XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Disciplina dell'ippicoltura. C. 329 Gadda (Parere alla XIII Commissione) *(Esame e conclusione – Parere favorevole)* 110

ALLEGATO 1 (Parere approvato dalla Commissione) 118

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121 *(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e conclusione – Parere favorevole con osservazioni)* 111

ALLEGATO 2 (Proposta di parere del Relatore) 119

ALLEGATO 3 (Proposta alternativa di parere presentata dai deputati Quartini, Sportiello, Ricciardi Marianna, Di Lauro) 122

ALLEGATO 4 (Proposta alternativa di parere presentata dai deputati Furfaro, Ciani, Girelli, Malavasi, Stumpo) 129

ALLEGATO 5 (Proposta alternativa di parere presentata dalla deputata Bonetti) 135

ALLEGATO 6 (Parere approvato dalla Commissione) 143

SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore. C. 1532-*ter (Seguito dell'esame e rinvio)* 115

ALLEGATO 7 (Subemendamenti all'emendamento 13.100 del Governo) 146

ALLEGATO 8 (Proposte emendative 13.101 del Governo e 13.012 del Relatore) 147

ALLEGATO 9 (Proposte emendative approvate) 148

INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva Sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia *(Deliberazione di una proroga del termine)* 116

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 117

SEDE CONSULTIVA

Martedì 5 marzo 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 13.40.

Disciplina dell'ippicoltura.

C. 329 Gadda.

(Parere alla XIII Commissione).

(Esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che il provvedimento è calendarizzato per la discussione in Assemblea da lunedì 11 marzo 2024 e che, pertanto, il parere sarà espresso nella seduta odierna.

Dà, quindi, la parola alla relatrice, deputata Vietri, per lo svolgimento della relazione e per l'illustrazione della proposta di parere.

Imma VIETRI (FDI), *relatrice*, fa presente che il provvedimento sul quale la Commissione è chiamata a esprimere il parere di competenza alla XIII Commissione (Agricoltura), recante la disciplina dell'ippicoltura, nel testo risultante dalle proposte emendative approvate in sede referente, si compone di tre articoli. In particolare, l'articolo 1, definendo l'ambito di applicazione, chiarisce che l'attività in esame si riferisce a tutti gli equidi, siano essi destinati o non alla produzione di alimenti per il consumo umano, prevedendo che siano considerate attività agricole, ai sensi del comma 1 dell'articolo 2135 del codice civile, le attività, svolte in forma imprenditoriale, di: gestione della riproduzione, gestazione, nascita e svezzamento degli equidi, nonché dell'allevamento.

Il comma 4 dell'articolo 1 definisce, invece, quali attività debbano essere intese come connesse a quelle dell'ippicoltura. Esse sono: l'esercizio e la gestione di stazioni di fecondazione, l'assistenza alla produzione del seme e la relativa gestione; la doma, l'addestramento, l'allenamento, la custodia e il ricovero dei cavalli; la valorizzazione e promozione delle razze, anche con la partecipazione a manifestazioni ludiche e a raduni di turismo equestre; la gestione di scuole di equitazione e l'utilizzo del cavallo per scopi sociali o di ippoterapia, il mantenimento, anche per conto terzi, di cavalli di qualunque età, la promozione di attività di studio delle tecniche di ippicoltura, tirocini e attività formative, anche in collaborazione con istituti scolastici, con gli allevamenti presenti sul territorio e con le cliniche veterinarie universitarie nonché lo svolgimento di attività di mascalcia.

Il successivo comma 7 prevede che gli operai assunti dalle imprese che esercitano attività di ippicoltura siano considerati lavoratori agricoli dipendenti ai fini previdenziali e assistenziali, inclusa la normativa sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, mentre al comma 8 si fa divieto di destinare alla filiera alimentare gli equidi impiegati a scopo sociale o terapeutico.

L'articolo 2 reca la consueta clausola di salvaguardia, prevedendo che le disposizioni della legge si applichino alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, mentre il successivo articolo 3 reca le disposizioni finanziarie, prevedendo un onere pari a 5 milioni di euro.

Formula, infine, una proposta di parere favorevole *(vedi allegato 1)*.

La Commissione approva la proposta di parere della relatrice.

La seduta termina alle 13.45.

ATTI DEL GOVERNO

Martedì 5 marzo 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. – Interviene il viceministro del lavoro e delle politiche sociali Maria Teresa Bellucci.

La seduta comincia alle 13.45.

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e conclusione – Parere favorevole con osservazioni).

