia, valutino, al fine del riconoscimento di crediti formativi (all'interno dei piani di studio individuali), le attività svolte in convenzione tra le università stesse e gli enti locali, le aziende sanitarie e le cooperative sociali e assistenziali per il sostegno della persona anziana; la norma prevede tale possibilità sia per i crediti formativi elettivi (facenti parte del complesso minimo di crediti per il conseguimento della laurea) sia per quelli aggiuntivi e fa particolare riferimento ai corsi di studi inerenti alle classi di laurea L-19 (Scienze dell'educazione e della formazione), L-39 (Servizio sociale), L/SNT1 (Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica), L/SNT2 (Professioni sanitarie della riabilitazione), L/SNT3 (Professioni sanitarie tecniche), L/SNT4 (Professioni sanitarie della prevenzione) e alle classi di laurea magistrale LM-50 (Programmazione e gestione dei servizi educativi), LM-57 (Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione Continua), LM-85 (Scienze pedagogiche), LM-87 (Servizio sociale e politiche sociali), LM/SNT1 (Scienze infermieristiche e ostetriche), LM/SNT2 (Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione), LM/SNT3 (Scienze delle professioni sanitarie tecniche), LM/SNT4 (Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione). *Si valuti l'opportunità di chiarire se il **comma** faccia riferimento anche* (come sembra indicato nella **relazione illustrativa** allegata allo schema) *alle aziende sanitarie diverse da quelle pubbliche.*

Il **comma 6** prevede che il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero della cultura possano promuovere attività intese alla valorizzazione e alla trasmissione alle nuove generazioni della conoscenza del patrimonio culturale immateriale – come definito dalla Convenzione per la salvaguardia del patrimonio culturale immateriale, adottata a Parigi il 17 ottobre 2003 – mediante la stipulazione di un apposito protocollo di intesa. Il **comma** specifica che l'ambito in oggetto concerne anche le conoscenze, i saperi e le pratiche (ivi compresi quelli relativi all'universo e alla natura), nonché i patrimoni linguistici e dialettali. *Si valuti l'opportunità di integrare la rubrica dell'**articolo 11** con il riferimento*

all'oggetto di cui al presente ***comma 6***. Riguardo alla trasmissione del patrimonio suddetto, cfr. anche il **comma 1, lettera *c),*** del precedente **articolo 6**.

Si ricorda che la Convenzione per la salvaguardia del patrimonio culturale immateriale è stata adottata (nella suddetta data del 17 ottobre 2003) dalla Conferenza generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (UNESCO). Ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione, per "patrimonio culturale immateriale" si intendono "le prassi, le rappresentazioni, le espressioni, le conoscenze, il know-how – come pure gli strumenti, gli oggetti, i manufatti e gli spazi culturali associati agli stessi – che le comunità, i gruppi e in alcuni casi gli individui riconoscono in quanto parte del loro patrimonio culturale".

Riguardo ai princìpi e criteri direttivi di delega, si ricorda che la lettera *a)*, numero 1), del suddetto articolo 3, comma 2, della L. n. 33 prevede la "promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro". Inoltre, la lettera *b)* dello stesso articolo 3, comma 2, prevede:

- il "sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale";
- la "promozione di programmi di cittadinanza attiva volti alla coesione tra le generazioni a favore della collettività e delle comunità territoriali, attraverso la partecipazione e con il supporto del servizio civile universale". Riguardo al servizio civile universale, cfr., in particolare, la scheda relativa all'**articolo 14** del presente schema;
- la promozione dell'incontro e della relazione fra generazioni lontane, valorizzando: "per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, le esperienze significative di volontariato, maturate in ambito extrascolastico sia presso le strutture residenziali o semiresidenziali sia a domicilio, all'interno del curriculum dello studente anche ai fini del riconoscimento di crediti scolastici"; "per gli studenti universitari, le attività svolte in convenzione tra le università e le strutture residenziali o semiresidenziali o a domicilio anche ai fini del riconoscimento di crediti formativi universitari".

Il **comma 7** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica, con riferimento all'attuazione del **presente articolo**.

Articolo 12
(Misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana)

L'**articolo 12** prevede la promozione, nel triennio 2024-2026, di **iniziative e progetti nell'ambito dell'attività sportiva**, intesi a sviluppare azioni mirate per le persone anziane. Tale promozione è svolta – anche avvalendosi dei soggetti richiamati dal **comma 1** – dal Ministro per lo sport e i giovani, d'intesa con i Ministri competenti per materia, sentito il Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA)[57]. Il **comma 2** prevede che le iniziative e i progetti siano realizzati a valere su una quota, di importo non superiore a 500.000 euro complessivi per il triennio 2024-2026, delle risorse derivanti dalla dotazione per il 2021 del fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori; il **comma 4** esclude che dall'attuazione del **presente articolo** derivino ulteriori a carico della finanza pubblica. La definizione dei criteri e delle modalità di presentazione delle iniziative e dei progetti è demandata a un decreto ministeriale, adottato secondo la procedura di cui al **comma 3**.

Il presente **articolo 12** si pone in attuazione del principio di delega – di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 8), della L. 23 marzo 2023, n. 33 – relativo all'individuazione, promozione e attuazione di percorsi e di iniziative per il mantenimento delle capacità – fisiche, intellettive, lavorative e sociali – mediante l'attività sportiva (e quindi del mantenimento, come esplicita il medesimo principio di delega, dell'indipendenza funzionale in età avanzata e di una buona qualità di vita).
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** dell'**articolo 12** prevede che il Ministro per lo sport e i giovani, anche avvalendosi della società Sport e Salute S.p.A. e degli enti del Terzo settore, d'intesa con i Ministri competenti per materia, sentito il suddetto CIPA, promuova, nel triennio 2024-2026, iniziative e progetti intesi a sviluppare azioni mirate per le persone anziane, quali l'attivazione di gruppi di cammino lungo percorsi sicuri, urbani o extraurbani, e l'adozione e svolgimento di programmi di attività sportiva organizzata come strumento di miglioramento del benessere psico-fisico, di promozione della socialità e di integrazione intergenerazionale tra giovani e persone anziane (l'indicazione di queste tipologie è operata dal **comma** a titolo esemplificativo). Tali iniziative e progetti sono improntati alle finalità di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e di mantenere una buona

[57] Il CIPA è stato istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dall'articolo 2, comma 3, della L. 23 marzo 2023, n. 33, e successive modificazioni (riguardo al CIPA, cfr., in particolare, la scheda di lettura dell'**articolo 3** del presente schema di decreto).

qualità di vita, nonché di garantire il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali delle persone anziane. *Si consideri l'opportunità di una valutazione, sotto il profilo terminologico, del riferimento ad un'intesa interministeriale,* tenuto conto che, nella terminologia legislativa consueta, si fa riferimento al "concerto" per le procedure in oggetto intragovernative.

Il **comma 2** prevede che le iniziative e i progetti di cui al precedente **comma 1** siano realizzati a valere su una quota, di importo non superiore a 500.000 euro complessivi per il triennio 2024-2026, delle risorse oggetto della Convenzione per la promozione dello sport di base nei territori, firmata il 7 febbraio 2023 tra il Dipartimento per lo sport[58] e la suddetta società Sport e Salute S.p.A., e derivanti dalla dotazione per il 2021 del fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori[59]. *Sotto il profilo letterale, si segnala l'esigenza di rivedere la formulazione delle parole* "da ripartire con decreto del Sottosegretario di Stato allo sport del 27 ottobre 2021". Il **comma 4** esclude che dall'attuazione del **presente articolo** derivino ulteriori a carico della finanza pubblica.

Il **comma 3** prevede che il Ministro per lo sport e i giovani, di concerto con i Ministri della salute e per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, sentito il suddetto CIPA, previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisca con decreto i criteri e le modalità di presentazione delle iniziative e dei progetti di cui al **comma 1**.

[58] Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri.

[59] Tale fondo è stato istituito dall'articolo 1, commi 561 e 562, della L. 30 dicembre 2020, n. 178. Si ricorda che sul disposto del suddetto comma 162 è intervenuta la sentenza della Corte costituzionale n. 123 del 23 marzo-17 maggio 2022.

Articolo 13
(Misure per incentivare la relazione con animali da affezione)

I **commi 1 e 2** dell'**articolo 13** prevedono che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovano **l'accesso degli animali da affezione nelle strutture residenziali e nelle residenze protette relative agli anziani nonché piani di educazione assistita**, concernenti le esigenze degli animali con i quali gli anziani vivono.
Il **comma 4** modifica la disciplina relativa al **fondo per il sostegno agli anziani** (rientranti in un determinato limite di reddito) **proprietari di animali d'affezione**; si introduce, nella procedura di emanazione del decreto attuativo, l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Il **comma 3** prevede l'adozione di misure di sostegno (oltre che per le spese veterinarie, come già previsto dalla disciplina istitutiva del suddetto fondo) per spese di alimentazione degli animali.
Il **comma 5** demanda a un decreto ministeriale l'individuazione (in conformità alle norme di cui al medesimo **comma**) dei requisiti e delle modalità in base ai quali siano possibili, **in favore delle persone anziane** in possesso di un ISEE non superiore a 16.215 euro, **la donazione, l'impiego e la distribuzione gratuita a enti del Terzo settore di medicinali veterinari per animali d'affezione non utilizzati**.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Le norme di cui al presente **articolo 13** si pongono in attuazione del principio di delega – di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 8), della L. 23 marzo 2023, n. 33 – relativo all'individuazione, promozione e attuazione di percorsi e di iniziative per il mantenimento delle capacità – fisiche, intellettive, lavorative e sociali – mediante la relazione con animali di affezione (e quindi del mantenimento, come esplicita il medesimo principio di delega, dell'indipendenza funzionale in età avanzata e di una buona qualità di vita).
In particolare, i **commi 1 e 2** prevedono che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovano: modalità di accesso degli animali da affezione – a fini ludico-ricreativi, educativi e di socializzazione degli anziani – nelle strutture residenziali e nelle residenze protette; piani di educazione assistita, anche attraverso la formazione degli operatori che si prendono cura delle persone anziane, riguardo alle esigenze degli animali con i quali gli anziani vivono. Tali interventi devono essere realizzati conformemente alle linee guida nazionali di cui all'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 25 marzo 2015 sul documento recante "Linee guida nazionali per gli

interventi assistiti con gli animali (IAA)"[60] e nel rispetto delle condizioni e dei requisiti di qualità e sicurezza ivi previsti; inoltre, la suddetta promozione dell'accesso deve rispettare il principio di compatibilità con la valutazione clinica e prognostica della persona anziana interessata.

I **commi 3 e 4** modificano la disciplina relativa al fondo per il sostegno ai soggetti, aventi specifici requisiti anagrafici e reddituali, proprietari di animali d'affezione. Si ricorda che, in base alla disciplina già vigente[61]: tale fondo ha una dotazione di 250.000 euro per ciascuno degli anni 2024-2026; le spese che possono rientrare nelle misure di sostegno sono quelle relative a visite veterinarie, operazioni chirurgiche veterinarie, acquisto di farmaci veterinari; possono accedere al beneficio i soggetti aventi un'età superiore a 65 anni e appartenenti ad un nucleo familiare con un valore di ISEE inferiore a 16.215 euro[62]. Il **comma 3** del presente **articolo 13** prevede, con riferimento al medesimo triennio 2024-2026, che le regioni promuovano progetti per la corresponsione di agevolazioni sia per le spese veterinarie summenzionate sia per le spese alimentari, facendo riferimento, per queste ultime, alla finalità di incentivare l'adozione dei cani ospitati nei canili rifugio e dei gatti ospitati nelle oasi feline da parte delle persone anziane a sé stanti come nucleo familiare (nucleo unipersonale) e in possesso di un ISEE rientrante nel suddetto valore massimo di 16.215 euro. *Si valuti l'opportunità di chiarire se per tutte le tipologie di agevolazioni in oggetto si faccia riferimento alle risorse del fondo summenzionato*, tenuto anche conto che per le sole spese veterinarie il **comma 3** fa riferimento ai criteri del decreto ministeriale attuativo della disciplina del fondo suddetto; *si consideri inoltre l'opportunità di valutare la difformità letterale tra la norma vigente*, che fa riferimento al valore di ISEE inferiore a 16.215 euro, e il **comma 3** in esame, che – così come il successivo **comma 5** – fa riferimento ad un valore non superiore alla suddetta cifra. Il **comma 4** modifica la procedura di emanazione del suddetto decreto ministeriale, inserendo in essa la previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano[63].

Il **comma 5** prevede che con decreto del Ministro della salute si individuino: le modalità che rendano possibile, al fine di sostenere il benessere psicologico delle persone anziane in possesso di un ISEE in corso di validità non superiore a 16.215 euro, la donazione, l'impiego e la distribuzione gratuita a enti del Terzo settore di medicinali veterinari per animali d'affezione non utilizzati; i requisiti dei locali e

---

60 In base all'Accordo citato, gli IAA – che hanno "valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa" – "comprendono tre ambiti di intervento: Terapie Assistite con gli Animali (TAA), Educazione Assistita con gli Animali (EAA) e Attività Assistite con gli Animali (AAA)".

61 Di cui dall'articolo 1, commi 207-209, della L. 30 dicembre 2023, n. 213. Il fondo è iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute.

62 Riguardo all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), cfr. il regolamento di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159.

63 In base alla suddetta disciplina già vigente, il decreto è emanato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il termine ordinatorio di novanta giorni dall'entrata in vigore della citata L. n. 213 del 2023 (il termine decorre quindi dal 1° gennaio 2024); tale provvedimento deve definire gli ulteriori requisiti, i criteri di ripartizione e le modalità di accesso al fondo.

delle attrezzature idonei a garantire la corretta conservazione e le procedure volte alla tracciabilità dei lotti di tali medicinali. Il medesimo **comma**, facendo riferimento esplicito all'esigenza di garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia originarie dei farmaci, specifica che la possibilità in esame può concernere soltanto medicinali in confezioni integre, correttamente conservati e ancora nel periodo di validità, con esclusione dei medicinali veterinari da conservare in frigorifero a temperature controllate nonché dei medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e dei medicinali contenenti sostanze antimicrobiche. Viene infine posto il divieto di qualsiasi cessione a titolo oneroso dei medicinali che siano stati oggetto di tali donazioni.

Articolo 14
(Progetti di servizio civile universale in favore delle persone anziane)

L'**articolo 14** prevede che **i soggetti iscritti all'albo degli enti di servizio civile universale possano presentare progetti di servizio civile universale in favore degli anziani**; le finalità di tali progetti possono consistere in particolare: nello sviluppo delle relazioni intergenerazionali; nella conoscenza dei servizi offerti nei territori; nella promozione di un sistema di sostegno e solidarietà anche in favore degli anziani in condizioni critiche e alle loro famiglie, costituito da servizi di supporto, cura e accompagnamento (anche svolti da *caregivers*).
Il **comma 2** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
L'**articolo 14** in esame prevede che, nel rispetto del Piano triennale 2023-2025 per la programmazione del servizio civile universale[64], i soggetti iscritti all'albo degli enti di servizio civile universale[65] possano presentare progetti di servizio civile universale inerenti alle Aree «Animazione culturale con gli anziani» e «Adulti e terza età in condizioni di disagio» (aree rientranti, rispettivamente, nei settori di intervento «Educazione e promozione culturale, paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport» e «Assistenza»[66]). I progetti possono essere intesi (le finalità non sono indicate in termini tassativi): allo sviluppo delle relazioni intergenerazionali, mediante la conoscenza dei servizi offerti nei territori e la promozione dell'inclusione sociale degli anziani, intesa come partecipazione sociale, economica e culturale; alla promozione di un sistema di sostegno e solidarietà anche in favore degli anziani in condizioni critiche e alle loro famiglie, costituito da servizi di supporto, cura e accompagnamento, anche svolti da *caregivers* (servizi volti a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità).
Il **comma 2** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica, con riferimento all'attuazione del **presente articolo**.
L'**articolo 14** in esame si pone in attuazione del principio di delega (di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *b)*, n. 2), della L. 23 marzo 2023, n. 33) della "promozione di programmi di cittadinanza attiva volti alla coesione tra le generazioni a favore della collettività e delle comunità territoriali, attraverso la partecipazione e con il supporto del servizio civile universale".

---

64 Tale Piano è stato approvato con D.M. del 20 gennaio 2023.
65 Riguardo al suddetto albo, cfr. il richiamato articolo 11 del D.Lgs. 6 marzo 2017, n. 40, e successive modificazioni.
66 I settori di intervento del servizio civile universale sono individuati dall'articolo 3 del citato D.Lgs. n. 40 del 2017, e successive modificazioni.

Articoli 15 e 16
(Linee guida, criteri e standard in materia di senior cohousing *e di* cohousing *intergenerazionale)*

L'**articolo 15** prevede che il Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA)[67], sentita la Cabina di regia per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico[68], predisponga **linee guida** in materia di interventi e modelli di **coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane** (*senior cohousing)* e di **coabitazione intergenerazionale** (*cohousing* intergenerazionale), nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali (aperti anche ad altri soggetti).
Ai lavori di redazione delle linee guida possono essere invitati a partecipare i soggetti richiamati nel **comma 2**.
Il **comma 1** dell'**articolo 16** prevede che nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale siano promosse, in via prioritaria, attraverso **meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito** e definisce i criteri e le procedure generali inerenti a tali meccanismi.
Il successivo **comma 2** demanda a un regolamento ministeriale, da emanarsi previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, **la definizione degli standard edilizi e costruttivi** ai quali le regioni e i comuni debbano attenersi nelle procedure di selezione delle iniziative progettuali di coabitazione **da finanziare**.