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno, rinviato, da ultimo, nella seduta del 28 febbraio 2024.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente e relatore*, avverte che nella giornata odierna è pervenuto l'atto di mancata intesa sancito in sede di Conferenza unificata. Pertanto, avendo il Governo provveduto a integrare la richiesta di parere, già assegnata con

riserva dal Presidente della Camera, la Commissione è nelle condizioni di procedere all'espressione del prescritto parere.

Al riguardo, ricorda di aver trasmesso in via informale a tutti i gruppi rappresentati in Commissione la sua proposta di parere favorevole, con diverse premesse e osservazioni, che tengono conto dei rilievi emersi dalle audizioni e dai contributi, forniti sia dai colleghi che dai soggetti auditi, che ha ritenuto di accogliere *(vedi allegato 2)*.

Avverte, altresì, che i deputati dei gruppi Movimento 5 Stelle *(vedi allegato 3)*, Partito Democratico *(vedi allegato 4)* e Azione *(vedi allegato 5)* hanno presentato tre proposte alternative di parere, che saranno poste in votazione solo nel caso in cui non fosse approvata la proposta di parere formulata dal relatore.

Carmen DI LAURO (M5S) dichiara che il proprio gruppo si è trovato costretto a formulare una proposta alternativa di parere in ragione della totale insoddisfazione rispetto al contenuto del provvedimento in esame. Al riguardo sottolinea che, con intenti propagandistici, i gruppi di maggioranza hanno lasciato intendere che le nuove disposizioni in favore degli anziani avrebbero comportato un incremento delle prestazioni per milioni di persone interessate mentre in realtà la misura più rilevante, peraltro di carattere transitorio, riguarda una platea che può essere stimata in circa 25.000 soggetti. Segnala, inoltre, che tutto il mondo associativo coinvolto a vario titolo nel settore dell'assistenza agli anziani ha rilevato numerosissime criticità nell'impianto del provvedimento.

Rileva, quindi, che nell'articolato sono presenti anche disposizioni che possono essere considerate lodevoli nelle loro intenzioni ma il cui contenuto appare spesso « fumoso » e in ogni caso non attuabile a causa dell'assenza di adeguate risorse finanziarie. Osserva che anche sulla telemedicina si compiono dei passi indietro, ciò che appare incomprensibile, anche alla luce di quanto accaduto nel corso della recente pandemia. Reputa, inoltre, assai poco incisive anche le misure relative alle residenze sanitarie assistite.

In conclusione, nel rilevare che lo schema di decreto fa ricorso in maniera eccessiva al rinvio a successivi provvedimenti attuativi per delineare nel concreto gli interventi che per ora sono solamente indicati, ribadisce la completa insoddisfazione del Movimento 5 Stelle rispetto al provvedimento in esame.

Elena BONETTI (AZ-PER-RE), nel ringraziare il presidente e relatore, onorevole Cappellacci, per aver accolto nella sua proposta di parere di alcuni dei rilievi provenienti dai gruppi di opposizione, osserva che la presenza significativa di componenti dei gruppi di maggioranza, al di là delle legittime preoccupazioni nell'assicurare che le successive votazioni procedano nel senso da loro auspicato, potrebbe denotare una consapevolezza del carattere strategico del provvedimento in esame.

Nonostante gli sforzi compiuti dal relatore, reputa insoddisfacente il contenuto della proposta di parere in quanto essa non appare adeguatamente incisiva rispetto a un testo del tutto inadeguato, che non rispetta numerosi princìpi e criteri direttivi della legge delega ed effettua un rinvio molto ampio a successivi interventi normativi. Sottolinea che lo schema di decreto presenta numerose lacune in relazione ad aspetti strategici, a partire dalla mancata integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Rileva altresì che il testo proposto dal Governo ha ricevuto commenti negativi di natura tecnica provenienti da vari fronti e che non è stato possibile raggiungere un'intesa in sede di Conferenza unificata, pur in una situazione in cui le regioni governate dal centrodestra sono la stragrande maggioranza.

Auspica che la Commissione non proceda nella seduta odierna alla votazione del parere, anche in considerazione di quanto verificatosi in sede di Conferenza unificata, pur nella consapevolezza del fatto che la deliberazione del parere sia tecnicamente possibile. Giudica peraltro non corretto il fatto che il Governo possa ipotizzare di svolgere un successivo confronto con gli enti territoriali, escludendo di fatto un coinvolgimento del Parlamento in tale ambito. Nel ricordare che la legge di delega ha

un'origine condivisa e di avere espresso lei stessa un voto favorevole al momento della sua approvazione, ricorda di averlo fatto con l'auspicio che l'intervento fosse accompagnato da adeguate risorse finanziarie.