Gli **articoli 15 e 16** sono attuativi – insieme con i successivi **articoli 17 e 18**[69] – del principio di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *b)*, n. 6), della L. 23 marzo 2023, n. 33. Esso prevede la "promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing* intergenerazionale), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi

[67] Il CIPA è stato istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, dall'articolo 2, comma 3, della L. 23 marzo 2023, n. 33, e successive modificazioni (riguardo al CIPA, cfr., in particolare, la scheda di lettura dell'**articolo 3** del presente schema di decreto).
[68] Tale Cabina di regia è stata istituita, presso il Ministero dell'economia e delle finanze, dall'articolo 28-*quinquies* del D.L. 22 giugno 2023, n. 75, convertito, con modificazioni, dalla L. 10 agosto 2023, n. 112, e successive modificazioni.
[69] Cfr. la scheda relativa a questi ultimi due **articoli**.

appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi".
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
L'**articolo 15** prevede che il CIPA, sentita la suddetta Cabina di regia, rediga, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, linee guida volte a definire le caratteristiche e i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale (*cohousing* intergenerazionale); riguardo a quest'ultima, la norma fa un particolare riferimento ai giovani in condizioni svantaggiate (**comma 1**). Per la definizione di tali linee guida, il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti o un suo delegato partecipa alle riunioni del CIPA[70].
La partecipazione ai lavori di predisposizione di tali linee guida può essere aperta anche a rappresentanti di istituzioni pubbliche, di enti, di organismi o associazioni portatori di specifici interessi, nonché ad esperti in possesso di comprovate esperienza e competenza nell'ambito dei temi trattati (**comma 2**).
Le forme di coabitazione in oggetto sono realizzate all'interno di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti anche ai familiari, ai volontari, ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi, nonché alle attività degli enti del Terzo settore (**comma 3**).
Il **comma 1** del successivo **articolo 16** prevede che nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale siano promosse, in via prioritaria, attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione, regionale o comunale, e di adeguata progettazione, secondo i seguenti criteri:
a) mobilità e accessibilità sostenibili;
b) ristrutturazione ed efficientamento energetico del patrimonio immobiliare, pubblico e privato, e rigenerazione delle periferie urbane;
c) protezione e tutela dei beneficiari, sotto i profili culturali, ambientali e sociali ad essi inerenti;
d) soddisfacimento in autonomia dei bisogni primari dei beneficiari e promozione della socialità;
e) coerenza con altri interventi sul territorio già finanziati, aventi finalità analoghe o complementari.
Il **comma 2** dello stesso **articolo 16** prevede che, con regolamento, il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede

[70] Si ricorda che, in base al richiamato articolo 2, comma 4, secondo periodo, della L. n. 33 del 2023, ai lavori del CIPA partecipano – oltre ai membri del Governo individuati come componenti fissi del CIPA dal primo periodo dello stesso comma – gli altri Ministri, o loro delegati, aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno.

di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali, entro centoventi giorni dalla data di adozione delle summenzionate linee guida (di cui all'**articolo 15**), definisca gli standard edilizi e costruttivi ai quali le regioni e i comuni debbano attenersi nella selezione delle iniziative progettuali di coabitazione da finanziare ai sensi dell'**articolo 17, commi 1 e 3,** del presente schema[71]; la definizione di tali standard è intesa ad assicurare che il finanziamento pubblico delle suddette iniziative sia conforme ai seguenti obiettivi (oltre che a quello dell'ampliamento dell'offerta abitativa):
a) promuovere l'accessibilità ad una rete di servizi intesi a favorire l'autosufficienza dei beneficiari (la **lettera *a)*** del presente **comma 2** reca, in termini non tassativi, un elenco di servizi);
b) favorire l'accessibilità ai servizi sanitari, ivi compresi quelli domiciliari;
c) promuovere servizi comuni aggiuntivi intesi a favorire la socialità e a garantire l'assistenza medico-sanitaria;
d) facilitare la mobilità dei beneficiari, anche in termini di fruizione da parte degli stessi di spazi verdi e di luoghi di socializzazione. Si ricorda, al riguardo, che la citata L. n. 33 del 2023 prevede[72], tra i princìpi e criteri direttivi di delega, anche la "promozione di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro" (in merito alla mobilità, cfr. la scheda del precedente **articolo 7**).
Si consideri l'opportunità di chiarire se i suddetti standard edilizi e costruttivi siano tassativi anche al fine dell'eventuale finanziamento, ai sensi del successivo **articolo 17, comma 2,** *di progetti pilota a livello ministeriale.*

[71] Cfr. la scheda relativa agli **articoli 17 e 18** (si ricorda che una selezione di progetti a livello invece ministeriale è prevista dal **comma 2** del suddetto **articolo 17**).
[72] All'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 5).

Articoli 17 e 18
(Finanziamento di iniziative progettuali di coabitazione e monitoraggio)

Il **comma 1** dell'**articolo 17** prevede che le regioni e i comuni possano avviare la **selezione di iniziative progettuali di coabitazione, anche sperimentali, finanziabili** a valere sulle fonti ivi richiamate. Il **comma** pone un criterio di priorità per gli interventi di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito e prevede che le iniziative siano selezionate in base alle finalità e alle linee guida di cui al precedente **articolo 15**, nonché in base agli standard costruttivi ed edilizi definiti in via regolamentare ai sensi dell'**articolo 16, comma 2**[73].
Il successivo **comma 2** prevede la possibilità, per il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, di promuovere, **a livello nazionale, progetti pilota sperimentali di coabitazione, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente**; in merito, il successivo **articolo 18** prevede un'attività di monitoraggio e, in caso di esito positivo, di messa a regime di tali forme a livello nazionale.
Il **comma 3** dell'**articolo 17** specifica che, al fine della selezione dei progetti di cui ai **commi 1 e 2**, gli enti proponenti fanno riferimento, in via prioritaria, agli immobili a destinazione pubblica.

Gli **articoli 17 e 18** sono attuativi – insieme con i precedenti **articoli 15 e 16**[74] – del principio di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *b)*, n. 6), della L. 23 marzo 2023, n. 33. Esso prevede la "promozione, anche attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate (*cohousing* intergenerazionale), da realizzare, secondo criteri di mobilità e accessibilità sostenibili, nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi".
Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a)*,** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** dell'**articolo 17** prevede che le regioni e i comuni, in coerenza con la pianificazione e la programmazione del territorio di rispettiva competenza, possano avviare la selezione di iniziative progettuali di coabitazione, anche sperimentali, finanziabili: nell'ambito dei finanziamenti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali in materia di *housing* di cui alla Componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore) della Missione 5 (Inclusione e coesione)

[73] Cfr. la scheda relativa ai suddetti **articoli 15 e 16**.
[74] Cfr. la scheda relativa a questi ultimi due **articoli**.

del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), e tenendo conto di quanto già realizzato, a valere sulle suddette risorse, dagli Ambiti territoriali sociali (ATS)[75]; mediante gli accordi di coesione, stipulati tra il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR e i singoli Presidenti di regione o di provincia autonoma e relativi all'utilizzo di quote del Fondo per lo sviluppo e la coesione per il periodo di programmazione 2021-2027[76] disponibili per le regioni e le province autonome (cfr. l'articolo 1, comma 178, lettera *b)*, n. 2), e lettera *d)*, della L. 30 dicembre 2020, n. 178, e successive modificazioni). Il **comma 1** in esame, al fine del finanziamento in oggetto, pone un criterio di priorità per gli interventi di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito e prevede che le iniziative siano selezionate in base alle finalità e alle linee guida di cui al precedente **articolo 15**, nonché in base agli standard costruttivi ed edilizi definiti in via regolamentare ai sensi dell'**articolo 16, comma 2**[77].

Il **comma 2** dell'**articolo 17** in esame prevede la possibilità, per il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, di promuovere, a livello nazionale, progetti pilota sperimentali di coabitazione, consistenti o rientranti in programmi di rigenerazione o riuso associati ai modelli di coabitazione di cui al precedente **articolo 15, comma 1,** nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente; tali progetti possono essere attuati anche mediante procedure di affidamento in concessione di lavori o servizi, secondo modelli di partenariato pubblico-privato, ai sensi dell'articolo 193 del codice dei contratti pubblici, di cui al D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36. La selezione dei progetti pilota nazionali deve avvenire previa manifestazione di interesse da parte degli enti proponenti, tenendo conto delle finalità elencate dal precedente **articolo 15**.

Il **comma 3** dello stesso **articolo 17** specifica che, al fine della selezione dei progetti di cui ai **commi 1 e 2**, gli enti proponenti fanno riferimento, in via prioritaria, agli immobili a destinazione pubblica, in coerenza con le linee guida inserite nel programma nazionale pluriennale di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, di cui all'articolo 28-*quinquies*, comma 2, lettera *a)*, del D.L. 22 giugno 2023, n. 75, convertito, con modificazioni, dalla L. 10 agosto 2023, n. 112.

Si ricorda che il programma nazionale pluriennale di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico è adottato dalla Cabina di regia[78] istituita dal medesimo articolo 28-*quinquies*, e successive modificazioni; il programma definisce i princìpi, gli strumenti e i criteri per l'attuazione dei relativi interventi; la medesima Cabina di regia

---

[75] Riguardo alla nozione di ATS definita dalla disciplina di delega oggetto del presente schema di decreto, cfr. l'articolo 1, comma 1, lettera *b)*, della citata L. n. 33 del 2023.

[76] Il Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) è, congiuntamente ai fondi strutturali europei, lo strumento finanziario principale attraverso cui vengono attuate le politiche per lo sviluppo della coesione economica, sociale e territoriale e la rimozione degli squilibri economici e sociali, in attuazione dell'art. 119, comma 5, della Costituzione italiana e dell'art. 174 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea. Esso ha la sua origine nei FAS (Fondi per le aree sottoutilizzate), istituiti con la legge finanziaria del 2003, ed ha assunto la sua attuale denominazione con l'art. 4, comma 5, del D. Lgs. n. 88 del 2011.

[77] Cfr. la scheda relativa ai suddetti **articoli 15 e 16**.

[78] Cabina di regia per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico.

cura l'aggiornamento annuale del programma e ne monitora lo stato di avanzamento, promuovendo il coordinamento tra i diversi livelli di governo, gli enti pubblici nazionali e territoriali e ogni altro soggetto, pubblico o privato, competente.

Il **comma 1** dell'**articolo 18** prevede che, al termine di ogni anno del periodo di sperimentazione dei progetti pilota nazionali di cui al suddetto **articolo 17, comma 2,** il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti trasmetta alle Camere una relazione descrittiva degli interventi realizzati e dello stato di avanzamento dei medesimi, dando conto del livello di raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione del territorio, di integrazione sociale e di sostegno alle fasce anziane e deboli della popolazione; *si valuti l'opportunità di far riferimento, per la suddetta trasmissione, al Ministro, anziché al Ministero*. Il **comma 2** del presente **articolo 18** prevede che, in caso di esito positivo dell'attività di monitoraggio, con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti siano determinate le modalità per la messa a regime dei progetti sperimentali nazionali in oggetto. Al riguardo, il **comma** prevede che il decreto sia adottato entro novanta giorni dalla decorrenza del termine di cui al **comma 1**, il quale ultimo, tuttavia, non prevede un termine specifico. *Si valuti l'opportunità di chiarire tale profilo.*

Il successivo **comma 3** reca le clausole di invarianza degli oneri di finanza pubblica, con riferimento all'attuazione del medesimo **articolo 18**.

Articolo 19
(Rete dei servizi di facilitazione digitale)

L'**articolo 19** prevede che il Dipartimento per l'innovazione digitale promuova, fino al 31 dicembre 2026, d'intesa con le regioni, presso i punti di facilitazione digitale, **attività, in favore delle persone anziane, di formazione delle competenze digitali e di supporto nell'utilizzo dei servizi in via digitale delle pubbliche amministrazioni**. Tali interventi sono svolti a valere sulle risorse derivanti dalle previsioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) relative alla rete dei servizi di facilitazione digitale.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
L'**articolo 19 in esame** prevede che la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri competente per l'innovazione tecnologica e la trasformazione digitale – attualmente costituita dal Dipartimento per l'innovazione digitale –, nell'ambito della Missione 1, Componente 1, Asse 1, Investimento 1.7.2, del PNRR[79], promuova, fino al 31 dicembre 2026, d'intesa con le regioni, presso i punti di facilitazione digitale[80], attività, in favore delle persone anziane, di formazione delle competenze digitali e di supporto nell'utilizzo dei servizi in via digitale delle pubbliche amministrazioni. Si prevede che la predetta struttura adotti linee guida di indirizzo che definiscano gli obiettivi di alfabetizzazione digitale e i programmi per il supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie, al fine di coordinare i punti di facilitazione digitale e di garantire un'azione degli stessi coerente con le esigenze degli anziani in materia.
Le attività di formazione e supporto in oggetto sono svolte esclusivamente a valere sulle risorse derivanti dalle suddette previsioni del PNRR relative alla rete dei servizi di facilitazione digitale (il **comma 2** reca il divieto di ulteriori oneri a carico della finanza pubblica). Si ricorda che, per l'Investimento 1.7.2, il PNRR prevede la partecipazione, entro il 30 giugno 2026, da parte di almeno due milioni di cittadini, alle iniziative (rientranti nelle tipologie ivi definite) di educazione digitale e/o di facilitazione condotte dai centri per la facilitazione digitale. Per tale investimento, la **relazione tecnica** allegata al presente schema indica un costo complessivo pari a 135 milioni di euro.

[79] La Missione 1 del PNRR, denominata "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo", si articola in 3 Componenti. L'**articolo 19** in esame fa riferimento all'Asse 1 ("Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione") della Componente 1 e, in particolare, all'Investimento 1.7.2; riguardo a quest'ultimo, cfr. il seguito della presente scheda.

[80] Riguardo alla rete nazionale dei punti di facilitazione digitale, cfr. la seguente url: https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/al-via-la-rete-dei-punti-di-facilitazione-digitale/.

Per un'esemplificazione degli insegnamenti che possono essere forniti nei suddetti punti di facilitazione digitale, cfr. la **relazione illustrativa** allegata al presente schema.

L'**articolo 19** in esame è attuativo del principio di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, n. 7), della L. 23 marzo 2023, n. 33, relativo alla "promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane"; tale principio è inteso a "favorire l'autonomia nella gestione della propria vita" e a "garantire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni".

Articolo 20
(Percorsi nell'ambito degli istituti scolastici per ridurre il divario digitale)

L'**articolo 20** prevede che **gli istituti scolastici del secondo ciclo** di istruzione e formazione favoriscano percorsi che promuovano **la formazione digitale per le persone anziane**. Si prevede altresì che tali percorsi possano rientrare nell'ambito di un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO)[81] inteso alla valorizzazione e allo sviluppo delle competenze digitali e trasversali degli studenti.
Il **comma 3** pone la clausola di invarianza finanziaria.

Si ricorda che, nella disciplina del presente schema, gli anziani, ai sensi del precedente **articolo 2, comma 1, lettera *a),*** sono costituiti dai soggetti che abbiano compiuto i 65 anni di età.
Il **comma 1** dell'**articolo 20** prevede che le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e formazione (scuola secondaria di secondo grado), nell'ambito della propria autonomia e in coerenza con il Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), favoriscano la realizzazione di percorsi formativi che promuovano, negli anziani, la formazione delle conoscenze e delle abilità nell'utilizzo degli strumenti digitali. Il **comma** fa riferimento al fine di ridurre il divario digitale generazionale e favorire l'accesso ai servizi ed alle informazioni mediante l'uso delle tecnologie.
Il **comma 2** prevede che, per la medesima finalità, le suddette istituzioni scolastiche possano realizzare un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO) inteso alla valorizzazione e allo sviluppo delle competenze digitali e trasversali degli studenti (delle scuole del secondo ciclo di istruzione e di formazione), all'interno di un percorso formativo di laboratorio, mirato a introdurre gli anziani all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.
Il **comma 3** reca la clausola di invarianza finanziaria (con riferimento all'attuazione del **presente articolo**).
L'**articolo 20** in esame è attuativo del principio di delega di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, n. 7), della L. 23 marzo 2023, n. 33, relativo alla "promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane"; tale principio è inteso a "favorire l'autonomia nella gestione della propria vita" e a "garantire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni".

[81] I Percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento, precedentemente chiamati "Alternanza scuola lavoro", e così ridenominati dalla Legge di Bilancio 2019, sono stati istituiti dall'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 77/2005 (*Definizione delle norme generali relative all'alternanza scuola-lavoro*), in attuazione dell'art. 4, comma 1, della legge delega n. 53 del 2003.

Articolo 21
(Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente)

L'**articolo 21**, composto da 8 commi, dispone in merito alla **definizione e all'articolazione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente** (SNAA).
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che, in base alla disciplina di delega recata dall'art. 4 della legge 33/2023 (co. 2, lett. *b)* e *c)*), il legislatore delegato è chiamato alla definizione dello SNAA, come modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai princìpi di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni e comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza degli anziani non autosufficienti, di Stato, regioni e comuni, che mantengono le titolarità esistenti. E' chiamato, inoltre, a prevedere che lo SNAA programmi in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente, nel rispetto degli indirizzi generali elaborati dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore, con il concorso dei seguenti soggetti, secondo le rispettive prerogative e competenze: 1) a livello centrale, il CIPA; 2) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti, i comuni e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione; 3) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.
Il CIPA, istituito dall'art. 2, co. 3, della legge 33/2023, ha il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza. Il CIPA è presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ed è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per lo sport e i giovani, per gli affari regionali e le autonomie e dell'economia e delle finanze o loro delegati. Ad esso partecipano, altresì, gli altri Ministri o loro delegati aventi competenza nelle materie oggetto dei provvedimenti e delle tematiche posti all'ordine del giorno del Comitato.
Si ricorda che è dedicato alla disciplina del ruolo del CIPA l'articolo 3 del provvedimento in esame (v. sopra la relativa scheda di lettura).

Secondo il **comma 1** dell'articolo in esame, lo **SNAA** è costituito dall'**insieme integrato dei servizi e delle prestazioni** sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti (quanto a queste ultime, per la relativa definizione, v. scheda

di lettura dell'art. 2 del presente provvedimento). Al fine di garantire l'effettivo godimento del diritto all'assistenza delle persone anzidette, attraverso l'accesso all'insieme dei servizi e delle prestazioni sociali e sanitarie, i soggetti che compongono lo SNAA sono chiamati a operare in coerenza con le strategie raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità e con l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea[82].

Il **comma 2** dell'articolo in disamina stabilisce che i **soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA** sono le amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'INPS, le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS). La **coerenza della programmazione** è da realizzare mediante il concorso di ciascun livello dell'articolazione funzionale, in base alle rispettive competenze, strumenti e risorse finanziarie, secondo il seguente riparto: a livello centrale, il CIPA; a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni singoli o associati in ATS e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma; a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.
Si prevede che spetti al CIPA l'adozione, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, previa intesa in sede di Conferenza unificata, e sentite le parti sociali, le associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità.

Si ricorda che, secondo quanto già stabilito dal richiamato articolo 2, comma 3, lett. *a*), della legge delega 33/2023, il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, 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», che sostituisce, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza. Sulla base dei suddetti Piani nazionali sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali.

Secondo il **comma 3** dell'articolo in esame, i soggetti di cui al precedente comma 2, nell'ambito delle rispettive competenze, sono impegnati a garantire tra loro il **massimo livello possibile di cooperazione amministrativa** nel rispetto dei principi di leale collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni, province autonome e comuni nonché dei principi di sussidiarietà per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione e monitoraggio degli interventi posti in

[82] Il succitato articolo 25 stabilisce che l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

essere a favore della popolazione anziana non autosufficiente, garantendo la piena attuazione degli "indirizzi generali" elaborati dal CIPA ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettere *a), b), c) e d),* della legge delega n. 33 del 2023.
Le richiamate lettere da *a)* a *d)* conferiscono al CIPA compiti in materia di: adozione del «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» e del «Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana»; promozione dell'armonizzazione dei LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti con i LEA; integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e adozione di un sistema di monitoraggio nazionale; monitoraggio sull'attuazione dei Piani predetti e approvazione di una relazione annuale sullo stato di attuazione degli stessi. Indirizzi generali del CIPA sono invece espressamente previsti dall'art. 4, co. 2, lett. *c)* della legge delega 33/2023, in relazione alla programmazione dello SNAA. *Si consideri, sotto il profilo redazionale, l'opportunità di un approfondimento circa le disposizioni da richiamare in tema di indirizzi generali del CIPA rivolti allo SNAA.*

Il **comma 4** dell'articolo in disamina stabilisce che lo SNAA persegue i propri obiettivi attraverso la **programmazione integrata** delle misure sanitarie e sociali a titolarità pubblica che interessano le persone anziane non autosufficienti, **nel rispetto dei principi di appropriatezza, tempestività ed efficacia** delle prestazioni, degli interventi e dei servizi destinati alle medesime persone anziane non autosufficienti.

Il successivo **comma 5** stabilisce che **il CIPA, per l'esercizio della sua funzione di programmazione** in materia di invecchiamento attivo, inclusione sociale e prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e di assistenza e cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana**, si avvale delle risultanze delle attività di monitoraggio** relative al complesso dei servizi e delle prestazioni erogate dai soggetti che compongono lo SNAA. L'avvalimento delle predette risultanze è espressamente finalizzato a promuovere, in raccordo con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP, una migliore **armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) con i livelli essenziali di assistenza (LEA)** e allocazione delle relative risorse, l'adozione di strumenti di pianificazione e di programmazione multisettoriali, l'organizzazione e realizzazione integrata degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti. È previsto che tali obiettivi siano perseguiti nel rispetto delle prerogative del SSN e degli enti eroganti assistenza sociale e nel rispetto delle competenze organizzative degli enti preposti, sia a livello regionale che locale.

Si ricorda che l'art. 1, comma 159, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022) ha fornito una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) – sottoinsieme della più ampia categoria dei LEP, analogamente ai summenzionati LEA –

come gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. Il successivo comma 160 ha previsto che, al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS siano realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'art. 8, comma 3, lettera a) della legge n. 328 del 2000[83]. I successivi commi 167 e 169 della legge di bilancio 2022 hanno stabilito, infine, che rispettivamente con DPCM e con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali siano, nel primo caso, determinate le modalità attuative dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e, nel secondo caso, definiti i LEPS negli altri ambiti del sociale individuati dall'art. 22 della citata legge n. 328 del 2000.
I livelli essenziali di assistenza (LEA) in materia sanitaria, individuati a suo tempo dal DPCM 29 novembre 2001, sono stati aggiornati, da ultimo, con DPCM 12 gennaio 2017. I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Il **comma 6** dell'articolo in esame dispone in ordine alle **modalità di adozione, da parte del CIPA,** del summenzionato **Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana**[84]. Dette modalità sono individuate mediante rinvio all'articolo 21, commi 6, lettera *c)*, e 7 del decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147[85]. Il richiamato comma 6, lettera *c)*, dell'art. 21 attribuisce alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale, istituita presso il Ministero del lavoro, il compito di elaborare, tra gli altri, un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze. Il successivo comma 7 dell'art. 21, del pari richiamato, stabilisce che, su proposta della Rete, i Piani, tra cui quello per la non autosufficienza, sono adottati "nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferiscono sono ripartiti alle regioni".
L'adozione del Piano anzidetto è prevista espressamente anche al fine dell'individuazione delle priorità di intervento per il successivo aggiornamento dei LEPS, e viene precisato che il Piano medesimo costituisce parte integrante del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di cui all'articolo 18 della legge n. 328/2000.

---

83 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

84 Di cui al richiamato articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023.

85 Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà. Il richiamato comma 6, lettera c) dell'art. 21 attribuisce alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale, istituita presso il Ministero del lavoro, il compito di elaborare, tra gli altri, un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze. Il successivo comma 7 dell'art. 21, del pari richiamato, stabilisce che, su proposta della Rete, i Piani sono adottati nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferiscono sono ripartiti alle regioni.

In relazione al Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, si valuti l'opportunità di un coordinamento tra il comma in esame e il precedente comma 2, lettera a), *considerato che entrambi tali commi disciplinano, in maniere diverse, le modalità di adozione del suddetto Piano.*

Si ricorda che, in base al richiamato art. 18 della legge 328/2000, il Governo predispone ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, con deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa nella Conferenza unificata, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Il Piano, tra l'altro, indica gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti, nonché gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti agli anziani.

Il **comma 7** dell'articolo in disamina prevede che le regioni e le province autonome elaborino i **Piani regionali** corrispondenti ai summenzionati Piani nazionali adottati dal CIPA (v. *sub* comma 2 del presente articolo) e li trasmettano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione dei LEPS. Sulla base dei dati di monitoraggio e della relativa valutazione, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali procede agli interventi di verifica e all'adozione, nel rispetto delle previsioni di legge, delle necessarie misure correttive.

Si ricorda che la legge di bilancio 2024 (L. 213/2023), al comma 198 dell'articolo 1, ha operato una ridefinizione in termini uniformi degli obblighi di monitoraggio e di rendicontazione – da parte delle regioni – degli interventi inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) relative al settore della non autosufficienza nonché degli interventi di sostegno ai soggetti con disabilità grave e alle relative famiglie. La rendicontazione è resa al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
La legge quadro sull'assistenza sociale (L. n. 328 del 2000) ha stabilito che i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) corrispondono all'insieme degli interventi garantiti, sotto forma di beni o servizi, secondo le caratteristiche fissate dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, e attuati nei limiti delle risorse finanziarie.
Riguardo al settore della non autosufficienza, si ricorda che con il D.P.C.M. 3 ottobre 2022 sono stati adottati il Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. Il suddetto Piano individua, nel limite delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, "lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale".

Secondo quanto previsto dal **comma 8** dell'articolo in esame, alla realizzazione della programmazione integrata - che come detto compete allo SNAA, in base al precedente comma 4 - concorrono le attività concernenti l'attuazione delle linee di intervento progettuale a valere sulle **missioni 5 (Inclusione e coesione) e 6 (Salute)**, unitamente a quelle concernenti la **rigenerazione urbana** e la **mobilità accessibile e sostenibile**, del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** del Governo italiano.

Articolo 22
(Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS))

L'**articolo 22**, composto da due commi, dispone in ordine alle modalità di determinazione degli **obiettivi di servizio** e alle modalità della **progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali** (LEPS), nonché in ordine alle relative **modalità di erogazione** tramite gli ambiti territoriali sociali (ATS).
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Il **comma 1** prevede che siano progressivamente individuate, nei limiti delle risorse disponibili, le modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e della progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) come indicati dall'articolo l, commi 162 e 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi. Viene precisato che la predetta individuazione progressiva è da realizzarsi in coerenza con quanto recato dall'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68[86].

Si ricorda che, nell'ambito della legge di bilancio 2022, la disposizione pertinente alla definizione dei LEPS è il comma 159 dell'articolo 1, secondo il quale i LEPS medesimi sono gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

[86] D. lgs. recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario". L'articolo 13 summenzionato, in particolare, concerne livelli essenziali delle prestazioni e obiettivi di servizio. Ivi si stabilisce, in primo luogo, che, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, nonché della specifica cornice finanziaria dei settori interessati relativa al finanziamento dei rispettivi fabbisogni standard nazionali, la legge statale stabilisce le modalità di determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Si prevede, inoltre, che i livelli essenziali delle prestazioni siano stabiliti prendendo a riferimento macroaree di intervento, ciascuna delle quali omogenea al proprio interno per tipologia di servizi offerti, indipendentemente dal livello di governo erogatore. Per ciascuna delle macroaree sono definiti i costi e i fabbisogni standard, nonché le metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti. Quanto agli obiettivi di servizio, si prevede che, fino alla determinazione, con legge, dei livelli essenziali delle prestazioni, tramite intesa conclusa in sede di Conferenza unificata sono stabiliti i servizi da erogare, aventi caratteristiche di generalità e permanenza, e il relativo fabbisogno, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

I richiamati commi 162 e 163 ineriscono, rispettivamente, al ruolo degli ATS nella erogazione dei servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, e ai punti unici di accesso (PUA) quali strumenti di accesso delle persone in condizioni di non autosufficienza ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari.
Dal rinvio operato dal comma in esame ai predetti commi 162 e 163 si desume che i LEPS, per quanto qui rileva, sono *in primis* i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane (comma 162)[87], nonché i servizi sociali e i servizi sociosanitari alle persone (anziane) in condizioni di non autosufficienza (comma 163).
Quanto al riferimento ai criteri per l'attuazione degli interventi, si ricorda che l'articolo 3 del presente provvedimento (v. sopra la relativa scheda di lettura) prevede che il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) individui le seguenti tipologie di criteri: criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale; criteri per assicurare l'attuazione e l'uniforme applicazione degli interventi, dei progetti e dei servizi anzidetti.

Il comma in esame stabilisce, inoltre, che resta fermo quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017[88]. Il richiamato art. 23 concerne il coordinamento dei servizi territoriali e la gestione associata dei servizi sociali. Tra l'altro, esso stabilisce che, nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego. Stabilisce, inoltre, che l'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e province autonome costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili.

[87] Il comma 162 menziona le seguenti aree: a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione; b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie. V. al riguardo le corrispondenti previsioni recate dal comma 2 dell'articolo in esame.

[88] Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.

Il **comma 2** dell'articolo in disamina prevede che i LEPS e gli obiettivi di servizio di cui al comma 1 siano erogati dagli ATS nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

Si ricorda che gli «ambiti territoriali sociali (ATS)» sono i soggetti giuridici[89] che garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, riforma 1.2, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in raccordo con quanto previsto dal regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR (art. 1, co. 1, lett. *b),* della legge delega n. 33 del 2023).
Nella disciplina di delega è previsto che gli ATS costituiscano la sede operativa dei servizi sociali degli enti locali del territorio per lo svolgimento omogeneo sul territorio stesso di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS nonché per la gestione professionale di servizi integrati in collaborazione con i servizi sociosanitari (art. 4, co. 2, lett. *g),* della legge delega n. 33 del 2023).

[89] Di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Articolo 23
(Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS))

L'**articolo 23**, composto da 4 commi, disciplina il sistema di **monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali** (LEPS).
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che la disciplina di delega richiede l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati nonché di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le procedure di monitoraggio dei LEA (art. 4, co. 2, lett. *e)* della legge delega n. 33 del 2023). È previsto, inoltre, che il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) promuova l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi (art. 3, co. 3, lett. *c)* della legge delega n. 33 del 2023).
Il provvedimento in esame dedica al ruolo del CIPA l'articolo 3 (v. sopra la relativa scheda di lettura).

Il **comma 1** dell'articolo in esame demanda ad un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia delle finanze, con il Ministro della salute e con il Ministro per le disabilità, da adottare previa intesa nella Conferenza Stato-regioni, in raccordo con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP, la definizione, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, del **sistema di monitoraggio** e dei relativi **criteri** nonché degli **indicatori** specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché degli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, in coerenza a quanto indicato nella legge delega n. 33 del 2023, articolo 4, comma 2, lettera *e)*.

Si ricorda che la richiamata disposizione della legge delega richiede l'adozione di un sistema di monitoraggio dell'erogazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e di valutazione dei risultati nonché di un correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, ferme restando le prescritte procedure di monitoraggio dei LEA.

In base al **comma 2** dell'articolo in disamina, con cadenza triennale, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali effettua una **verifica**, sulla base delle attività di

monitoraggio specificamente previste e disciplinate per ciascuno dei settori considerati, del **grado di adeguatezza dei LEPS**.

Il successivo **comma 3** prevede che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, l'INPS, le regioni e le province autonome, i comuni e gli ambiti territoriali sociali (ATS) favoriscano l'**interoperabilità** dei propri "sistemi", nel rispetto delle linee guida sull'interoperabilità tecnica delle pubbliche amministrazioni adottate dall'Agenzia per l'Italia digitale[90] (AGID) e delle linee guida definite dall'Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD)[91].
Si valuti l'opportunità, sul piano formale, di specificare che si fa qui riferimento ai sistemi informatici.
Tale previsione in tema di interoperabilità è dichiaratamente attuativa di quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lettere *l)* e *n)*, della legge delega n. 33 del 2023, nonché espressamente finalizzata ad agevolare l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021). Le richiamate disposizioni della legge delega richiedono la semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi (lettera *l)*), nonché, con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ATS e del Servizio sanitario nazionale, nei limiti della capienza e della destinazione delle rispettive risorse, finalizzata, con un approccio di efficientamento e di maggior efficacia delle azioni, della normativa e delle risorse disponibili a legislazione vigente, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale (lettera *n)*). Il comma 163 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2022, del pari richiamato, stabilisce che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai

[90] Le citate Linee Guida dell'AGID individuano le tecnologie e gli standard che le Pubbliche Amministrazioni devono tenere in considerazione durante la realizzazione dei propri sistemi informatici, al fine di permettere il coordinamento informativo e informatico dei dati tra le amministrazioni centrali, regionali e locali, nonché tra queste e i sistemi dell'Unione Europea, con i gestori di servizi pubblici e dei soggetti privati. Si ricorda che l'AGID è agenzia tecnica della Presidenza del Consiglio, cui è affidato il compito di garantire la realizzazione degli obiettivi dell'Agenda digitale italiana e contribuire alla diffusione dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, favorendo l'innovazione e la crescita economica.

[91] Al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari, ivi inclusi quelli di telemedicina, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ha assunto il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD), cfr art. 21, co. 1, lett. *u)* del d.l. 27 gennaio 2022, n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022, n. 25.

servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».

Il comma in disamina stabilisce, inoltre, che con il decreto di cui al comma 1, relativo al sistema di monitoraggio del LEPS, sono definite le modalità attuative per la **messa a disposizione di sistemi informativi e gestionali** allo scopo di agevolare le attività di presa in carico e di trasmissione obbligatoria alle banche dati del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)[92], delle informazioni concernenti le ulteriori prestazioni e i servizi erogati a livello locale ai soggetti destinatari dei servizi e delle prestazioni di cui al presente provvedimento, anche ai fini della verifica della sussistenza dei requisiti di cui alle norme attuative dell'articolo 5 della legge delega n. 33 del 2023, nonché della progressiva attuazione dei LEPS, per garantire l'effettiva erogazione ai cittadini aventi diritto.

Si ricorda che il citato articolo 5 della legge delega 33/2023 reca una 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.

Si ricorda, inoltre, che il SIUSS è stato istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali dall'art. 24 del d. lgs. 147/2017[93], per le seguenti finalità:
a) assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e delle prestazioni erogate dal sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e di tutte le informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche sociali;
b) monitorare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni;
c) rafforzare i controlli sulle prestazioni indebitamente percepite;
d) disporre di una base unitaria di dati funzionale alla programmazione e alla progettazione integrata degli interventi mediante l'integrazione con i sistemi informativi sanitari, del lavoro e delle altre aree di intervento rilevanti per le politiche sociali, nonché con i sistemi informativi di gestione delle prestazioni già nella disponibilità dei comuni;
e) elaborare dati a fini statistici, di ricerca e di studio.

Il **comma 4** prevede, al fine indicato di garantire l'attuazione del presente articolo, che si applichino le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 198, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (legge di bilancio 2024).
Il comma richiamato della legge di bilancio 2024 prevede che le regioni, per garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nel settore della non autosufficienza, monitorino e rendicontino al Ministero del lavoro e delle politiche sociali gli interventi programmati e realizzati a valere sulle risorse ad esse

[92] Di cui al richiamato articolo 24 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.
[93] Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.

trasferite. Le regioni acquisiscono le relative informazioni dalla specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIUSS), utilizzando come unità di rilevazione l'ambito territoriale sociale. Le regioni rilevano altresì annualmente, per ciascun ambito territoriale sociale, ai fini del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio secondo le previsioni definite dalla relativa programmazione nazionale e regionale. Con le medesime modalità sono assicurati le attività di monitoraggio e gli interventi di garanzia da parte regionale sull'erogazione dei servizi e delle prestazioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare e di quelle di sostegno in favore di persone con disabilità grave e delle relative famiglie.

Articolo 24
(Funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS))

L'**articolo 24**, composto da 5 commi, disciplina le **funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali** (ATS).
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che gli «ambiti territoriali sociali (ATS)» sono i soggetti giuridici[94] che garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, riforma 1.2, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in raccordo con quanto previsto dal regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale, in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1, del PNRR (art. 1, co. 1, lett. *b)*, della legge delega n. 33 del 2023).
Nella disciplina di delega è previsto che gli ATS costituiscano la sede operativa dei servizi sociali degli enti locali del territorio per lo svolgimento omogeneo sul territorio stesso di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS nonché per la gestione professionale di servizi integrati in collaborazione con i servizi sociosanitari (art. 4, co. 2, lett. *g)*, della legge delega n. 33 del 2023).
Ivi è inoltre stabilito che, ferme restando le prerogative e le attribuzioni delle amministrazioni competenti, occorre promuovere l'integrazione funzionale tra distretto sanitario e ATS, allo scopo di garantire l'effettiva integrazione operativa dei processi, dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza (art. 4, co. 2, lett. *h)*, della legge delega n. 33 del 2023), nonché assicurare il coinvolgimento degli ATS con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare e alla integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) (art. 4, co. 2, lett. *n)*, della legge delega n. 33 del 2023).
Gli ATS figurano inoltre tra i soggetti che concorrono a livello locale all'attività di programmazione dello SNAA (art. 4, co. 2, lett. *c)*, della legge delega n. 33 del 2023; al riguardo v. anche sopra la scheda di lettura dell'articolo 21).

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che gli ATS provvedono a garantire, sulla base degli indirizzi forniti dallo SNAA e della programmazione regionale, lo **svolgimento omogeneo** di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione,

[94] Di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della missione 5, componente 2, riforma 1.2[95], del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale (di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77), in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e della missione 6, componente 1, riforma 1[96], del PNRR.

Si ricorda che il richiamato art. 1, co. 169, della legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha previsto la fissazione con regolamento di standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute. Sulla base di tale comma sono stati fissati gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali (D.M. 22 febbraio 2007, n. 43), all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 aprile 2015, n. 70) e all'assistenza territoriale (succitato D.M. 23 maggio 2022, n. 77).

Il **comma 2** dell'articolo in esame prevede che gli ATS, per lo svolgimento delle funzioni proprie, **si avvalgano della collaborazione delle infrastrutture sociali** in capo alle istituzioni di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, ovvero di quelle di ogni altro soggetto pubblico o privato operante sul territorio, cui sono assegnati, secondo le previsioni di legge nazionali e regionali, compiti e funzioni nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone.

Si ricorda che le istituzioni di cui al richiamato decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207[97] sono le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB, poi indicate usualmente come "*ex* IPAB", a seguito del riordino disposto dal predetto d. lgs. e delle conseguenti trasformazioni).
Il d. lgs. n. 207/2021 prevedeva per le IPAB, nell'ambito del riordino, due differenti soluzioni:
- le istituzioni svolgenti in via diretta attività di erogazione di servizi assistenziali erano chiamate, salvo alcune eccezioni, ad operare una trasformazione in Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) con personalità giuridica di diritto pubblico;
- il mutamento in fondazioni o associazioni di diritto privato era destinato alle istituzioni per le quali fossero accertate le condizioni prescritte dal D.p.c.m. 16 febbraio 1990. Quest'ultimo decreto indicava tre requisiti alternativamente necessari a riconoscere la personalità giuridica di diritto privato delle ex IPAB a carattere regionale, che erano: il carattere associativo, quello di istituzione promossa ed amministrata da privati e l'ispirazione religiosa. In tale quadro, il D.Lgs. n. 207/2001 ha rinviato alla disciplina regionale la definizione del ruolo e delle funzioni delle IPAB trasformate; le modalità di

[95] Riforma del sistema degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.
[96] Riforma concernente Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima.
[97] Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della L. 8 novembre 2000, n. 328.

concertazione con i diversi livelli istituzionali; nonché, in sede di pianificazione territoriale, la definizione delle modalità di partecipazione delle IPAB e della loro rappresentanza alle iniziative di programmazione e gestione dei servizi; oltre che l'apporto delle IPAB al sistema integrato dei servizi sociale e socio-sanitari.
Peraltro, con la riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione, di cui alla legge cost. n. 3 del 2001, quella dei servizi sociali è divenuta materia di potestà legislativa residuale delle regioni. In materia di IPAB, risultano aver legiferato le regioni Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria e Valle d'Aosta.