Esprime, in particolare, il proprio disappunto per l'impostazione data alla misura definita universale, che invece di ricalcare quanto previsto per l'assegno unico e universale per i minori, si risolve di fatto in una misura di carattere sperimentale, che si applica a una platea estremamente ridotta di persone.

Sollecita l'apertura di un ulteriore momento di confronto tra Parlamento e Governo, ricordando che un percorso simile è stato avviato per quanto concerne l'esame dell'ultimo decreto attuativo della delega in materia di disabilità. Preannuncia che, in caso contrario, si troverà costretta a esprimere un voto contrario sulla proposta di parere del relatore, sulla base di dati oggettivi che difficilmente potranno essere smentiti.

Marco FURFARO (PD-IDP) rileva che la legge delega ha costituito una risposta importante alla sfida rappresentata dalla necessità di intervenire sulle misure di sostegno per le persone anziane, con l'obiettivo di assicurare ad esse maggiore autonomia e una socialità più ricca. Ricorda che, al momento della votazione di tale provvedimento, il proprio gruppo ha deciso di astenersi, in ragione di una cautela sulla possibilità che venissero stanziate risorse sufficienti al conseguimento degli obiettivi. Ricorda, inoltre, che la normativa che si è voluto introdurre ha rappresentato l'esito di un lavoro trasversale, svolto con il coinvolgimento di numerose associazioni operanti nel settore.

Rileva, tuttavia, come già sottolineato dalla collega Bonetti, che lo schema di decreto in esame ha suscitato giudizi fortemente critici dalla quasi totalità dei soggetti coinvolti.

Nell'evidenziare l'importanza di costruire un parere maggiormente condiviso, riconosce che il relatore ha compiuto sforzi notevoli per accogliere alcune delle proposte provenienti dalle forze di opposizione ma che il contenuto del parere appare fortemente depotenziato dal fatto che si tratta di semplici osservazioni, peraltro precedute dalla formula con cui si invita il Governo a valutare l'opportunità di tenerne conto.

Ribadisce che si è in presenza di una riforma incompleta, in gran parte priva di reale contenuto, che presenta gravi carenze per quanto riguarda, ad esempio, i servizi domiciliari, l'efficacia del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente, i meccanismi di monitoraggio e le misure residenziali.

Stigmatizza il carattere fortemente propagandistico della comunicazione del Governo rispetto alla prestazione definita universale, posto che l'obiettivo appare assai lontano, vista l'esiguità dei soggetti coinvolti.

Sulla base di tali presupposti, il Partito Democratico ha deciso di elaborare una proposta alternativa di parere. Associandosi alla proposta avanzata dalla collega Bonetti per l'apertura di un ulteriore momento di confronto, rinviando quindi la deliberazione a un momento successivo, preannuncia che, se ciò non avverrà, il suo gruppo sarà costretto a esprime un voto contrario sulla proposta di parere formulata dal relatore.

Davide FARAONE (IV-C-RE) ritiene che la Commissione non debba procedere all'espressione del parere nella giornata odierna, anche per scongiurare il rischio che il Parlamento possa rivelarsi ininfluente rispetto alle modifiche e integrazioni del testo che appaiono necessarie. Reputa troppo debole il contenuto della proposta di parere formulata dal relatore, posto che lo schema di decreto di fatto mortifica la visione ambiziosa alla base della elaborazione della legge di delega.

Rileva, in proposito, che le disposizioni relative alla prestazione definita universale riguarda una platea infinitamente ridotta rispetto a quella dei potenziali interessati. Reputa necessario avviare un ragionamento anche sull'indennità di accompagnamento, con l'obiettivo di tenere conto del reddito familiare dei soggetti interessati.

Concludendo, riafferma l'esigenza di apportare modifiche sostanziali allo schema di decreto legislativo, chiedendo pertanto

un differimento dell'espressione del parere da parte della Commissione, al fine di individuare una posizione il più possibile unitaria, anche in considerazione di quanto emerso all'interno del confronto svoltosi in sede di Conferenza unificata. In caso contrario, dichiara che si troverà costretto a esprimere un voto convintamente contrario sulla proposta di parere del relatore, tenendo conto anche del fatto che il provvedimento non reca i necessari interventi strutturali dal punto di vista delle risorse finanziarie.