Si valuti, alla luce dell'esposto quadro normativo, se l'espressione "istituzioni di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207" sia eventualmente meritevole di riconsiderazione.

In base al **comma 3** dell'articolo in disamina, agli ATS sono attribuite le seguenti **funzioni**:
a) coordinamento e *governance* del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
b) pianificazione e programmazione degli interventi in base ad una analisi dei bisogni;
c) erogazione degli interventi e dei servizi;
d) gestione del personale nelle diverse forme associative adottate.

Si ricorda che, in base alla summenzionata legge n. 328 del 2000, la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cui programmazione e organizzazione compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112[98] e della stessa legge 328/2000, secondo i princìpi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Il **comma 4** dell'articolo in esame stabilisce che gli ATS e i distretti sanitari, nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, sulla base di quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'art. 2, comma 3, lettera *a)*, della legge 33/2023, provvedono ad individuare **modalità semplificate di accesso** agli interventi sanitari, sociali e sociosanitari attraverso i punti unici di accesso (PUA).

I PUA sono individuati dal comma in esame con riferimento all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022). Si tratta della stessa disposizione richiamata nell'ambito della disciplina di delega, all'interno della definizione dei PUA (cfr art. 1, co. 1, lett *c)* della legge delega n. 33 del 2023). In base al citato comma 163, il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza

[98] Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.

l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

Il **comma 5** dell'articolo in disamina stabilisce che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ad adottare "entro centoventi giorni" e ad aggiornare periodicamente **linee guida** finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione dei LEPS nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente. L'adozione delle predette linee guida è espressamente prevista anche ai sensi dell'articolo 1, comma 161, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021). Il succitato comma 161 prevede che, per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 della stessa legge di bilancio 2022, siano definite linee guida, adottate mediante apposita intesa in sede di Conferenza Unificata su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze. Le linee guida in questione sono finalizzate a garantire l'omogeneità del modello organizzativo degli ambiti territoriali sociali e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

Si valuti l'opportunità di precisare da quando decorra il previsto termine di 120 giorni per l'adozione delle linee guida previste dal comma in esame.

Articolo 25
(Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale)

L'**articolo 25**, composto da 6 commi, reca disposizioni in materia di servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale.
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

In base al **comma 1**, "si promuove" l'**implementazione di servizi di comunità** che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo al tempo stesso la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità, nonché per la promozione della domiciliarità delle cure e dell'assistenza.

Il comma in esame precisa che la prevista implementazione dei servizi di comunità deve avvenire in coerenza con alcune indicazioni, contenute sia in atti legislativi che in atti non legislativi.
Sono anzitutto richiamate le indicazioni normative dell'articolo 3, comma 2, lettera *a)*, numero 2 e dell'articolo 4, comma 2, lettera *f)* della legge delega n. 33 del 2023, vale a dire i principi e criteri direttivi concernenti: la promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro; il coordinamento, per i rispettivi ambiti territoriali di competenza, degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in favore degli anziani non autosufficienti erogati a livello regionale e locale, tenuto conto delle indicazioni fornite da enti e società che valorizzano la collaborazione e l'integrazione delle figure professionali in rete.
Sono poi richiamati: la Guida per lo Sviluppo dei programmi nazionali per città e comunità amichevoli per la vecchiaia[99]; il Piano di azione globale sulle risposte di salute pubblica alla demenza 2017-2025 dell'Organizzazione mondiale della sanità[100]; il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in

[99] È una Guida dell'Oms che fornisce indicazioni approfondite su come avviare e sostenere programmi nazionali in ogni paese per accelerare la creazione di ambienti a misura di anziano: migliori luoghi in cui crescere, vivere, lavorare, giocare e invecchiare. Le città e le comunità a misura di anziano, afferma l'Oms, "migliorano l'accesso ai servizi chiave e consentono alle persone di tutte le età di essere e fare ciò che apprezzano".

[100] Il Piano è stato adottato all'unanimità dall'Oms il 29 maggio 2017 in occasione della sessantesima sessione dell'Assemblea mondiale della sanità, a Ginevra. Il Piano punta a dare una risposta globale al crescente impatto della demenza e comprende quindi obiettivi per l'avanzamento della coscienza della demenza, la riduzione dei rischi, la diagnosi, la cura e il trattamento, il sostegno ai caregiver e alla

buona salute[101] (PEI sull'AHA) dell'Unione europea; il Piano di azione 2021-2030 per la vecchiaia in salute dell'ONU[102].

Il **comma 2** stabilisce che all'applicazione di quanto previsto dal comma 1 **concorrono** in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali nonché la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, ivi inclusa la rete delle farmacie territoriali. Il concorso all'implementazione dei servizi di comunità è previsto in coerenza con le strategie che raccomandano un impegno dell'intera comunità a supporto delle persone a rischio di marginalizzazione e di esclusione sociale. Viene specificato che l'attuazione di tali servizi viene garantita attraverso i soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati nonché attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo settore, dei familiari e la collaborazione delle associazioni di volontariato, delle reti informali di prossimità e del servizio civile universale.

Il **comma 3** prevede che, ai fini dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari di cui al presente provvedimento, l'insieme dei servizi di comunità e prossimità di cui al comma 2 concorre all'integrazione e attuazione dei LEPS con i LEA.
È poi previsto che alle finalità anzidette possano concorrere gli enti del Terzo settore, anche con le modalità previste dagli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione di cui agli articoli da 55 a 57 del decreto legislativo n. 117 del 2017 e dalle linee guida approvate con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 31 marzo 2021, n. 72[103].

Si ricorda che, in base al richiamato articolo 55 del d. lgs. 117/2017 (Codice del Terzo settore), le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento. Gli articoli 56 e 57 del medesimo Codice, del pari

ricerca. Il Piano affronta i principali problemi della politica sulla demenza, con l'obiettivo di ridurne l'impatto a livello locale e globale.

[101] Il Partenariato europeo per l'innovazione nell'invecchiamento attivo e in buona salute è un'iniziativa che mira a promuovere l'uso dell'innovazione del digitale per l'invecchiamento attivo e in buona salute.

[102] La proposta relativa al Piano di azione sulla vecchiaia in salute 2021-2030 è stata approvata dalla 73a Assemblea mondiale della sanità il 3 agosto 2020 ed accolta con favore anche dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 14 dicembre 2020 (Risoluzione 75/131), che ha portato alla proclamazione del Decennio delle Nazioni Unite per l'invecchiamento in buona salute (2021-2030). Il documento descrive il piano per un decennio di invecchiamento in buona salute (2021-2030) e consiste in 10 anni di collaborazione concertata e sostenuta. Gli anziani sono posti al centro di tale piano, che vede la collaborazione tra governi, società civile, agenzie internazionali, professionisti, mondo accademico, media e settore privato per migliorare la vita degli anziani, delle loro famiglie e delle loro comunità.

[103] Linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed enti del Terzo settore negli artt. 55-57 del D.Lgs. n. 117/2017.

richiamati, riguardano, rispettivamente, l'istituto della convenzione[104] in termini generali e le convenzioni in materia di servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza.

Il **comma 4** stabilisce che la logica di rete e di sussidiarietà orizzontale richiamata al comma 1 è orientata alla persona ed è basata sull'i**ntegrazione delle varie risposte disponibili** e sulla loro modulazione nel tempo secondo gli obiettivi definiti nel PAI, in un *continuum* di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni della persona anziana e del contesto di vita familiare e relazionale.

Si ricorda che i PAI, nella definizione datane dalla disciplina di delega (art. 1, co. 1, lett. *d)* della legge n. 33/2023), sono i progetti individuali definiti dall'équipe integrata che opera presso i punti unici di accesso (PUA), sulla base della valutazione della Unità di valutazione multidimensionale (UVM). I PAI recano l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individuano altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.
Si ricorda, altresì, che il concetto di *continuum* ricorre nella disciplina di delega di cui alla legge succitata: all'art. 2, co. 2, lett. *e),* dove si richiede la promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un *continuum* di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare e sulla effettiva presa in carico del paziente anziano; all'art. 3, co. 2, lett. *c),* dove si prevede l'accesso al *continuum* di servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale quale fine della individuazione del fabbisogno di assistenza della persona.
Si ricorda, inoltre, che la sussidiarietà orizzontale si svolge nell'ambito del rapporto tra autorità e libertà e si basa sul presupposto secondo cui alla cura dei bisogni collettivi e alle attività di interesse generale provvedono direttamente i privati cittadini (sia come singoli, sia come associati) e i pubblici poteri intervengono in funzione 'sussidiaria', di programmazione, di coordinamento ed eventualmente di gestione (cfr art. 118, comma quarto, Cost.).

Il **comma 5** dell'articolo in disamina prevede che i servizi di comunità e prossimità rispondano nel loro insieme ai molteplici profili della non autosufficienza attraverso le diverse strutture che operano in rete e in un efficace sistema di relazioni funzionali volte a garantire la continuità delle informazioni e delle risposte ai bisogni di cura delle persone, con **priorità alla permanenza delle persone al proprio domicilio e nella propria comunità**.

[104] Si tratta della convenzione tra le amministrazioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, finalizzata allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale.

Il **comma 6** stabilisce che dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 26
(Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali)

L'**articolo 26** consta di un unico comma, recante disposizioni in materia di **integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.**
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

L'articolo in esame stabilisce che, al fine espresso di garantire la **realizzazione integrata dei LEPS e LEA** per le attività socio-sanitarie e sociali, gli ambiti territoriali sociali (ATS), le aziende sanitarie e i distretti sanitari, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base della programmazione regionale integrata e in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana[105] e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017[106], provvedono a regolare, attraverso **accordi di collaborazione organizzativi**, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi.
È espressamente previsto che la predetta integrazione operativa avvenga secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021, in coerenza con i principi di cui alla legge 23 dicembre 1978 n. 833[107], al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502[108] e alla legge 8 novembre 2000, n. 328[109].

Si ricorda che in base all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022), il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non

[105] Di cui al richiamato articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023.
[106] Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
[107] Istituzione del servizio sanitario nazionale. La legge 833/1978, all'articolo 1, rubricato "I principi", stabilisce che nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.
[108] Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. L'articolo 3-*septies* del d. lgs. 502/1992, rubricato "Integrazione sociosanitaria", stabilisce che si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
[109] Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. La legge 328/2000, all'articolo 8, stabilisce che le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Si ricorda che l’art. 15, co. 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241[110], prevede che le amministrazioni pubbliche possano sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

Si ricorda che, nell'ambito del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, di cui al d.m. 23 maggio 2022, n. 77, pubblicato nella GU, Serie Generale, n. 144 del 22 giugno 2022, sono stati tra l'altro ridisegnati funzioni e standard del distretto sanitario, definito quale "luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali".

[110] Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

Articolo 27
(Valutazione multidimensionale unificata)

L'**articolo 27**, composto da 19 commi, dispone in ordine alla **valutazione multidimensionale unificata**.
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega (art. 4, co. 2, lett. *l)*, della legge n. 33 del 2023), si richiede la previsione di una valutazione multidimensionale unificata destinata a sostituire le procedure di accertamento dell'invalidità civile e delle condizioni per l'accesso ai benefìci di cui alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104[111], e 11 febbraio 1980, n. 18[112], fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3), e lettera b), della legge 22 dicembre 2021, n. 227[113], in tema di separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e in tema di accertamento della disabilità e di revisione dei suoi processi valutativi di base., da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale. La valutazione integrata è finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi,
Si ricorda inoltre che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente

[111] Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
[112] Legge in materia di indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.
[113] Delega al Governo in materia di disabilità.

l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS. (art. 1, co. 163, della legge di bilancio 2022, cui rinvia l'articolo 1, lett. c), della legge delega n. 33 del 2023).

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che il Servizio sanitario nazionale, gli Ambiti territoriali sociali (ATS) e l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), per i profili di competenza, assicurano alla persona anziana, avente i requisiti previsti dal successivo comma 2, l'accesso alle misure e provvedimenti di competenza statale di cui al presente provvedimento, alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118[114] e 11 febbraio 1980 n. 18 e di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), n. 3 e lettera b) della legge 22 dicembre 2021, n. 227 e l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari **attraverso i punti unici di accesso (PUA)** che hanno la sede operativa presso le articolazioni del Servizio sanitario denominate Case della comunità.

Il **comma 2** stabilisce che l'accesso ai servizi di cui al comma 1 e ai correlati processi valutativi di pertinenza del PUA è assicurato alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti **requisiti**:
a) persona affetta da almeno una patologia cronica;
b) persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

Il **comma 3** stabilisce che, ai fini di cui al comma 1, i **criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA** sono da indicare nel decreto previsto dal successivo comma 7, ivi ricomprendendovi, tra gli altri, la qualità di persona grande anziana (che cioè ha compiuto 80 anni, *ex* art. 2 del presente provvedimento) e la presenza di più di una patologia cronica.

In base al **comma 4,** la **valutazione circa l'esistenza dei requisiti** di cui al comma 2 è effettuata - su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali - dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del Servizio sanitario nazionale, che indirizza l'interessato al PUA.
Viene specificato che, nel caso in cui il medico destinatario della richiesta valuti la **non sussistenza dei requisiti** di cui al comma 2, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della

[114] Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.

legge n. 227 del 2021 e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.

Il **comma 5** stabilisce che i PUA sono organizzati in conformità a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (regolamento su modelli e standard dell'assistenza sanitaria territoriale), avvalendosi anche di equipe operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del Servizio sanitario nazionale. Stabilisce, altresì, che i PUA coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale unificata (UVM) di cui fanno parte soggetti in possesso di idonea formazione professionale, appartenenti al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti territoriali sociali (ATS), secondo quanto previsto dal succitato decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

Il **comma 6** prevede che i PUA svolgano, a livello locale, funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office), nonché raccolta di segnalazioni dei medici di medicina generale e della rete ospedaliera, avviando l'iter per la presa in carico (back office) della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale, attivando, ove occorra, la valutazione multidimensionale unificata finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi.

Il **comma 7** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, la definizione dei criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, della composizione e delle modalità di funzionamento delle unità di valutazione multidimensionale (UVM), dello strumento della valutazione multidimensionale unificata (VMU)[115] omogeneo a livello nazionale basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24[116], informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché delle eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità in attuazione della legge n. 227 del 2021. Il decreto in questione, di natura regolamentare, è da adottare entro

[115] In proposito v. anche il successivo art. 28, co. 4, del presente provvedimento e la relativa scheda di lettura.

[116] Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il sistema cui si fa riferimento è il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), previsto dall'art. 5 della legge citata e istituito con D.M. 27 febbraio 2018.

dodici mesi dalla entrata in vigore del presente provvedimento, avvalendosi del supporto dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e della componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale[117], sentito l'INPS e previo parere in sede di Conferenza unificata.
Si ricorda che, in base al precedente comma 3, col decreto di cui al presente comma devono anche essere indicati i criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA.

Il **comma 8** prevede che lo strumento della VMU di cui al comma 7 e le sue modalità di funzionamento siano implementati attraverso iniziative formative integrate tra l'Istituto superiore di sanità e la componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

In base al **comma 9**, quando all'esito della VMU non risultano sussistenti i presupposti per l'accesso ai benefici previsti in materia di invalidità e disabilità o per il riconoscimento della condizione di non autosufficienza, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria.

Il **comma 10** prevede che, nel caso sia esclusa la condizione di non autosufficienza e venga rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici previsti in materia di invalidità e disabilità[118], all'esito della VMA, l'UVM rediga apposito verbale con le risultanze della valutazione e lo trasmetta tempestivamente per via telematica, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Viene specificato che l'UVM, nella propria valutazione, deve tenere conto anche, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità aggiornati ai sensi della legge n. 227 del 2021 e degli indicatori sintetici di cui al comma 11, all'uopo elaborati. Viene altresì precisato che restano ferme le seguenti funzioni e competenze dell'INPS, di cui al richiamato articolo 20, commi 2, primo periodo e 4, del decreto-legge l luglio 2009, n. 78[119]: accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità; attività

[117] Di cui al richiamato articolo 21, comma 1 del decreto legislativo n. 147 del 2017.

[118] Si tratta, in particolare, in base al richiamato all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, dei benefici relativi all'invalidità civile, alla cecità civile, alla sordità civile, alla sordocecità, agli alunni con disabilità, alla inclusione lavorativa, alla concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità.

[119] Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.

Il **comma 11** stabilisce che, quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale e lo trasmette all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza. Detto verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai predetti benefici in materia di invalidità e disabilità e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati in precedenza citati. Questi indicatori devono essere utili a: a) graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana; b) supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo 34 (in tema di prestazione universale).

In base al **comma 12,** quando all'esito della VMA emergono fabbisogni di cura e assistenza, può procedersi alla redazione del PAI. La relazione illustrativa osserva che il comma in esame è volto a chiarire che la sussistenza della condizione di non autosufficienza è presupposto per la redazione del PAI.

Il **comma 13** stabilisce, al fine espresso di garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale, che le UVM, quando provvedono alla VMU finalizzata a definire il PAI, si avvalgono, secondo quanto disposto anche con il decreto di cui al comma 7, di:
a) un professionista di area sociale degli ATS, operante come assistente sociale nell'ambito del sistema dei servizi sociali comunali[120];
b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.

Il **comma 14** prevede che la funzione di referente per il coordinamento operativo, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi previsti nel PAI sia svolta da uno dei componenti dell'unità, in relazione all'ambito prevalente degli interventi. Viene precisato che il PAI è soggetto a monitoraggio periodico, anche al fine di procedere ad una sua tempestiva modifica in caso di cambiamenti delle condizioni clinico-assistenziali della persona anziana.

In base al **comma 15,** il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei *caregiver* e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza. Inoltre, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, partecipano alla redazione gli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a

[120] Il comma prevede letteralmente che il succitato professionista debba essere operante nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo l, comma 797, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio 2021).

contratto con comuni, ATS e distretti sociosanitari, secondo le normative di riferimento regionale, nei sistemi di cura e assistenza territoriali e che siano chiamati ad operare nel PAI condiviso con persone e famiglie anche tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata. Nel caso di persone con compromissione cognitiva e demenza è valutata la capacità ad esprimere il consenso alla partecipazione al PAI e alle decisioni che ne conseguono. *Si valuti l'opportunità di precisare a chi competa la predetta valutazione sulla capacità ad esprimere il consenso.*

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega (art. 4, co. 2, lett. *l)*, n. 2) della legge n. 33 del 2023), si prevede che il PAI sia redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver familiari coinvolti e, se nominato, dell'amministratore di sostegno o, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del Terzo settore.

Secondo quanto stabilito dal **comma 16**, nel PAI, che contiene gli obiettivi di cura, vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte. Restano fermi, in relazione persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, il diritto ad accedere a servizi e attività specifici per pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità e il diritto ad accedere inoltre, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale, attraverso la redazione del PAI. Quando necessario, il PAI comprende anche il Piano di riabilitazione individuale (PRI) secondo le indicazioni dell'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 sui LEA, delle Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione[121] e del decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022 (regolamento su modelli e standard dell'assistenza sanitaria territoriale). *Si segnala che le predette Linee di indirizzo risultano adottate con accordo in sede di Conferenza Stato – regioni, mentre il comma in esame fa riferimento a una intesa.*

Si ricorda che il richiamato articolo 34 del DPCM sui LEA concerne l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità. Esso stabilisce anzitutto che, nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento

[121] Adottate con l'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021.

previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento.

Il **comma 17** stabilisce che all'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente e dal suo rappresentante, sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione, ivi inclusi gli enti del terzo settore e i soggetti che compongono la rete dei servizi comunità, di cui all'articolo 25. Ai fini dell'approvazione e della sottoscrizione del PAI, in base al tenore testuale del comma in esame, è sempre richiesta la firma, oltre che dei responsabili dei vari servizi coinvolti e della persona anziana interessata, del "rappresentante" di quest'ultima. *Si valuti l'opportunità di approfondire questo aspetto.*

In base al **comma 18**, compete alla UVM, nell'ambito del PAI, individuare il budget di cura e assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno ai fini dell'attuazione del medesimo progetto. Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale. Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente[122].

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega (art. 4, co. 2, lett. *l),* n. 3), si richiede la previsione del «Budget di cura e assistenza» quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

Il **comma 19** stabilisce che il budget di cura e assistenza è aggiornabile, in relazione alla eventuale rimodulazione degli interventi previsti nel PAI effettuata nell'ambito del monitoraggio periodico di cui al comma 14. E' previsto che l'aggiornamento del budget possa essere compiuto anche in via d'urgenza, in funzione di esigenze indifferibili clinico-assistenziali della persona anziana.

[122] Tra le predette risorse sono espressamente menzionate: a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; b) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo l, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, dalla quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo l, comma 210, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera f), per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei caregiver degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

Articolo 28
(Attività dei PUA e piattaforma digitale)

L'**articolo 28**, composto da 7 commi, dispone in ordine all'attività dei punti unici di accesso (PUA) e alla piattaforma digitale.
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS. (art. 1, co. 163, della legge di bilancio 2022, cui rinvia l'articolo 1, lett. *c),* della legge delega n. 33 del 2023).

Il **comma 1** dell'articolo in esame prevede che gli ambiti territoriali sociali (ATS) e i distretti sanitari, nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, **mediante accordi di collaborazione**, sulla base degli atti di programmazione di livello regionale e locale, provvedano ad individuare **modalità semplificate di accesso** agli interventi e ai servizi sanitari e sociali assicurando l'attuazione della *governance* integrata e garantendo il funzionamento efficiente ed efficace delle *equipe* integrate in attuazione dei principi e criteri appositamente declinati. Tale modalità operativa è dichiaratamente stabilita in coerenza con quanto previsto dal precedente articolo 26, che dispone in tema di accordi di collaborazione

organizzativi tra gli ATS, le Aziende sanitarie e i distretti sanitari (v. sopra la relativa scheda di lettura).
Il comma in esame prevede che gli accordi di collaborazione pongano i principi e criteri atti a garantire gli obiettivi anzidetti di *governance* e funzionamento in coerenza con il decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022 (regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale) e con le indicazioni del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza (di cui all'articolo 2, comma 3, lettera *a)* della legge delega 23 marzo 2023, n. 33).

In base al **comma 2** dell'articolo in disamina, le attività dei PUA si svolgono in **collaborazione con la Centrale operativa 116117**[123], sede del numero europeo armonizzato a valenza sociale (NEA) per le cure mediche non urgenti, con il servizio di emergenza urgenza, con le Centrali operative territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna regione e provincia autonoma.

Al fine di garantire la piena attuazione del diritto di accesso ai servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti è assicurato il **coordinamento con le funzioni di Segretariato sociale** di cui all'articolo 22, comma 4, lettera *a)*, della legge n. 328 del 2000 (segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari) con le modalità operative mediante accordi di collaborazione nell'ambito dei progetti regionali relativi al numero europeo armonizzato 116117.

Il **comma 3** dell'articolo in esame stabilisce che la **Valutazione multidimensionale unificata** (VMU) concorre agli obiettivi di semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione, e alla conseguente certificazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, e anche al fine di ridurre le duplicazioni, contenere i costi e gli oneri amministrativi, e facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie direttamente correlate alla condizione di non autosufficienza, attraverso processi e modalità appropriati e sostenibili. Viene precisato che resta fermo quanto stabilito dalla legge delega in materia di disabilità (legge 227/2021), per quanto concerne la separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori e con riguardo all'accertamento della disabilità e alla revisione dei suoi processi valutativi di base.

[123] La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale (DM 77/2022). Il numero telefonico 116117 è il numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. Attualmente il numero è in fase di attivazione su alcuni territori delle Regioni Lombardia, Sardegna, Piemonte, Lazio e Provincia autonoma di Trento che hanno già ottenuto l'autorizzazione a realizzare il numero, pertanto, una volta attivato sarà fruibile. Il numero garantisce a tutti i cittadini nelle 24 ore la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti. Inoltre funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza.

Il comma in esame prevede poi che i risultati del processo di certificazione del bisogno determinino, previo accordo con le regioni e le province autonome, l'**attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi e delle comunicazioni necessarie** – anche attraverso il sistema di interoperabilità - alle amministrazioni competenti e al cittadino, senza richiedere a quest'ultimo ulteriori adempimento. Viene inoltre stabilito che la VMU rappresenta la **base informativa** facilitante per i processi valutativi di competenza delle diverse amministrazioni, riducendo la necessità dei cittadini di produrre ulteriore documentazione e permettendo ai professionisti del sistema di raccogliere le sole informazioni aggiuntive specifiche necessarie per la progettazione del PAI e la valutazione di eleggibilità ai servizi.

Il **comma 4,** al fine espresso di promuovere la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, prevede l'**istituzione dello strumento di VMU**, scientificamente validato, informatizzato, digitale, i cui risultati sono resi disponibili su piattaforme interoperabili. Riguardo alla interoperabilità delle piattaforme sono richiamati i seguenti principi della legge delega: rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni competenti nell'ambito dei vigenti programmi di potenziamento delle infrastrutture e delle reti informatiche, anche valorizzando dati ed evidenze generati dai cittadini, nonché dati risultanti da indagini, studi e ricerche condotti da enti del Terzo settore; integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi (art. 2, comma 2, lettera *l)* e art. 2, comma 3, lettera *c)* della legge 23 marzo 2023, n. 33).
Il comma in esame specifica che lo strumento di VMU è finalizzato a garantire agli operatori della UVM la **disponibilità della documentazione sanitaria e sociosanitaria** della persona anziana non autosufficiente funzionale alla progettazione e al monitoraggio del percorso di cura e di assistenza, in linea con gli standard tecnologici definiti dalla vigente disciplina in materia di Telemedicina e Fascicolo sanitario elettronico, attraverso la condivisione delle seguenti informazioni: a. relative alla documentazione sanitaria per l'accesso del PUA; b. contenute nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); c. relative alla posizione del cittadino nella piattaforma INPS; d. relative alle eventuali cartelle sociali presso gli Enti locali secondo le previsioni sull'interoperabilità di cui all'art. 23, comma 3, del presente provvedimento (v. sopra la relativa scheda di lettura).

Il **comma 5** prevede che siano **definite le modalità di condivisione** delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché della raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del

procedimento stesso. La definizione delle modalità anzidette, espressamente finalizzata a dare attuazione al principio della programmazione integrata dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla persona anziana non autosufficiente, è demandata a un **decreto del Ministro della Salute e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali**, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, sentito l'INPS, previo parere del Garante della protezione dei dati personali e acquisita l'intesa in sede di Conferenza unificata. Col medesimo decreto sono da definire le modalità di raccolta dei dati per la predisposizione di apposita **relazione annuale** del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute. *Si valuti l'opportunità di indicare il destinatario della predetta relazione.*

In base al **comma 6**, all'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il **comma 7** reca infine una **disposizione transitoria**, stabilendo che, nelle more della piena attuazione delle procedure previste dal precedente articolo 27 e dal presente articolo, e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2025, continuano ad applicarsi le norme e le procedure vigenti per l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente provvedimento e alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104[124], 30 marzo 1971, n. 118[125] e 11 febbraio 1980, n. 18[126].

[124] Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
[125] Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.
[126] Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

Articolo 29
(Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)

L'**articolo 29**, composto da 6 commi, reca misure finalizzate a garantire un'**offerta integrata di assistenza e cure domiciliari**.
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che la disciplina di delega, con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, richiede l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ambiti territoriali sociali (ATS) e del Servizio sanitario nazionale, finalizzata a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, psicosociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale (art. 4, co. 2, lett. *n)* della legge n. 33 del 2023).
Si ricorda che la disciplina delle cure domiciliari è posta dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, recante Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Ivi si prevedono cure domiciliari di livello base e tre distinti livelli di cure domiciliari integrate (denominate ADI). Si stabilisce, altresì, che le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Il SAD, il cui fondamento legislativo è nella legge n. 328 del 2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), è invece il servizio deputato, a livello locale, all'erogazione di assistenza domiciliare di tipo socioassistenziale alle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenerne il nucleo familiare.

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che gli ATS, le Aziende sanitarie e i distretti, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'**attivazione degli interventi definiti dal progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI)** finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate di cui all'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD). Viene inoltre previsto il ricorso ai servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, di cui all'articolo 1, comma 162, lettera *c)* della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio 2022), "nei limiti" di quanto stabilito dal medesimo comma 162 alle lettere *a)* e *b)* (lettere concernenti, rispettivamente: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie). *Si valuti l'opportunità di esplicitare in termini*

più puntuale il contenuto normativo della parte del comma in esame relativa ai limiti suddetti.

Al **comma 2** viene specificato che le cure domiciliari integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato, come indicato dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale), la cui implementazione - viene altresì evidenziato - è stata ulteriormente rafforzata ai sensi dell'articolo l, comma 244[127], della legge 213 del 2023 (legge di bilancio 2024).

Si prevede poi che il **monitoraggio delle prestazioni di cure domiciliari relative agli interventi sanitari e sociosanitari** sia effettuato tramite il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)[128], che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute[129] con il SIUSS[130] del Ministero del lavoro e politiche sociali. Letteralmente, il comma in esame prevede che il SIAD si avvalga "anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del SIUSS, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, per gli interventi sanitari e sociosanitari erogati da operatori del SSN nell'ambito dell'assistenza domiciliare e tramite le informazioni e i dati derivanti dall'integrazione dei flussi del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute con il SIUSS del Ministero del lavoro e politiche sociali".
Considerata la complessità di tale formulazione, si valuti l'opportunità di rivedere, sul piano formale, la previsione del comma in esame relativa all'utilizzo dei predetti strumenti informativi.

---

[127] Il comma citato, al fine di supportare ulteriormente l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, ha stabilito che la spesa massima autorizzata ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

[128] Il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), mira a costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori del Sistema Sanitario Nazionale, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

[129] Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso la disponibilità di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero della salute nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero della salute nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale.

[130] Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali.

Viene altresì specificato che l'assistenza domiciliare sociale rappresenta, ai sensi del Piano nazionale per la non autosufficienza[131], un servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

Il **comma 3** dell'articolo in esame stabilisce che, con il decreto di cui articolo 27, comma 7, del presente provvedimento (v. sopra la relativa scheda di lettura), su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale[132], sono, altresì, definite le **Linee di indirizzo nazionali** per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura. Si specifica che l'adozione delle predette Linee deve avvenire in coerenza con la normativa vigente e con la «Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari di base e integrate, in attuazione dell'articolo l, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178», approvata con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

In base al **comma 4**, sono conseguentemente definite con disposizioni di legge regionale, nel rispetto delle succitate linee di indirizzo e delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 162, lett. *a)* e *b)*, della legge n. 234 del 2021, le **procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale**.

Il già citato comma 162 della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) stabilisce che, fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 sui LEA, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane

[131] Si ricorda che il Piano vigente è relativo al triennio 2022-2024.

[132] Rete istituita e disciplinata dall'art. 21 del d. lgs. 147/2017. La Rete è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e ne fanno parte, oltre a due rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui uno del Dipartimento per le politiche della famiglia, e ad un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero della salute, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti: a) un componente per ciascuna delle giunte regionali e delle province autonome, designato dal Presidente; b) venti componenti designati dall'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, in rappresentanza dei comuni e degli ambiti territoriali. Fra i venti componenti, cinque sono individuati in rappresentanza dei comuni capoluogo delle città metropolitane e cinque in rappresentanza di comuni il cui territorio sia coincidente con quello del relativo ambito territoriale.
Alle riunioni della Rete partecipa, in qualità di invitato permanente, il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità, ove nominato, nonché un rappresentante dell'INPS e possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS in alcune aree, tra le quali, per quanto qui rileva:
a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.

Il **comma 5** dell'articolo in disamina stabilisce che l'integrazione dei servizi domiciliari di cui al comma 2 si realizza attraverso l'erogazione degli interventi coordinati, sia sanitari che sociali, di supporto alla persona previsti dal PAI.

Il successivo **comma 6** stabilisce che, in coerenza con la programmazione degli interventi delle Missioni 5 e 6 del PNRR, concorrono agli obiettivi di cui al comma 3 le misure di rigenerazione urbana, mobilità accessibile e sostenibile e quelle del ricorso alle soluzioni abitative indicate dall'art. 3, comma 2, lettera *a)*, numero 6), della legge n. 33 del 2023[133], quali: nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane; rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane; interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

*Si segnala che il **comma 6** in esame richiama il comma 6 dell'art. 3 della legge 33/2023 – comma non esistente –, anziché il suddetto numero 6) dell'articolo 3, comma 2, lettera* a)*, della medesima legge.*

[133] Riguardo a queste ultime, cfr. le schede degli **articoli da 15 a 18** del presente schema.

Articolo 30
(Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali)

L'**articolo 30,** composto da quattro commi, concerne i servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e diurno.

Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che la disciplina di delega richiede, con riferimento ai servizi residenziali, la previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, anche attraverso la rimodulazione della dotazione di personale, nell'ambito delle vigenti facoltà assunzionali, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, con strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti (art. 4, co. 2, lett. *q),* della legge delega n. 33 del 2023). Con riferimento ai servizi semiresidenziali, è richiesta la promozione dell'offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita, anche con il sostegno del servizio civile universale (art. 4, co. 2, lett. *p),* della legge delega n. 33 del 2023).

Secondo il **comma 1**, gli ambiti territoriali sociali (ATS), allo scopo di contrastare l'isolamento sociale e i processi di degenerazione delle condizioni personali delle persone anziane, anche non autosufficienti, provvedono ad offrire, secondo le previsioni della programmazione integrata regionale e locale, **servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e diurno** che garantiscano la continuità delle condizioni di vita e abitudini relazionali di tipo familiare.

Si valuti l'opportunità di integrare la rubrica dell'articolo con la menzione dei servizi socioassistenziali di tipo diurno.

Il **comma 2** prescrive che i **servizi residenziali** siano offerti presso strutture residenziali non sanitarie in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale e una adeguata qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l'accoglienza in ambienti di tipo familiare caratterizzati da formule organizzative rispettose delle esigenze personali e di riservatezza.

Il **comma 3** stabilisce che i **servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali** sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione rivolti a persone anziane anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura, al fine di favorire la socializzazione e le relazioni interpersonali e di contrastare l'isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo.
Viene specificato che le strutture di cui al presente articolo **non sono ricomprese** nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui agli articoli 29 e 30 del DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).
I richiamati articoli 29 e 30 del DPCM sui LEA concernono, rispettivamente, l'assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario e l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti.

Il **comma 4** prevede che agli interventi di cui al presente articolo si provveda a valere sulle risorse del Fondo politiche sociali di cui all'articolo 20 della legge 328 del 2000[134].

[134] Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Articolo 31
(Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)

L'**articolo 31**, composto da sette commi, concerne i servizi sociosanitari, di tipo residenziale e semiresidenziale.

Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Riguardo alle previsioni della legge delega in tema di servizi residenziali e semiresidenziali, v. la scheda di lettura relativa al precedente articolo 30.

Il **comma 1** dell'articolo in disamina stabilisce che, nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale integrata, è definito il PAI in coerenza con quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017[135] e dal DM 23 maggio 2023, n. 77[136], e tenuto conto della necessità di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della persona assistita e alla sua qualità di vita.

Nell'ambito della disciplina dei percorsi assistenziali integrati, recata dal succitato DPCM 12 gennaio 2017, il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia (art. 21, co. 3, del DPCM 12 gennaio 2017).

Il comma in esame prevede, inoltre, che il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone anziane non autosufficienti i trattamenti che richiedono tutela sanitaria, lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, riorientamento in ambiente protesico secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa di cui all'art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017.

Il citato art. 30 del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce che, nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore; b) trattamenti di lungoassistenza,

[135] Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
[136] Regolamento recante modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale.

recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I predetti trattamenti estensivi sono a carico del Servizio sanitario nazionale, mentre i trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. Questi ultimi trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Il **comma 2** dell'articolo in esame stabilisce che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di strumenti e metodi basati sulle più avanzate evidenze scientifiche a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento, previa valutazione multidimensionale unificata e stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI), che definisce obiettivi, modalità e durata dei trattamenti, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Si ricorda che l'art. 34 del DPCM 12 gennaio 2017, riguardante l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, prevede, tra i trattamenti residenziali, trattamenti di riabilitazione intensiva (a totale carico del Servizio sanitario nazionale), trattamenti di riabilitazione estensiva (anch'essi a totale carico del Servizio sanitario nazionale) e trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue (in parte a carico del SSN, per una quota che varia dal 70 al 40 per cento della tariffa giornaliera).
Tra i trattamenti semiresidenziali, prevede trattamenti di riabilitazione estensiva (a totale carico del Servizio sanitario nazionale) e trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue (a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera).

Il **comma 3** dell'articolo in disamina prevede che il PAI e il PRI siano redatti con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona anziana e della sua famiglia.

Il **comma 4** stabilisce che le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, sulla base dell'accordo contrattuale con il Servizio sanitario nazionale, assicurano anche processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con i servizi sociali, tramite il progressivo potenziamento delle rispettive azioni nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi delle disposizioni finanziarie contenute nella disciplina di delega (art. 8 della legge 23 marzo 2023, n. 33).

In base al **comma 5** i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari di cui ai commi 1 e 2 promuovono, in funzione della numerosità degli anziani assistiti e

delle loro specifiche esigenze, la qualità degli ambienti di vita, in modo da renderli amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, tenuto conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali.

Si ricorda che, con riferimento ai servizi residenziali, la disciplina di delega richiede la previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della qualità degli ambienti di vita, con strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti (art. 4, co. 2, lett. *q)*, della legge delega 33/2023).

Il **comma 6** dell'articolo in esame stabilisce che, nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502[137], le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale nonché cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri Residenziali Multiservizi (CRM). Viene specificato che ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrati nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate e si raccorda con le Case della comunità operanti presso il Distretto di riferimento.