Luana ZANELLA (AVS) si associa alle considerazioni svolte dai colleghi intervenuti fino ad ora, sostenendo come sia assolutamente necessario e urgente sospendere l'esame del provvedimento in esame.

Fa presente che, data l'importanza del provvedimento, molto atteso nel Paese, sarebbe auspicabile la massima convergenza delle forze politiche sulle possibili soluzioni da individuare, in grado di superare le maggiori criticità presenti nello schema di decreto delegato.

Luciano CIOCCHETTI (FDI), pur comprendendo alcune istanze avanzate dai colleghi dell'opposizione, ricorda che il tema sul quale si interviene con il presente decreto delegato è stato affrontato, con risultati non esaltanti, da tutte le forze politiche che si sono alternate nel governo del Paese da oltre trent'anni. Sottolinea come sia indispensabile compiere una prima opera di « costruzione istituzionale » del sistema, coinvolgendo i diversi livelli istituzionali, dalle regioni ai comuni, nella consapevolezza che una riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane non può essere compiuta in un solo giorno.

Citando Monsignor Paglia, che è stato presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita due anni fa dal Ministro della salute *pro tempore*, Roberto Speranza, ricorda la necessità di passare attraverso una fase sperimentale, in grado di favorire una diversa impostazione culturale nel gestire le politiche in favore delle persone anziane.

Sul tema delle risorse necessarie per l'attuazione delle misure previste nello schema di decreto delegato, sottolinea le difficoltà che potranno derivare a causa dell'utilizzo improprio di ingentissime risorse con il cosiddetto *superbonus*.

Precisando che le uniche regioni che hanno negato il proprio assenso all'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sono soltanto l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Campania e la Puglia, ovvero le regioni governate da coalizioni di centrosinistra, preannuncia, a nome del gruppo Fratelli d'Italia, il voto favorevole sulla proposta di parere presentata dal relatore.

Paolo CIANI (PD-IDP) ricorda di aver sempre sostenuto, in maniera convinta, l'assoluta necessità di approvare una legge di riforma in questa materia, al punto da aver votato favorevolmente in fase di approvazione parlamentare della legge delega n. 33 del 2023.

Nonostante tali premesse, tuttavia, esprime forti perplessità sia sull'entità delle risorse che saranno disponibili per l'attuazione delle misure a favore degli anziani sia sul metodo della cosiddetta sperimentazione che, a suo avviso, riguarda una porzione troppo ristretta – venticinquemila persone – di popolazione.

Sottolinea, inoltre, la gravità del fatto di aver diffuso un'informazione distorta sul tema, attraverso notizie trasmesse dal servizio pubblico radiotelevisivo circa la misura prevista in favore degli anziani, laddove si parlava di una prestazione universale, pari a 1.000 euro mensili aggiuntivi, destinati a una platea molto vasta.

Rappresenta altresì come la proposta alternativa di parere presentata dal suo gruppo non sia ostruzionistica, contenendo essa concrete proposte di modifiche e integrazioni.

Davide FARAONE (IV-C-RE) interviene per precisare che le affermazioni dell'onorevole Ciocchetti non sarebbero corrette, in quanto dal documento concernente la posizione assunta in sede Conferenza delle regioni sul provvedimento in oggetto si evince come l'intera Conferenza abbia espresso la

mancata intesa, mentre le quattro regioni richiamate dal collega hanno criticato l'impianto complessivo del provvedimento.

Luciano CIOCCHETTI (FDI) invita il collega a interpretare correttamente il citato documento, in quanto è evidente che l'intesa non sia stata raggiunta a causa della mancata unanimità, determinata dalla posizione assunta dalle predette quattro regioni.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente e relatore*, si dichiara certo dal fatto che vi sia un'ampia condivisione sulla volontà di promuovere misure più efficaci a sostegno delle persone anziane, segnalando tuttavia come non sia possibile che ciò venga interamente realizzato in tempi così rapidi.

Ritiene che la proposta di parere da lui formulata costituisca uno stimolo efficace per andare nella giusta direzione, ricordando che essa contiene ben sedici osservazioni contenenti correzioni significative e molto concrete da apportare al testo proposto dal Governo.

Alla luce della discussione svolta, riformula la proposta di parere sopprimendo le parole: « a valutare l'opportunità di », che a suo avviso rappresentano una sorta di clausola di stile, al fine di superare alcune perplessità sulla determinazione del relatore rispetto alle modifiche da apportare al testo. Ribadisce, in ogni caso, che il parere contiene diversi rilievi significativi su punti essenziali, a partire da quelli relativi alle misure di sostegno, da assicurare anche agli anziani di età compresa tra i 65 e i 69 anni, ai LEPS e al ruolo dello SNAA.

Nel ricordare che, nonostante l'assenza di un'intesa, la gran parte delle regioni, pur auspicando interventi correttivi, è apparsa disponibile al raggiungimento dell'intesa stessa, e segnalando che tale posizione è stata condivisa anche dalle associazioni rappresentative dei comuni e delle province, ritiene che la sua proposta di parere, come da ultimo riformulata, possa rappresentare un buon « punto di caduta » dell'esame svolto.

La Commissione approva la proposta di parere del relatore *(vedi allegato 6)*.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, fa presente che risultano pertanto precluse le proposte alternative di parere presentate dai gruppi Movimento 5 Stelle, Partito Democratico e Azione.

La seduta termina alle 14.30.

SEDE REFERENTE

Martedì 5 marzo 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. – Interviene il viceministro del lavoro e delle politiche sociali Maria Teresa Bellucci.

La seduta comincia alle 14.30.

Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore.
C. 1532-*ter*.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 28 febbraio 2024.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che, all'esito delle votazioni svolte nelle sedute precedenti, risultano accantonate le proposte emendative Sportiello 10.2 e 11.26, Brambilla 11.19, Molinari 13.2, Lancellotta 13.3, Bonetti 13.6, Ciancitto 13.8, Vietri 13.16 e 13.20, Manes 13.21, Vietri 13.02, 13.03, 13.06 (limitatamente alla parte ammissibile) e 13.08.

Ricorda, altresì, che alle ore 17 di mercoledì 28 febbraio è scaduto il termine per la presentazione di eventuali subemendamenti all'emendamento 13.100 del Governo. Avverte che ne sono stati presentati quattro *(vedi allegato 7)*.

Avverte, inoltre, che sono stati presentati l'emendamento 13.101 del Governo e l'articolo aggiuntivo 13.012 del relatore *(vedi allegato 8)*. Comunica che il termine per la presentazione di eventuali subemendamenti a tali proposte emendative è fissato alle ore 17 della giornata odierna.

Dà, quindi, la parola al relatore, deputato Ciocchetti, e al viceministro Bellucci

per l'espressione dei rispettivi pareri sulle proposte emendative richiamate.

Luciano CIOCCHETTI (FDI), *relatore*, invita al ritiro degli emendamenti Sportiello 10.2 e 11.26, esprimendo altrimenti parere contrario. Propone di mantenere l'accantonamento degli emendamenti Brambilla 11.19 e Molinari 13.2.

Esprime parere favorevole sull'emendamento Lancellotta 13.3, a condizione che sia riformulato nei termini indicati in allegato *(vedi allegato 9)*. Propone di mantenere l'accantonamento degli emendamenti Bonetti 13.6 e Ciancitto 13.8.

Esprime parere favorevole sull'emendamento Vietri 13.16, a condizione che sia riformulato nei termini indicati in allegato *(vedi allegato 9)*.

Propone, quindi, di mantenere l'accantonamento degli emendamenti Vietri 13.20, Manes 13.21 e degli articoli aggiuntivi Vietri 13.02, 13.03 e 13.06 (limitatamente alla parte ammissibile). Esprime parere favorevole sull'articolo aggiuntivo Vietri 13.08.

Infine, invita al ritiro dei subemendamenti Quartini 0.13.100.1, 0.13.100.2, 0.13.100.3 e Di Lauro 0.13.100.4, esprimendo altrimenti parere contrario, ed esprime parere favorevole sull'emendamento 13.100 del Governo.

Il viceministro Maria Teresa BELLUCCI esprime parere conforme a quello del relatore su tutte le proposte emendative, raccomandando l'approvazione dell'emendamento 13.100 del Governo.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, dispone l'accantonamento delle proposte emendative per le quali è stata avanzata richiesta dal relatore. Comunica, quindi, che l'articolo aggiuntivo Vietri 13.03 è stato ritirato dai presentatori.

La Commissione, con distinte votazioni, respinge gli emendamenti Sportiello 10.2 e 11.26.

Elisabetta Christiana LANCELLOTTA (FDI) accetta la proposta di riformulazione dell'emendamento a sua prima firma 13.3.

La Commissione approva l'emendamento Lancellotta 13.3 *(Nuova formulazione) (vedi allegato 9)*.

Imma VIETRI (FDI) accetta la proposta di riformulazione dell'emendamento a sua prima firma 13.16.