Il successivo **comma 7** demanda ad un decreto del Ministro della salute, da adottare "entro centoventi giorni", previa intesa in sede di Conferenza Stato - regioni, l'individuazione e l'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di **criteri condivisi ed omogenei** al livello nazionale per l'individuazione dei **requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità** per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del Terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-*ter*, 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.
In riferimento alla menzione, tra le altre, delle "prestazioni domiciliari" di cui al comma 2, si segnala che queste ultime non sono citate dalla rubrica del presente articolo. Si segnala altresì che non è indicata la data di decorrenza del termine di 120 giorni posto dal comma in esame.

I succitati articoli 8-*ter*, 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del d. lgs. 502/1992 concernono, rispettivamente: le autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie; l'accreditamento istituzionale; gli accordi contrattuali; i controlli sul rispetto degli accordi contrattuali.

[137] Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Il comma in esame stabilisce, inoltre, che nella definizione dei criteri suddetti **occorre "dare valore"** in particolare: a) all'attitudine della struttura a favorire la continuità di vita e di relazioni delle persone accolte, rispetto alla comunità in cui la struttura stessa è inserita; b) alla congruità, rispetto al numero di persone accolte nella struttura, del personale cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81[138]; c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale Centro Residenziale Multiservizi (CRM); d) alla dotazione da parte della struttura di soluzioni tecnologiche finalizzate a garantire la sicurezza del lavoro di cura e delle persone accolte, anche tramite l'implementazione graduale di sistemi di videosorveglianza nei limiti di quanto previsto dalla normativa del lavoro e dal diritto alla riservatezza della persone e della copertura finanziaria a legislazione vigente, nonché di soluzioni di tecnologia assistenziale volte a favorire l'erogazione di prestazioni sanitarie di telemedicina, televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, secondo le vigenti indicazioni di livello nazionale e in coerenza con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118[139].

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega, è previsto tra l'altro, previa intesa in sede di Conferenza unificata, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, l'aggiornamento e la semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento, strutturale, organizzativo e di congruità del personale cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei limiti delle compatibilità finanziarie, dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore e del servizio civile universale, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari, tenendo in considerazione anche la presenza di sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso, finalizzati alla prevenzione e alla garanzia della sicurezza degli utenti, e per l'erogazione di terapie domiciliari o di servizi di diagnostica domiciliare in linea con il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale ai sensi degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza (art. 4, co. 2, lett. *r),* della legge delega n. 33 del 2023).

[138] Il citato d.lgs., recante disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183, al richiamato art. 51 stabilisce che per contratti collettivi si intendono i contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria.

[139] Il richiamato articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021) dispone in ordine alla revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private nonché al monitoraggio e valutazione degli erogatori privati convenzionati.

Articolo 32
(Misure per garantire l'accesso alle cure palliative)

L'**articolo 32**, composto da 4 commi, reca misure finalizzate a garantire l'accesso alle **cure palliative**.
Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

La disciplina di delega richiede, con riferimento ai servizi di cure palliative[140], la previsione (art. 4, co. 2, lett. *o)*, della legge delega n. 33 del 2023):
1) del diritto di accesso ai servizi di cure palliative per tutti i soggetti anziani non autosufficienti e affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
2) dell'erogazione di servizi specialistici di cure palliative in tutti i luoghi di cura per gli anziani non autosufficienti, quali il domicilio, la struttura ospedaliera, l'ambulatorio, l'hospice e i servizi residenziali;
3) del diritto alla definizione della pianificazione condivisa delle cure di cui all'articolo 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219[141], come esito di un processo di comunicazione e informazione tra il soggetto anziano non autosufficiente e l'équipe di cura, mediante il quale il soggetto interessato, anche tramite suo fiduciario o chi lo rappresenta legalmente, esprime la propria autodeterminazione rispetto ai trattamenti cui desidera o non desidera essere sottoposto.
Si ricorda che il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA stabilisce che il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale (art. 23). Stabilisce, inoltre, che il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche

[140] Di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore), e agli articoli 23, 31 e 38 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).
[141] Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale (art. 31). Prevede, infine, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario siano garantite anche la terapia del dolore e le cure palliative (art. 38).

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che, in conformità a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, l'**accesso alle cure palliative** è garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Viene specificato tale diritto si esercita tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020[142] e del 25 marzo 2021[143] per la rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica, che articolano l'erogazione delle prestazioni assistenziali nei diversi *setting* assistenziali, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022 (regolamento su modelli e standard dell'assistenza sanitaria territoriale).

Si ricorda che, secondo il citato DM 77/2022, la rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Il **comma 2** stabilisce che le **reti locali delle cure palliative** assicurano sul territorio di riferimento, attraverso equipe di cure palliative dedicate specificamente formate, attività di consulenza, identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura, assistenza, facilitazione e attivazione dei percorsi di dimissioni protette e l'erogazione dell'assistenza nell'ambito dei PAI. Le predette attività devono essere assicurate nei seguenti ambiti:

a. strutture di degenza ospedaliera, ivi inclusi gli hospice in sede ospedaliera;
b. attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;
c. domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM);
d. strutture residenziali sociosanitarie e hospice.

[142] Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38".

[143] Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38".

In base al **comma 3** le persone anziane fragili, non autosufficienti, in condizioni croniche complesse e avanzate o che sviluppano traiettorie di malattie ad evoluzione sfavorevole, ricevono nell'ambito delle strutture della rete di cure palliative **azioni coordinate e integrate guidate dalla pianificazione condivisa delle cure** (ove effettuata, ai sensi del successivo comma 4 e della normativa ivi richiamata), che coinvolgono il malato e la famiglia o le varie figure di rappresentatività legale.

Il **comma 4** stabilisce che, a favore della persona anziana affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, **può essere realizzata una pianificazione delle cure** condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità, ai sensi della legge 22 dicembre 2017 n. 219[144].

Si ricorda che la pianificazione condivisa delle cure è prevista e disciplinata dall'art. 5 della legge 219/2017, che tratta espressamente anche alcuni aspetti non contemplati dal comma in esame, come ad esempio la possibile indicazione di un fiduciario e l'eventuale aggiornamento della pianificazione al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico. Il succitato art. 5 rinvia peraltro, per quanto riguarda gli aspetti da esso non espressamente disciplinati, alle disposizioni del precedente articolo 4, concernente le disposizioni anticipate di trattamento.

[144] Legge recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

Articolo 33
(Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità)

L'**articolo 33**, composto da 3 commi, reca interventi per le **persone con disabilità divenute anziane**, ponendo un **principio di continuità** dei servizi già erogati in dipendenza dalla pregressa condizione di disabilità. Precisa, inoltre, che la **domanda per l'accertamento della condizione di disabilità** può essere avanzata dalle persone anziane che non versano in condizioni di non autosufficienza.

Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II (recante disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti), ai sensi del successivo articolo 40, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega (art. 4, co. 2, lett. *s),* della legge n. 33 del 2023), al fine espresso di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, si richiede il riconoscimento del diritto:
1) ad accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità;
2) ad accedere inoltre, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale, attraverso la redazione del PAI che integra il progetto individuale previsto dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227.

Il **comma 1** dell'articolo in esame stabilisce che le persone anziane che non versano nelle condizioni di non autosufficienza - di cui al richiamato articolo 2, lett. *c),* del presente provvedimento (v. sopra la relativa scheda di lettura) - possono presentare istanza per l'accertamento della condizione di disabilità ai sensi del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227[145], per accedere ai relativi benefici. Viene espressamente confermato quanto previsto dal precedente articolo 27, comma 10, che disciplina il caso in cui, all'esito della VMU, risultino, al contempo, esclusa la condizione di non autosufficienza e sussistenti le condizioni per l'accesso ai benefici in materia di invalidità e disabilità.

Si ricorda che s'intende "anziana", ai fini del presente provvedimento, la persona che ha compiuto 65 anni. V. sopra però circa l'applicabilità delle disposizioni di questo articolo alle persone che abbiano compiuto 70 anni.

[145] Delega al Governo in materia di disabilità, non ancora esercitata.

In base al **comma 2**, le persone con disabilità già accertata, al compimento del 65° anno di età, hanno diritto a non essere dimesse o escluse dai servizi e dalle prestazioni già in corso di fruizione e hanno **diritto alla continuità assistenziale** nella medesima misura, salva la cessazione delle prestazioni di invalidità civile che, secondo la legislazione vigente, si convertono, al ricorrere dei requisiti, in assegno sociale. Le stesse persone hanno diritto ad accedere, anche dopo il 65° anno di età, ai servizi e attività specifiche per la condizione di disabilità, secondo quanto previsto dal **progetto di vita**, individuale, partecipato e personalizzato, di cui all'articolo 2, comma 2, lett. *c)* della legge n. 227 del 2021.

Secondo la richiamata disposizione della legge 227/2021, il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato deve essere diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte, migliorandone le condizioni personali e di salute nonché la qualità di vita nei suoi vari ambiti, individuando le barriere e i facilitatori che incidono sui contesti di vita e rispettando i princìpi al riguardo sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, indicando gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure, gli accomodamenti ragionevoli che devono essere adottati per la realizzazione del progetto e che sono necessari a compensare le limitazioni alle attività e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita e nei diversi contesti di riferimento, compresi quelli lavorativi e scolastici nonché quelli culturali e sportivi, e in ogni altro contesto di inclusione sociale.

In base al **comma 3** dell'articolo in esame, le medesime persone di cui al comma 2 possono, su richiesta, avere anche **accesso ad interventi e prestazioni previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti**. In tale caso viene direttamente redatto il progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI) che integra il progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato, se già esistente, e si predispone il budget di cura e di assistenza, in coerenza con il budget del progetto di vita, ove già predisposto.

Si ricorda che, nell'ambito della disciplina di delega, si richiede la previsione del «Budget di cura e assistenza» quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto (art. 4, co. 2, lett. *l)*, della legge n. 33 del 2023). Al riguardo dispone anche l'articolo 27 del presente schema di decreto (v. sopra la relativa scheda di lettura).

Articolo 34
(Prestazione universale)

L'articolo 34, disciplinante **la prestazione universale** erogabile per il **sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti**, è adottato in attuazione della delega di cui **all'articolo 5** della legge 23 marzo 2023 n. 33[146] (*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*) e, più specificamente, **delle disposizioni di cui al comma 2, lettera a), n. 1 del citato articolo.**

In proposito va ricordato che **l'articolo 5** della legge n. 33/2023 delega il Governo ad adottare, entro il **31 gennaio 2024**, uno o più decreti legislativi 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.
Esso individua pertanto ulteriori principi e criteri direttivi, oltre a quelli fissati dall'articolo 2, a cui il Governo deve attenersi nell'esercizio della delega, ricomprendendoli in due grandi ambiti, il primo dei quali (**lettera a)**) è riferito al **progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti**.
Il n. 1) della citata lettera a) prevede l'introduzione, **anche** in via **sperimentale e progressiva**, per le **persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa**, di una **prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile,** a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona **di valore comunque non inferiore all'indennità di accompagnamento** e ai servizi socio-assistenziali domiciliari e di comunità rivolti alla non autosufficienza.
La misura è finanziata nell'ambito delle risorse individuate dall'articolo 8 della legge delega. Viene poi attribuito al Governo il compito di disciplinare la reversibilità della scelta effettuata per la prestazione universale.
Tale prestazione, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento (di cui all'art. 1, della legge n. 18 del 1980[147]), e le prestazioni erogate dai servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza degli anziani non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale (cfr. *supra* artt. 15-18 dello schema di decreto) delle persone anziane (ulteriori prestazioni di cui all'art. 1, comma 164, della legge di bilancio 2022[148]).

---

[146] *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, pubblicata nella Gazzetta Uffciale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.

[147] *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.*

[148] Va ricordato che il secondo periodo del comma 164 prevede che l'offerta di servizi possa essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Venendo all'esame della disposizione in commento, **il comma 1** istituisce quindi in **via sperimentale**, per un **periodo temporale compreso tra il 1° gennaio 2025 ed il 31 dicembre 2026**, **una prestazione universale**, subordinata **allo specifico bisogno assistenziale,** al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali **per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale** delle **persone anziane non autosufficienti.**
Le caratteristiche dei potenziali beneficiari sono poi definite dall'articolo 35 (cfr. *infra*), che richiede, tra l'altro, un **livello di bisogno assistenziale gravissimo dei soggetti richiedenti** la prestazione.
E' **compito dell'INPS individuare** (**comma 2**) **lo stato di bisogno assistenziale di livello gravissimo** di cui all'articolo 35, sulla base delle **informazioni sanitarie contenute nei propri archivi**, e delle **indicazioni fornite dalla commissione tecnico-scientifica** nominata ai sensi del successivo comma 3, anche con le modalità previste dall'articolo 29-*ter* del D.L. 16 luglio 2020, n. 76[149].

L'articolo 29-*ter* del D.L. n. 76/2020 (*Semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap*), detta alcune disposizioni di semplificazione nell'ambito dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap.
Più in particolare viene stabilito che le commissioni mediche pubbliche preposte all'accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap ai sensi della legge n.104/1992[150], sono autorizzate a redigere verbali sia di prima istanza che di revisione anche solo sugli atti, senza quindi procedere ad una visita diretta, in tutti i casi in cui sia presente una documentazione sanitaria che consenta una valutazione obiettiva.
Viene poi previsto che la valutazione sugli atti può essere richiesta dal diretto interessato o da chi lo rappresenta unitamente alla produzione di documentazione adeguata, o in sede di redazione del certificato medico introduttivo. In tale ultimo caso sarà la commissione preposta all'accertamento ad indicare quale sia la documentazione sanitaria da produrre. Soltanto nelle ipotesi in cui la documentazione non sia sufficiente per una valutazione obiettiva, l'interessato viene convocato a visita diretta.

Va ricordato che ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 104/1992, gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3 della medesima legge, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295[151], che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.
Ai sensi poi dell'articolo 1 della legge n. 295/1990, gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l'assegno o le indennità d'invalidità civile, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli

[149] *Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale,* convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120.
[150] *Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*
[151] *Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto legge 30 maggio1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti.*

accertamenti, composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

Il comma 3 rimette ad **un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali**, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, la nomina di **una commissione tecnico-scientifica** per l'individuazione **degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo**, tenuto conto delle disposizioni di cui al decreto interministeriale 26 settembre 2016[152].
Ai componenti della commissione **non viene riconosciuto alcun emolumento,** compenso, gettone di presenza o indennità comunque denominata.

Viene infine rimessa (**comma 4**) ad **uno o più decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali,** di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito l' INPS e previa intesa in sede di Conferenza unificata[153], la definizione, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, **delle modalità attuative e operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca, nonché delle connesse attività preparatorie e organizzative, anche a carattere informativo,** da espletarsi entro il 31 dicembre 2024.
È poi prevista **la clausola di invarianza degli oneri finanziari.**

[152] *Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016*.
[153] Di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Articolo 35
(Beneficiari e opzione)

L'articolo 35 disciplina **le modalità di richiesta e di corresponsione della prestazione universale** ed elenca **i requisiti necessari per l'ottenimento della stessa.** Viene poi prevista e disciplinata **la reversibilità della scelta effettuata per la prestazione universale**, come previsto dal già richiamato (cfr. *supra* art. 34) articolo 5, comma 2, lettera a) n. 1 della legge delega (legge 23 marzo 2023 n. 33[154]).

Il comma 1 dispone che la **prestazione universale** di cui all'articolo 34 **sia erogata dall'INPS** e sia **riconosciuta, previa espressa richiesta**, alla **persona anziana non autosufficiente** in possesso dei seguenti, **ulteriori requisiti:**

- un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- un livello di bisogno assistenziale gravissimo (definito ai sensi dell'articolo 34, commi 2 e 3);
- un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a 6.000 euro[155];
- la titolarità dell'indennità di accompagnamento[156], ovvero il possesso dei requisiti necessari per l'ottenimento di essa;

Viene poi previsto (**comma 2**) che le persone anziane non autosufficienti in possesso dei requisiti di cui al comma 1, possono richiedere la prestazione universale all'INPS **in modalità telematica**, secondo le procedure attuative e operative che verranno stabilite dal decreto interministeriale di cui all'articolo 34, comma 4 (cfr. *supra*). La richiesta può essere presentata anche presso gli istituti di patronato[157]: in tal caso viene disposto espressamente che dall'attuazione delle relative disposizioni non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
L'INPS procede alla verifica dei requisiti prescritti (ai sensi del comma 1), nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 36, comma 6 (cfr. *infra*).

---

[154] *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 marzo 2023, in vigore dal 31 marzo 2023.
[155] Ai sensi dell'articolo 6 del D.P.R. 5 dicembre 2013, n. 159.
[156] Di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (*Indennita' di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*). L'indennità di accompagnamento è una prestazione economica, erogata a domanda, a favore dei soggetti mutilati o invalidi totali per i quali è stata accertata l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore oppure l'incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita.
[157] Di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 (*Nuova disciplina per gli istituti di ppatronato e di assistenza sociale*).

Il comma 3, conformemente alla previsione della legge delega (cfr. *supra*), disciplina **la reversibilità della scelta effettuata per la prestazione universale,** prevedendo che la relativa **opzione possa essere revocata in qualsiasi momento**, con conseguente **ripristino dell'indennità di accompagnamento e delle ulteriori prestazioni** di cui all'articolo 1, comma 164 (sui contenuti dei commi richiamati cfr. *Premessa e sintesi del contenuto*), della legge 30 dicembre 2021, n. 234[158], per i soggetti già titolari delle stesse prima dell'opzione.

[158] Legge di bilancio per il 2022.

Articolo 36
(Oggetto del beneficio)

L'**articolo 36** detta disposizioni riguardanti **le caratteristiche della prestazione universale** di cui **all'articolo 34.**

Innanzitutto, il **comma 1**, prevede, per la **prestazione universale**, la possibilità della sua erogazione sotto forma sia di **trasferimento monetario**, sia di **servizi alla persona**, previa individuazione **dello specifico bisogno assistenziale gravissim**o, come già definito ai sensi dei precedenti commi 2 e 3 dell'articolo 34 (v. *ante*).

Ulteriori caratteri della prestazione universale sono (**comma 2**):

- l'esenzione da imposizione fiscale e la non assoggettabilità a pignoramento;
- l'erogabilità su base mensile, composta da:

- una **quota fissa monetaria** corrispondente all'indennità di accompagnamento (**lettera a**).

  Tale indennità, definita dall'articolo 1 della L. 11 febbraio 1980, n. 18, è una provvidenza, corrisposta in 12 mensilità, concessa agli invalidi civili totali (100%) - a causa di minorazioni fisiche o psichiche – che "si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua". L'indennità viene erogata indipendentemente dal reddito personale annuo e dall'età. Per il 2021 l'importo dell'indennità è stato di 522,10 euro, senza vincolo di utilizzo. È compatibile e cumulabile con la pensione di inabilità, ma non compatibile con prestazioni simili erogate per cause di servizio, lavoro o guerra, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole, e in ogni caso non preclude la possibilità di un inserimento lavorativo per la persona disabile[159].

- una **quota integrativa** definita "**assegno di assistenza**", pari a **850 euro mensili** finalizzata a remunerare il **costo del lavoro di cura e assistenza**, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore[160], o l'**acquisto di servizi** destinati al lavoro di cura e assistenza

[159] Per percepire l'indennità di accompagnamento occorre essere residenti in forma stabile in Italia, benchè non sia richiesta necessariamente la cittadinanza italiana. Nel caso di cittadino straniero comunitario, occorre l'iscrizione all'anagrafe del comune di residenza; nel caso di cittadino straniero extracomunitario, è richiesto il possesso del permesso di soggiorno da almeno un anno (art. 41 del Testo unico sull'immigrazione). Il pagamento dell'indennità viene sospeso in caso di ricovero a totale carico dello Stato per un periodo superiore a 29 giorni.

[160] Tali contratti sono disciplinati all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, che ha attuato la Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma

e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale, che coinvolge gli enti territoriali e locali per specifici ambiti (**lettera b)**.

Il **comma 3** chiarisce che sull'importo della **quota fissa monetaria** di cui al precedente comma 2, lett. a) trova applicazione l'articolo 1, comma 3, della legge 11 febbraio 1980, n.18 che disciplina l'indennità di accompagnamento (v. *ante*) degli invalidi civili totalmente inabili che in particolare **esclude** dalla stessa gli **invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto**.

In ogni caso, se si fruisce della prestazione universale sopra indicata viene assorbita l'indennità di accompagnamento precedentemente richiamata, oltre che le ulteriori prestazioni previste al comma 164, articolo 1, della legge n. 234 del 2021 (L. Bilancio 2022) (**comma 4**).

Ai sensi del citato comma 164, gli ATS (Ambiti territoriali sociali) sono tenuti a garantire l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162 (ovvero: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari rivolta a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana; servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie). L'**offerta può essere integrata da contributi - diversi dall'indennità di accompagnamento** (v.*ante*) -, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti ed il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del D. Lgs. n. 81 del 2015 – che come accennato – opera il rinvio a tali contratti (segnatamente attualmente vige il CCLN sulla disciplina del rapporto di Lavoro Domestico, con decorrenza 1° ottobre 2020), ovvero per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Qualora l'INPS accerti che la **quota integrativa** della prestazione sopra indicata non sia stata utilizzata - totalmente o parzialmente – ai fini della stipula di rapporti di lavoro o per l'acquisto di servizi ivi previsti, procede alla **revoca della sola quota integrativa** definita "assegno di assistenza". Di conseguenza il beneficiario è tenuto alla **restituzione di quanto indebitamente ricevuto**, fermo restando il diritto della persona anziana non autosufficiente di continuare a percepire

dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183 (cd. Jobs Act). L'articolo 51 detta il rinvio ai contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali stipulati dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e ai contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria (v. CCLN sulla disciplina del rapporto di Lavoro Domestico, sottoscritto l'8 settembre 2020, con decorrenza 1° ottobre 2020).

l’indennità di accompagnamento, nel caso in cui ricorrano i presupposti di legge (**comma 5**).

Il **comma 6** disciplina le modalità per il riconoscimento della prestazione universale. Essa è riconosciuta, a fronte della presentazione di specifica domanda. L'“assegno di assistenza” di cui al comma 2, lettera b), in particolare, è riconosciuto nel limite massimo di spesa complessiva per lo Stato di **250 milioni per il 2025 e di 250 milioni per il 2026**.
Come nel caso di altre prestazioni sociali di analoga tipologia che si presentano come diritti soggettivi limitabili, L’INPS è tenuta al **monitoraggio della relativa spesa**, informando con cadenza periodica il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ed il MEF. Se dal monitoraggio emergono **scostamenti**, anche in via prospettica, in relazione al **numero di domande rispetto alle risorse finanziarie** sopra indicate, si prevede l’avvio della procedura che limita l’erogazione di tale tipologia di prestazioni, con l’emanazione di un apposito decreto MEF, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al fine della rideterminazione dell’importo mensile della prestazione universale, in base alle risorse finanziarie residue.

Il **comma 7** infine prevede la **clausola di invarianza degli oneri** per la finanza pubblica, disponendo che alle attività amministrative derivanti dall’attuazione dal presente articolo, l’INPS deve provvedere con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Articolo 37
(Ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali)

L'**articolo 37** è volto ad attuare il criterio di delega previsto all'articolo 5, comma 2, lettera a), n. 2, della legge delega n. 33 del 2023, che richiede la ricognizione ed il **riordino delle agevolazioni contributive e fiscali**, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, per sostenere la regolarizzazione del **lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente** e promuovere l'occupazione di qualità nel settore dei servizi socio-assistenziali. Ciò senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse disponibili a legislazione vigente.
Allo scopo, si prevede che rientrino nelle disposizioni dirette a favorire il **livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro, cura e assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti** le seguenti agevolazioni fiscali e contributive attualmente vigenti:
a) **deducibilità** dal reddito complessivo, fino all'importo di euro 1.549,37, dei **contributi previdenziali e assistenziali versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare**, prevista all'articolo 10, comma 2, terzo periodo, del TUIR (Testo unico delle imposte sui redditi – DPR 917/1986);
b) riconoscimento, a favore dei contribuenti con reddito complessivo non superiore a euro 40.000, della **detraibilità del 19 per cento** delle **spese**, per un importo non superiore a 2.100 euro, sostenute per gli **addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza** nel compimento degli atti della vita quotidiana, di cui all'articolo 15, comma 1, lettera i-*septies*), del TUIR;
c) **esclusione del concorso alla formazione del reddito** del lavoratore dipendente delle somme e prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la **fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti a carico**, ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera f-*ter*), del TUIR;
d) **esclusione del concorso alla formazione del reddito** del lavoratore dipendente dei contributi e premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche assicurative, aventi per oggetto il **rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana** o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie, in base a quanto disposto all'articolo 51, comma 2, lettera f-*quater*), del TUIR.

Articolo 38
(Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti)

L'**articolo 38** attua il criterio di delega previsto all'articolo 5, comma 2, lettera b), della legge n. 33 del 2023, allo scopo di concorrere alla definizione degli ***standard* formativi degli assistenti familiari** impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane non autosufficienti, sia presso i servizi del territorio e nei centri residenziali e semiresidenziali, sia presso il domicilio, oltre che alla identificazione dei fabbisogni regionali relativi alle professioni e ai professionisti in base al modello di salute bio-psicosociale occupati presso organizzazioni pubbliche o private.
Più in dettaglio, senza prevedere i requisiti di accesso per l'esercizio della professione stessa, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e P.A. adottano, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, apposite **linee guida per la definizione di modalità omogenee** per l'attuazione di **percorsi formativi**, alle quali le Regioni possono fare riferimento, nell'ambito della propria autonomia, per il raggiungimento di ***standard* formativi uniformi su tutto il territorio nazionale**, finalizzati all'acquisizione della predetta qualificazione professionale.

Nelle linee guida, tenuto conto della contrattazione collettiva nazionale di settore, sono individuate e definite le **competenze degli assistenti familiari** ed i riferimenti per l'individuazione e la validazione **delle competenze pregresse (comma 1)**.
Inoltre, al fine di concorrere alla riqualificazione del lavoro di cura, con intese stipulate dalle associazioni che hanno sottoscritto i contratti collettivi nazionali, possono essere previsti **percorsi di formazione**, anche mediante gli **enti bilaterali**, in possesso dell'accreditamento regionale alla formazione (**comma 2**).
In proposito, la norma in esame fa riferimento alla possibilità di avvalersi anche degli enti bilaterali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), del D. Lgs. n. 276 del 2003 che ha dato attuazione a specifiche deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro. In particolare, si tratta di organismi costituiti ad iniziativa di una o più associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative, quali sedi privilegiate per la regolazione del mercato del lavoro attraverso: a) la promozione di una occupazione regolare e di qualità; b) l'intermediazione nell'incontro tra domanda e offerta di lavoro; c) la programmazione di attività formative e la determinazione di modalità di attuazione della formazione professionale in azienda; d) la promozione di buone pratiche contro la discriminazione e per la inclusione dei soggetti più svantaggiati; e) la gestione mutualistica di fondi per la formazione e l'integrazione del reddito; f) la certificazione dei contratti di lavoro e di regolarità o congruità contributiva; g) lo sviluppo di azioni inerenti la salute e la sicurezza sul lavoro; h) ogni altra attività o funzione assegnata loro dalla legge o dai contratti collettivi di riferimento.

Per dare attuazione al disposto del comma 162, lett. c), della sopra richiamata legge di Bilancio 2022, che prevede l'erogazione degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) di servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie (messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti) il **comma 3** prevede che le Regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, istituiscano **appositi registri regionali di assistente familiare**, volti a contenere i nominativi di coloro che sono in possesso di una **qualificazione regionale di assistente familiare** rilasciata ai sensi delle linee guida da definire in base al precedente comma 1, così come anche di ulteriori titoli di studio e di formazione attinenti all'ambito professionale.
Le Regioni sono altresì chiamate a sottoscrivere appositi accordi di collaborazione interistituzionale tra centri per l'impiego (CPI) e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), con la finalità di favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari.
Inoltre, il **comma 4** per le Regioni prevede, al fine di potenziare e riqualificare l'offerta professionale dei servizi di assistenza familiare per le persone anziane non autosufficienti, il compito di promuovere, attraverso i propri enti accreditati, corsi di formazione professionale allo scopo di acquisire la qualificazione di assistente familiare, rivolti anche alla platea dei destinatari dell'**Assegno di inclusione** e del **Supporto per la formazione e il lavoro** previsto al D.L. n. 48/2023 [161](L. n. 85/2023).

In proposito si ricorda che l'articolo 12 del richiamato decreto-legge ha istituito, dal 1° settembre 2023, il **Supporto per la formazione e il lavoro**, che consiste in **un'indennità mensile di 350 euro** riconosciuta in favore dei soggetti di età compresa tra 18 e 59 anni che partecipano a progetti di politiche attive del lavoro, ivi compreso il servizio civile universale, o a progetti utili alla collettività, che versano in determinate condizioni economiche e che non hanno i requisiti per accedere all'Assegno di inclusione, o che fanno parte di nuclei che accedono a tale Assegno, ma non sono considerati nella relativa scala di equivalenza e non sono obbligati alle attività individuate nel progetto di inclusione sociale e lavorativa. Tale indennità è **corrisposta** per l'intera durata dei progetti a cui partecipano i suddetti soggetti e comunque per un **periodo massimo di 12 mesi**.
L'**Assegno di inclusione**, quale misura nazionale di contrasto alla povertà, alla fragilità e all'esclusione sociale delle fasce deboli, è stato invece riformato a decorrere **dal 1° gennaio 2024**, attraverso percorsi di inserimento sociale, nonché di formazione, di lavoro e di politica attiva del lavoro. Le **modalità attuative** di tale misura sono state definite con DM del 13 dicembre 2023. L'accesso al beneficio è riconosciuto ai **nuclei familiari che hanno almeno un componente minorenne, o con almeno 60 anni di età, o con**

[161] *Misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro*

disabilità, o in condizione di svantaggio e inserito in specifici programmi di cura, in possesso di determinati requisiti (qui l'approfondimento). Il beneficio è composto da: un'**integrazione al reddito fino a 6.000 euro annui** (7.560 se nucleo composto solo da persone con almeno 67 anni o da queste più persone disabili) moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza; un'**integrazione pari all'affitto annuo fino ad un massimo di 3.360 euro annui** (1.800 se nucleo composto solo da persone con almeno 67 anni o da queste più persone disabili). In ogni vaso l'importo dell'Assegno non può essere inferiore a 480 euro annui; esso viene erogato per un massimo di 18 mesi e può essere rinnovato, previa sospensione di un mese, per periodi ulteriori di dodici mesi.

Il **comma 5** infine chiude con la **clausola di invarianza finanziaria** per cui dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Articolo 39
(Caregiver familiari)

L'**articolo 39** è volto a dare attuazione al disposto previsto all'articolo 5, comma 2, lettera c), della legge delega n. 33 del 2023, che ha stabilito i criteri e i principi direttivi per sostenere il processo di progressivo ed equilibrato miglioramento delle **condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiari**, comunque nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, prevedendo: 1) la ricognizione e la ridefinizione della **normativa di settore**; 2) la promozione di interventi diretti alla **certificazione delle competenze professionali** acquisite nel corso dell'esperienza maturata; 3) forme di partecipazione delle **rappresentanze dei *caregiver* familiari**, nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria a livello nazionale, regionale e locale.

Allo scopo, il **comma 1** riconosce, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, il valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'**attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita** prestata nel **contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti**, in particolare di coloro che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità. Ciò al fine di sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei *caregiver* familiari, individuati nei soggetti di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205[162].

Si ricorda che la disposizione contenuta al predetto comma 255 definisce il *caregiver* come **la persona che assiste e si prende cura** dei seguenti soggetti:

- coniuge;
- una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, ai sensi della L. n. 76/2016[163];
- familiare o affine entro il secondo grado;

[162] Legge di bilancio per il 2018

[163] La legge n. 76 del 2016, che regolamenta le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto, che possono riguardare sia coppie omosessuali che coppie eterosessuali, definisce *unione civile* quella tra persone dello stesso sesso, considerata "formazione sociale" ai sensi degli artt. 2 e 3 della Costituzione; essa è costituita da due persone maggiorenni dello stesso sesso, mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni. Quanto alla convivenza di fatto, in base alla legge n. 76 del 2016 questa può riguardare tanto coppie eterosessuali quanto coppie omosessuali. Sono considerati conviventi di fatto due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale e coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune. Sono estesi ai conviventi di fatto alcune prerogative spettanti ai coniugi (in buona parte sono così codificati alcuni orientamenti giurisprudenziali).

- familiare entro il terzo grado, nei casi individuati dall'art. 33, comma 3, della L. 104/1992[164], che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative:
  - sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé;
  - sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata continuativa ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992[165];
  - sia titolare di indennità di accompagnamento[166].

Il **comma 2** prevede la definizione della figura del *caregiver* familiare come il soggetto che, in relazione ai bisogni della persona assistita, **si prende cura e assiste la persona nell'ambiente domestico**, **nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali**. Il *caregiver* è inoltre definito come persona che si rapporta con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato (v. *infra*).

Riguardo al progetto personalizzato, esso è previsto allo scopo di fornire, ad opera di enti locali, territoriali ed associazioni di settore, informazioni, orientamento, supporto all'accesso ai servizi e un'attenzione specifica ai bisogni del *caregiver*, eventualmente mediante **presa in carico** da parte dei servizi competenti della persona assistita e del suo *caregiver*, con valutazione multidimensionale ai fini dell'elaborazione di tale progetto.
Le informazioni sono relative alle modalità di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, e alle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura (sia servizi pubblici che del terzo settore). Laddove disponibili, vengono fornite guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno di tale figura. In caso di nuovi *caregiver*, si prevede l'offerta di ascolto dei bisogni e supporto. Per i *caregiver* familiari già inclusi nei progetti personalizzati della persona assistita, invece, viene offerto il **monitoraggio** da parte dei servizi competenti o delle associazioni coinvolte, per verificare la situazione ed eventualmente offrire supporto, mediante aggiornamento informativo periodico,

[164] Per quanto qui interessa, pertanto, si tratta dell'assistenza consentita al lavoratore dipendente, pubblico o privato, per parenti o affini entro il terzo grado con handicap grave, purché non ricoverati a tempo pieno, qualora i genitori o il coniuge di questi abbiano compiuto i 65 anni d'età oppure siano a loro volta affetti da patologie invalidanti o deceduti o mancanti; in tali casi è consentito al lavoratore un permesso di tre giorni al mese retribuiti e coperti da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa.

[165] Vale a dire *handicap* grave, in termini di riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

[166] La legge n. 18/1980 disciplina l'indennità di accompagnamento quale sostegno economico a carico di risorse statali erogate dall'Inps in 12 mensilità, indipendentemente dal reddito del beneficiario e in regime di esenzione fiscale. Esso è corrisposto a persone per le quali viene accertato uno stato di totale invalidità o incapacità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore. L'accertamento mediante certificazione dell'invalidità del 100% non occorre per i minorenni e per gli ultrasessantacinquenni per i quali basta anche la sola difficoltà nel deambulare da soli e la necessità di assistenza continua in quanto incapaci di svolgere da soli i comuni atti della vita quotidiana.

attivazione di percorsi di consulenza specifica e di forme di assistenza per emergenze, oltre che di facilitazioni per l'accesso ai servizi, di percorsi informativi e formativi e supporto psicologico.

Ai sensi del **comma 3**, il ruolo e le attività del *caregiver* familiare ed i sostegni necessari per il *caregiver* a fronte di tale attività devono essere definiti in apposita sezione dei **progetti individualizzati di assistenza integrata** (PAI), in base a quanto disposto all'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge delega n. 33 del 2023, vale a dire in coerenza con le disposizioni di cui al comma 163, articolo 1, della legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021).

Nel rispetto di quanto previsto dal d.P.C.M 12 gennaio 2017 relativo all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), sulla base della valutazione delle **unità di valutazione multidimensionale-UVM**, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, vale a dire **equipe integrate** per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale e della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, viene elaborato un **progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Esso individua, tra l'altro, le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. Ciò anche al fine di **delineare il carico assistenziale** per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e *comfort*, riducendo il rischio di isolamento sociale ed il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Il PAI, inoltre, deve tenere in considerazione anche l'**esito della valutazione dello stress e degli specifici bisogni**, degli obiettivi e degli interventi a sostegno del *caregiver* stesso, nonché di quelli degli altri eventuali componenti del nucleo familiare, con particolare riferimento alla presenza di figli minori di età.

Il **comma 4** introduce la disposizione all'interno della sistematizzazione della figura del *caregiver*, al quale è consentito di **partecipare alla valutazione multidimensionale unificata della persona anziana non autosufficiente**, nonché all'elaborazione del PAI e all'individuazione del budget di cura e di assistenza.

In base a tale ultima disposizione vengono richiamate le norme vigenti di cui all'articolo 21 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei LEA – livelli essenziali di assistenza, che nello specifico prevede l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali nei percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali, e di quanto previsto dal **Piano d'indirizzo per la riabilitazione** adottato con Accordo in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome del 10 febbraio 2011 con riferimento alla promozione dei "percorsi assistenziali integrati" per le persone con disabilità e la definizione di Progetti riabilitativi

individuali (c.d. PRI), che definiscano la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), come definita dall'Organizzazione mondale della Sanità (WHO).

In particolare, ai sensi del comma 4, nel PAI devono essere individuati sia l'**apporto volontario ed informale del *caregiver*** per l'attuazione degli interventi, sia i relativi supporti, anche con riferimento a quanto previsto all'articolo 14 della L. n. 328/2000[167], riguardante i principi relativi alla elaborazione dei progetti individuali per le persone disabili[168], e ai commi 163 e 164, art. 1, della sopra richiamata legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021).

Tali commi della legge di Bilancio disciplinano, da un lato (comma 163)[169], gli aspetti relativi ai punti unici di accesso (c.d. PUA) alle unità di valutazione multidimensionale e, conseguentemente, relativi al progetto di assistenza individuale integrata (PAI), e, dall'altro (comma 164), l'offerta da parte degli ATS (Ambiti territoriali sociali, v. *ante*) dei servizi e degli specifici interventi previsti con riferimento all'assistenza domiciliare sociale e all'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, rivolta a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, o che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, oltre che l'offerta, da parte degli ATS, dei servizi sociali di sollievo e di supporto per le persone anziane non autosufficienti e per le loro famiglie. Tale offerta può essere integrata da contributi - diversi dall'indennità di accompagnamento -, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.