La Commissione approva l'emendamento Vietri 13.16 *(Nuova formulazione) (vedi allegato 9)*.

Con distinte votazioni, respinge i subemendamenti Quartini 0.13.100.1, 0.13.100.2, 0.13.100.3 e Di Lauro 0.13.100.4.

La Commissione, con distinte votazioni, approva quindi l'emendamento 13.100 del Governo e l'articolo aggiuntivo Vietri 13.08 *(vedi allegato 9)*.

Ugo CAPPELLACCI, presidente, segnala che l'emendamento Molinari 13.2 risulta assorbito a seguito dell'approvazione dell'emendamento 13.100 del Governo.

Essendo terminato l'esame delle proposte emendative sulle quali il relatore e il rappresentante del Governo hanno espresso i rispettivi pareri, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.45.

INDAGINE CONOSCITIVA

Martedì 5 marzo 2024. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 14.45.

Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia.

(Deliberazione di una proroga del termine).

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che nella riunione dell'ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, del 28 febbraio scorso, si è convenuto unanimemente sulla necessità di prorogare di un mese il termine per la conclusione dell'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-

urgenza e dei pronto soccorso in Italia, già prevista per il 29 febbraio 2024, al fine di consentire la conclusione delle audizioni programmate.

Avendo raggiunto la necessaria intesa con il Presidente della Camera, ai sensi dell'articolo 144, comma 1, del Regolamento della Camera, la Commissione può procedere alla deliberazione formale.

Pone quindi in votazione la proposta di prorogare alla fine del mese di marzo 2024 il termine dell'indagine conoscitiva in oggetto.

La Commissione delibera la proroga del termine dell'indagine proposta dal presidente.

La seduta termina alle 14.50.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 14.50 alle 13.

ALLEGATO 1

Disciplina dell'ippicoltura. C. 329 Gadda.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il testo della proposta di legge C. 329 Gadda, recante « Disciplina dell'ippicoltura », come risultante dalle proposte emendative approvate,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

ALLEGATO 2

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

PROPOSTA DI PARERE DEL RELATORE

La XII Commissione,

esaminato lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane (Atto n. 121);

tenuto conto delle deleghe legislative previste dagli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 331, in attuazione delle quali è stato emanato lo schema di decreto in oggetto che, tra l'altro, con specifico riferimento alla categoria degli anziani non autosufficienti, è volto a realizzare uno degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR, Missione 5, componente 2), che fissa al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi;

considerato quanto emerso dalle audizioni informali svoltesi nelle sedute del 15 e del 20 febbraio e dalla documentazione fornita dai soggetti auditi;

espresso, in generale, apprezzamento per la portata innovativa della riforma e per l'approccio seguito in ordine alle politiche per le persone anziane, auspicando per il futuro un incremento delle risorse da destinare alle misure da esso introdotte;

auspicata l'approvazione di una legge *ad hoc* sul riconoscimento e il sostegno dell'attività di assistenza e di cura svolta dal *caregiver* familiare, materia nella quale la XII Commissione ha avviato l'esame di varie proposte di legge, presentate da diversi gruppi parlamentari, di maggioranza e di opposizione;

rilevata l'opportunità di proporre alcune modifiche da apportare al testo sottoposto all'esame parlamentare,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

valuti il Governo l'opportunità di:

a) all'articolo 9, esplicitare che le prestazioni erogabili in telemedicina, di cui al comma 2, sono adottate in coerenza con quelle previste dalle disposizioni di cui al decreto del Ministro della salute 29 aprile 2022, recante « Le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare », e possono pertanto essere erogate da tutti gli enti pubblici e privati accreditati per le cure domiciliari;

b) all'articolo 13, sostituire il comma 5 con il seguente: « 5. Anche al fine di sostenere il benessere psicologico delle persone anziane attraverso l'interazione delle stesse con gli animali d'affezione, con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono individuate le modalità di donazione, utilizzazione e distribuzione gratuita di medicinali veterinari destinati alla cura degli animali d'affezione a enti del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, alle strutture di raccolta e ricovero degli animali abbandonati nonché l'elenco dei farmaci ritenuti non idonei alla donazione. Con il medesimo decreto sono previsti anche i requisiti dei locali e delle attrezzature idonei a garantire la corretta conservazione dei medicinali veterinari oggetto di donazione e le procedure volte alla tracciabilità dei lotti dei medicinali ricevuti e distribuiti. »;

c) all'articolo 21, verificare se il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), come