Per l'attuazione di quanto previsto ai precedenti commi da 1 a 4, le Regioni devono programmare ed individuare le **modalità di riordino e unificazione**, le attività ed i compiti svolti dalle unità di **valutazione multidimensionali unificate** operanti per l'individuazione delle misure di sostegno e di sollievo ai *caregiver*, all'interno delle unità di valutazione multidimensionale unificate in base al criterio di delega di cui all'articolo 4, comma 2, lettera l), punto 2, della legge n. 33/2023 (**comma 5**).

Tali principio – si ricorda – prevede la semplificazione ed integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un

[167] *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

[168] In base a tale articolo 14, il PAI deve comprendere, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonchè le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

[169] Più in dettaglio, il Servizio sanitario nazionale e gli ATS devono garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) ove operano equipe integrate di personale socio-sanitario, la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del SSN denominate Case della comunità, obiettivo del PNRR.

solo soggetto, la riduzione delle duplicazioni e il contenimento dei costi e degli oneri amministrativi, mediante: 1) la previsione di una valutazione multidimensionale unificata, 2) lo svolgimento presso i Punti Unificati di Accesso da parte delle unità di valutazione multidimensionali (UVM) ivi operanti dei progetti di assistenza individuale integrata (PAI) (v. *ante*); 3) la previsione del "budget di cura ed assistenza", quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

Ai sensi del **comma 6**, i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito oppure del suo rappresentante legale e nel rispetto delle norme in materia di trattamento e protezione dei dati personali, devono inoltre fornire al *caregiver* familiare le informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.
Il trattamento e protezione dei dati personali deve essere attuato in base alle norme del Regolamento generale sulla protezione dei dati, Reg. 27 n. 2016/679/UE, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, al corrispondente decreto attuativo nell'ordinamento nazionale (D. Lgs. n. 196/2023) e alle successive modifiche previste dal D. Lgs. n. 101/2018 (qui i contenuti di approfondimento).

Inoltre, Regioni e Province autonome sono chiamate (**comma 7**) a valorizzare l'esperienza e le competenze maturate dal *caregiver* familiare nell'attività di assistenza e cura, al fine di favorire l'accesso o il reinserimento lavorativo dello stesso al termine di tale attività. Al *caregiver* familiare può essere riconosciuta la formazione e l'attività svolta ai fini dell'accesso ai corsi e alle misure compensative previsti nell'ambito del sistema di formazione regionale e finalizzati al conseguimento della qualifica professionale di operatore sociosanitario (OSS) (**comma 8**).

In proposito, la figura dell'Operatore sociosanitario (OSS) (qui un approfondimento) è stata individuata e disciplinata con l'Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e province autonome del 22 febbraio 2001che lo ha definito come l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale regionale (1.000 ore), svolge attività indirizzata a soddisfare bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario. L'istituzione dei corsi e la conseguente individuazione del numero dei posti disponibili è subordinata al fabbisogno regionale annualmente determinato[170].

[170] Nel vigente ordinamento, per la tipologia di formazione e le competenze attribuite, l'OSS può essere annoverato nell'ambito della categoria dell'operatore di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 43 del 2006, in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione. Inoltre, l'art. 1, co. 8, del D. L. n. 402 del 2001 (L. n. 1/2002) aveva peraltro consentito all'operatore sociosanitario di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e

Inoltre, l'art. 5 della Legge n. 3 del 2018, che tra i vari interventi ha previsto la regolamentazione delle professioni sanitarie, ha inserito l'OSS nell'area delle professioni sociosanitarie all'interno del Servizio sanitario nazionale, area istituita dall'art. 3-*octies* del D. Lgs. n. 502 del 1992[171].
Oltre alla proposta dell'istituzione di un Gruppo di lavoro tecnico tra Ministero della salute e Regioni, finalizzato alla revisione del profilo di operatore sociosanitario e della relativa **formazione complementare in assistenza sanitaria**, è in corso la revisione del profilo professionale dell'OSS, al fine di prevedere uno **specifico percorso formativo** cui può accedere solo il soggetto già in possesso della qualifica OSS o di titoli equipollenti, e comunque del diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale o altro titolo di studio conseguito all'estero ed esperienza professionale come operatore socio-sanitario di almeno 24 mesi.
Il nuovo corso di formazione potrebbe avere una durata complessiva non inferiore a 500 ore, da svolgersi in un periodo di tempo non inferiore a 6 mesi e non superiore a 12 mesi ed essere strutturato in moduli didattici teorici di almeno 200 ore, tirocinio di minimo 280 ore, e almeno 20 ore di esercitazioni/simulazioni, al fine di garantire l'acquisizione di abilità minime e conoscenze essenziali, quali aiutare la persona assistita nel soddisfacimento dei bisogni di base e alla vita quotidiana; assicurare l'igiene, la sicurezza ed il *comfort* degli ambienti di vita e di cura della persona; svolgere attività di assistenza alla persona a carattere sanitario e socio-assistenziale, nonché attività finalizzate all'integrazione con altri operatori e al lavoro in team.

Il **comma 9**, essendo volto all'attuazione al criterio di delega contenuto all'articolo 5, comma 2, lettera c), punto 2) della legge delega n. 33 del 2023, in tema di promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali del *caregiver* familiare, acquisite nel corso dell'esperienza maturata, con la finalità non solo di riconoscere ma anche di valorizzare l'esperienza maturata in particolare dallo **studente *caregiver* familiare**, prevede che le **istituzioni scolastiche del ciclo secondario**, nell'ambito della loro autonomia, possano individuare, all'interno del Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), i criteri e le modalità per promuovere specifiche iniziative formative coerenti con l'**attività di cura del familiare adulto fragile**, anche attraverso i percorsi per le competenze

di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive dell'assistenza infermieristica od ostetrica e sotto la sua supervisione. In attuazione di tali previsioni normative si è reso, dunque, necessario completare il profilo dell'OSS con una formazione complementare in assistenza sanitaria disciplinata con l'Accordo siglato in data 16 gennaio 2003. Pertanto, la figura dell'OSSS (Operatore socio sanitario specializzato) – che con formazione complementare acquisisce pertanto una sorta di "specializzazione" – consegue, al termine di detta formazione, un attestato che gli consente di collaborare con l'infermiere e con l'ostetrica nello svolgimento di alcune attività assistenziali, nell'ambito, comunque, dei limiti ben individuati dalla legge e dall'Accordo medesimo.

[171] Tuttavia, l'inserimento dell'OSS nell'ambito dell'area professionale sociosanitaria non ha attribuito allo stesso lo status giuridico di professione sanitaria (professioni sanitarie ai sensi dell'art. 1, co. 1, della legge n. 43 del 2006, sono infatti solo quelle per le quali è prevista una specifica abilitazione all'esercizio professionale all'esito di un corso triennale universitario.). L'OSS è, invece, configurato nell'ambito della categoria degli operatori di interesse sanitario, di cui all'art. 1, co. 2, della legge n. 43 del 2006, la cui formazione è demandata alle Regioni. Per tali operatori non è prevista l'iscrizione ad uno specifico Albo professionale, che è invece obbligatoria per le professioni sanitarie al fine del relativo esercizio professionale.

trasversali e l'orientamento (PCTO) e con il coinvolgimento delle associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiari, ai fini della valorizzazione delle competenze acquisite durante l'attività di cura e assistenza.
Per le finalità di cui al precedente comma 9, i Centri provinciali di istruzione per gli adulti (CPIA) (qui l'approfondimento), nell'ambito della loro autonomia, possono individuare i criteri e le modalità, nelle attività finalizzate al riconoscimento dei crediti, per valorizzare l'esperienza maturata dagli adulti *caregiver* familiari (**comma 10**).

Il **comma 11**, inoltre, essendo volto ad assicurare la partecipazione delle rappresentanze dei *caregiver* familiari nelle programmazioni sociali nazionali, prevede che la Rete della protezione e dell'inclusione sociale istituita all'articolo 21 del D. Lgs. 15 settembre 2017, n. 147[172], nella definizione dei piani nazionali di cui al comma 6 di cui è responsabile, sia chiamata a consultare le **associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiari** per l'individuazione degli specifici bisogni da soddisfare e degli interventi a tal fine necessari; ciò al fine di individuare le modalità di realizzazione degli stessi e l'allocazione delle risorse disponibili.

Le Regioni devono in proposito prevedere i **criteri di individuazione** delle associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiari a livello regionale, nonché le modalità di partecipazione delle stesse ai piani regionali sociali, sociosanitari e sanitari relativamente agli aspetti di loro interesse. Le Regioni, nel fornire direttive per la definizione delle programmazioni locali, sociali, sociosanitarie e sanitarie, devono altresì individuare le **forme di consultazione e partecipazione delle associazioni rappresentative** dei *caregiver* del territorio di riferimento (**comma 12**).

In ultimo il **comma 13** dispone la clausola di invarianza degli oneri finanziari, prevedendo che dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

[172] Recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà". Tale decreto è intervenuto in materia programmatoria con l'articolo 21, istituendo, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla L. 328/2000, al fine di favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni e di definire linee guida per gli interventi. Della Rete, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, fanno parte rappresentanti dell'autorità centrale (Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Ministero della salute, Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri), delle Regioni (un componente per ciascuna delle Giunte regionali e delle Province autonome, designato dal Presidente) dei Comuni (20 componenti designati dall'Associazione nazionale dei Comuni d'Italia - ANCI) e dell'INPS. Il D.Lgs. 147/2017 ha affidato alla Rete la progettualità programmatica, collegando i tre maggiori fondi sociali (Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo Povertà e il Fondo per le non autosufficienze) ad altrettanti Piani (il Piano sociale nazionale, il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, il Piano per la non autosufficienza).

- ***Dati statistici sui* caregivers *familiari***

Di seguito sono indicati gli ultimi dati ISTAT disponibili a consuntivo (2019) - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea - Indagine EHIS 2019 – tavola 6.1.1 (13 gennaio 2022) sul totale delle persone adulte (>15 anni) che forniscono cure ed assistenza almeno una volta alla settimana a persone (anche familiari) con problemi dovuti all'invecchiamento, a patologie croniche o infermità:

Dati ISTAT: Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana* per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età.

Anno 2019 (*dati in migliaia*)

SESSO CLASSI DI ETÀ	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali: Meno di 10 ore a settimana	Numero ore settimanali: Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	Numero ore settimanali: 20 ore o più a settimana	Non indicato	Totale
MASCHI							
15-24	149	132	112	**	**	-	149
25-34	227	201	154	32	34	7	227
35-44	379	328	243	68	61	7	379
45-54	919	852	535	190	186	9	919
55-64	843	786	455	174	201	13	843
65-74	434	372	201	92	136	5	434
75 e più	294	270	96	47	150	1	294
65 e più	**728**	**643**	**297**	**139**	**287**	**5**	**728**
Totale	**3.246**	**2.940**	**1.796**	**621**	**788**	**40**	**3.246**
FEMMINE							
15-24	175	151	109	33	29	3	175
25-34	298	256	175	49	67	8	298
35-44	615	515	326	138	148	2	615
45-54	1.366	1.190	661	324	370	10	1.366
55-64	1.245	1.107	507	298	435	4	1.245
65-74	654	537	242	93	313	6	654
75 e più	394	318	123	44	216	11	394
65 e più	**1.048**	**855**	**365**	**137**	**529**	**17**	**1.048**
Totale	**4.746**	**4.074**	**2.144**	**980**	**1.579**	**43**	**4.746**
MASCHI E FEMMINE							
15-24	324	282	222	51	49	3	324
25-34	525	457	329	80	101	15	525
35-44	994	843	570	206	209	9	994
45-54	2.285	2.041	1.196	515	556	18	2.285
55-64	2.087	1.893	962	472	637	17	2.087
65-74	1.088	909	443	185	449	11	1.088
75 e più	688	588	219	91	367	11	688
65 e più	**1.776**	**1.498**	**662**	**276**	**816**	**22**	**1.776**
Totale	**7.992**	**7.014**	**3.940**	**1.601**	**2.367**	**83**	**7.992**

(a) Aiuti a persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità.
I dati mancanti contrassegnati con "**" non sono significativi.

Come si può osservare dalla tabella, nel 2019, il totale dei *caregivers* familiari che ha fornito un tale tipo di assistenza ammonta, complessivamente, a **oltre 7 milioni di persone**, in prevalenza **donne: 4,1 milioni** (circa il 60%) - contro 2,9 milioni di uomini - , su un totale di circa 8 milioni di *caregivers* (coloro che dichiarano di aver fornito assistenza, non necessariamente ad un familiare).

Considerato che i dati del censimento ISTAT della popolazione italiana a fine 2019 hanno stimato una popolazione residente di circa 59,6 milioni di italiani, i ***caregivers* familiari rappresentano una popolazione di circa l'11,8 per cento**.

Qui un approfondimento del Servizio Studi della Camera deputati sulla figura del *caregiver* con dati ISTAT a consuntivo 2015.

Articolo 40
(Ambito di applicazione del Titolo II)

L'**articolo 40** introduce una delimitazione dell'**ambito di applicazione del Titolo II** del presente schema, che riguarda le specifiche disposizioni sulle modalità e disciplina dell'assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria, vale a dire il Capo I (Riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti e valutazione multidimensionale unificata) e il Capo II, che ha ad oggetto la nuova prestazione universale in favore delle **persone anziane non autosufficienti**.

La norma, fermo restando quanto disciplinato dagli articoli 34, 35 e 36 relativi, rispettivamente, all'introduzione della prestazione universale in favore degli anziani non autosufficienti, alla definizione dei beneficiari (per i quali è richiesta un'età anagrafica di almeno 80 anni) e all'oggetto del beneficio, prevede che le norme del richiamato Titolo II si applichino alle persone – non specificando alcun ulteriore requisito - che abbiano compiuto 70 anni.

Si valuti l'opportunità di approfondire se la formulazione del presente articolo possa eventualmente dare luogo a difficoltà interpretative in relazione alla pluralità di disposizioni di cui è rideterminato l'ambito applicativo.

Si ricorda in proposito che all'articolo 2 del presente schema, oltre alla definizione di "persona anziana non autosufficiente" (v. *ante*) viene data la definizione di "persona anziana", vale a dire il soggetto che abbia compiuto 65 anni, e di "persona grande anziana", il soggetto che abbia compiuto 80 anni.

Articolo 41
(Disposizioni finanziarie)

L'**articolo 41** dispone infine la **clausola di copertura degli oneri** in particolare derivanti dall'articolo 36, comma 2, lettera b), vale a dire la quota integrativa definita "assegno di assistenza", quantificati in 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 250 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede come segue:

a) quanto a **75 milioni di euro per il 2025** e **75 milioni di euro per il 2026** mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo l, comma 1264, della L. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007);
Tale Fondo, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (v. link di approfondimento), è finalizzato a garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale a beneficio delle persone non autosufficienti. In base all'ultima legge di Bilancio (L. n. 213/2023) la dotazione finanziaria del Fondo - iscritto al cap. 3538 dello stato di previsione del MLPS -, è pari a **913,6 milioni di euro per il 2024**, 914,18 milioni per il 2025 e 961 milioni per il 2026.

b) quanto a **125 milioni di euro per il 2025 e 125 milioni di euro per il 2026** a valere sul Programma nazionale «Inclusione e lotta alla povertà» 2021-2027, nel rispetto delle procedure e criteri di ammissibilità previsti dal Programma medesimo.
Il Programma (v. link, qui il dettaglio della dotazione finanziaria) (PN), di cui è titolare il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, approvato dalla Commissione europea a fine 2022, si articola in quattro priorità principali e due di assistenza tecnica: sostegno all'inclusione e lotta alla povertà (approfondimento); *child guarantee*, a sostegno dei minorenni a rischio povertà o esclusione sociale (approfondimento); contrasto alla deprivazione materiale (approfondimento) ed interventi infrastrutturali per l'inclusione socioeconomica (approfondimento).

c) quanto a **50 milioni di euro per il 2025 e 50 milioni di euro per il 2026** a valere sulle disponibilità della Missione 5 del PNRR.
La relazione tecnica alla norma aggiunge al riguardo che il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, in qualità di amministrazione responsabile per gli interventi in questione, assicura la coerenza degli interventi ammessi al finanziamento con gli obiettivi specifici della citata missione, ai fini del soddisfacente conseguimento degli stessi ed il corretto utilizzo delle relative risorse anche in funzione della rendicontazione all'Unione europea.

In proposito si ricorda che all'interno della **Missione 5**, la **Componente 2** - di interesse per le politiche sociali - indica l'intervento definito da progetti per attuare l'**Investimento 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"** rivolto ai seguenti obiettivi per la cui attuazione sono previsti **1,45 miliardi di euro**:

1) **sostegno alle persone vulnerabili** e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli **anziani non autosufficienti** con l'obiettivo entro il primo trimestre 2026 che almeno l'85% dei distretti sociali sull'intero territorio nazionale - attualmente sono circa 600 - abbia completato uno degli interventi indicati (M5C2- 5 e 6);
2) definizione dei percorsi di autonomia per **persone con disabilità** con l'obiettivo, entro il primo trimestre 2026, di portare a regime i progetti avviati con almeno 5.000 persone con disabilità in condizione di beneficiare del rinnovo dello spazio domestico e/o della fornitura di dispositivi ICT (tecnologia della informazione e comunicazione) (M5C2- 7 e 8);
3) **Housing temporaneo** e **cd. stazioni di posta** per l'ospitalità di persone senza fissa dimora con l'obiettivo, entro il primo trimestre 2026, di portare almeno 25.000 persone che vivono in condizioni di grave deprivazione materiale a ricevere un alloggio temporaneo, per almeno 6 mesi (M5C2- 9 e 10).

A tali investimenti si affiancano alcune previsioni di riforma e corrispondenti norme di attuazione, i cui disegni di legge sono stati dichiarati collegati alla decisione di bilancio a completamento della manovra di bilancio 2022-2024:

- la riforma del sistema degli **interventi in favore degli anziani non autosufficienti** (la più volte richiamata L. n. 33/2023) con l'obiettivo di adottare le deleghe in materia entro il primo trimestre 2023 ed approvare tutti i decreti legislativi delegati entro il primo trimestre del 2024 (M5C2- 3 e 4).
- la riforma in tema di **disabilità con legge quadro** (L. n. 227 del 22 dicembre 2021) (che non è indicata nell'insieme delle risorse residue a copertura degli interventi di cui al presente Capo II), recante deleghe in materia di disabilità, in vigore dal 31 dicembre 2021 (qui il Dossier del 9 novembre 2021), con termine di delega entro 20 mesi dalla data di entrata in vigore della legge (dunque entro il 1° settembre 2023), termine **successivamente ampliato**[173] al 15 marzo 2024, in linea con la scadenza dell'obiettivo entro la prima metà del 2024 (M5C2- 1 e 2).

[173] Art. 1, comma 5, della legge di conversione del DL. 198/2022 (L. n. 14/2023, cd. Proroga termini legislativi).

Articolo 42
(Entrata in vigore)

L’**articolo 42** disciplina **l’entrata in vigore del provvedimento** fissandola al giorno successivo alla sua pubblicazione in **Gazzetta Ufficiale.**