delineato dalla disposizione in esame, sia conforme alla norma di delega, in base alla quale lo SNAA dovrebbe svolgere il ruolo di programmazione integrata di tutti i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali da erogare in favore delle persone anziane non autosufficienti;

d) sempre all'articolo 21, al comma 2, lettera *a)*, sostituire le parole: « sentite le » con le seguenti: « assicurando la partecipazione delle »; al medesimo comma, lettera *b)*, aggiungere, in fine, le parole: « che adottano i propri piani assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e delle associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità »;

e) in relazione all'articolo 22, stante la possibile ambiguità derivante dall'accostamento della locuzione « obiettivi di servizio » alla parola « LEPS », sostituire il comma 1 prevedendo che: « Ai fini del presente decreto, i LEPS sono quelli individuati dall'articolo 1, commi 162, 163 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017. »;

f) all'articolo 26, dopo la parola: « regolare, » inserire le seguenti: « d'intesa con i soggetti affidatari della gestione dei servizi, anche incentivando l'integrazione operativa delle attività, »;

g) all'articolo 27, comma 4, dopo le parole: « ambiti territoriali sociali », inserire le seguenti: « degli enti affidatari della gestione dei servizi »;

h) al medesimo articolo 27, modificare il comma 13, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, in particolare tra i componenti della UVM, in relazione alla valutazione multidimensionale unificata finalizzata a definire il PAI, nonché prevedendo che, nei casi di severità e prevalenza di una patologia rispetto alle altre, farà parte dell'unità valutativa multidimensionale il medico specialista che segue la cronicità prevalente e che, per determinati livelli di complessità (individuati dal decreto ministeriale n. 77 del 2022) e per i pazienti in assistenza domiciliare integrata con coefficiente di intensità assistenziale oltre una certa soglia (stabilita dal predetto decreto ministeriale) dovrà essere sempre coinvolto il geriatra nell'*équipe* valutativa e assistenziale;

i) all'articolo 29, rafforzare l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale rivolta agli anziani non autosufficienti e in particolare, al comma 1, specificare che le prestazioni domiciliari devono essere integrate, oltre che con i servizi di assistenza domiciliare, con le prestazioni in telemedicina e i servizi a elevata intensità assistenziale erogati con tecnologie *life support* quali ventilazione meccanica, nutrizione artificiale, ossigenoterapia, dialisi domiciliare;

l) al medesimo articolo 29, comma 5, precisare che l'integrazione dei servizi domiciliari debba avvenire d'intesa con i soggetti affidatari della gestione degli stessi, anche incentivando l'integrazione operativa delle attività;

m) riportare in un unico articolo i contenuti degli articoli 30, concernente i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali, e 31, concernente i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari;

n) all'articolo 31, comma 7, lettera *b)*, prevedere che, per quanto riguarda il criterio di accreditamento relativo alla congruità del personale, si tenga conto, oltre che del numero di persone accolte nella struttura, anche di quelle assistite a domicilio;

o) all'articolo 33, esplicitare che le persone con disabilità pregressa, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, divenute anziane, non necessitano di richiedere l'attivazione di nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale;

p) rivedere la prestazione di cui agli articoli 34, 35 e 36, in senso conforme alla legge delega, al fine di: assicurare il carat-

tere di universalismo nell'accesso; prevedere che l'importo sia graduato sulla base dell'intensità del bisogno assistenziale; garantire la libertà di scelta tra erogazione di denaro e di servizi;

q) all'articolo 38, rivedere le disposizioni relative alla formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane, anche nel senso di definire i profili professionali e il modello organizzativo dei servizi da erogare, prevedendo in tale ambito, in particolare, la definizione di percorsi per la formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore sociosanitario, attraverso la predisposizione di specifiche linee guida da adottare con decreti dei Ministri competenti, al fine di definire modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi su tutto il territorio nazionale;

r) riconsiderare l'articolo 40 in quanto, prevedendo che le disposizioni di cui al titolo II – esclusi gli articoli 34, 35 e 36 – si applichino alle sole persone anziane di età superiore ai 70 anni, in contrasto con la definizione di « persona anziana » di cui all'articolo 2 dello schema di decreto, escluderebbe l'applicazione di una parte rilevante delle disposizioni del provvedimento alle persone di età compresa tra i 65 e i 69 anni, con la conseguenza di un arretramento delle tutele previste dall'ordinamento nei loro confronti, rispetto a prestazioni da considerarsi essenziali.

ALLEGATO 3

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

PROPOSTA ALTERNATIVA DI PARERE PRESENTATA DAI DEPUTATI QUARTINI, SPORTIELLO, RICCIARDI MARIANNA, DI LAURO

La Commissione XII,

in sede di esame dello schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33 (AG 121),

premesso che:

il provvedimento all'esame è adottato in attuazione delle deleghe legislative previste e disciplinate dagli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023 n. 33 « Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane »;

gli schemi dei decreti legislativi di cui agli articoli 3, 4 e 5, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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; a riguardo si dà atto che la trasmissione dello schema non è stata accompagnata dalla predetta intesa in sede di Conferenza unificata;

la legge delega contempla una riforma per « *la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana* », anche in attuazione delle Missioni 5, componente 2, e 6, componente 1, del PNRR e nell'ambito delle risorse disponibili nei diversi Fondi indicati nella medesima legge delega all'articolo 8;

il PNRR 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;

la legge delega si compone di 9 articoli e il provvedimento all'esame attua le deleghe di cui agli articoli 3, 4 e 5 che di seguito sinteticamente si riassumono:

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;

articolo 4 delega il Governo, entro il 31 gennaio 2024, a 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 Missione 5, componente 2, e della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);

articolo 5 delega il Governo, entro il 31 gennaio 2024, ad intervenire 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; altri ambiti della delega sono costituiti da: ricognizione e riordino delle agevolazioni contributive e fiscali volte a sostenere la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente; definizione delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane; miglioramento delle condizioni di vita individuali dei *caregiver* familiare;

considerato che:

il provvedimento nel complesso presenta numerose criticità;

la pressoché integrale invarianza finanziaria non dà consistenza all'intero provvedimento e, anche laddove sono previsti gli oneri, come nel caso dell'assegno di assistenza (prestazione universale), le risorse sono comunque a valere su Fondi esistenti e destinati ad attività già programmate;

il provvedimento reca per ben 43 volte la parola « promuovere » (e similari), quale segno tangibile dell'evanescenza delle misure in esso recate che per massima parte si limitano a consentire o rendere eventualmente possibili talune attività o misure;

vi è un'eccessiva devoluzione alle regioni ed enti locali che rischia di generare ineguaglianza nell'accesso a misure sanitarie e sociali essenziali (LEA E LEPS) che invece devono essere garantite uniformemente sull'intero territorio nazionale;

particolarmente critiche sono le definizioni di « persona anziana » (di 65 anni), « persona grande anziana (di 80 anni) » e « persona anziana non autosufficiente » che non derivano dalla legge delega e sembrano finalizzate a circoscrivere artatamente la platea dei destinatari di talune misure, come ad esempio la prestazione universale;

dal raffronto delle predette definizioni con quanto poi previsto all'articolo 40 che circoscrive le disposizioni che ricadono negli articoli dal 21 al 42 alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo rimanendo quanto previsto agli articoli 34, 35 e 36 sulla prestazione universale i cui beneficiari devono invece aver compiuto 80 anni, emerge come di fatto rimangono fuori dall'ambito di applicazione del provvedimento all'esame le persone dai 65 ai 69 anni;

con la definizione di « persona anziana non autosufficiente » si rischia di sacrificare la condizione di « malati cronici » poiché con l'attribuire loro « fragilità », « vulnerabilità sociale », funzionamenti psico-sociali e altre caratterizzazioni, si finisce per omettere la condizione di malattia di tali persone, che ne determina la non autosufficienza e che costituisce – da sola, senza ulteriori specificazioni e limitazioni – elemento qualificante per la loro presa in carico da parte del Servizio sanitario in tutti i *setting* di cura, compresi quelli di lunga durata, domiciliari, semiresidenziali e residenziali;

il CIPA, già istituito con la legge delega, possiede funzioni esorbitanti e sconfinanti nelle competenze tipiche e fondamentali del Ministero della salute poiché interverrebbero anche sulle politiche sanitarie fondamentali, come la medesima integrazione socio-sanitaria già disciplinata all'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 502/1992;

ad esempio, appare esorbitante l'attribuzione al CIPA di indicare i criteri generali per l'elaborazione dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale, e dei criteri per assicurare l'attuazione e l'uniforme applicazione degli interventi, dei progetti e dei predetti servizi; è evidente come questa specifica funzione, che in realtà doveva appartenere allo SNAA, rischia di compromettere l'indirizzo che in materia sanitaria e socio-sanitaria compete al Ministero della salute e pertanto sarebbe au-

spicabile che l'attività di integrazione socio-sanitaria sia coordinata dal Ministero della salute *in primis*, anziché dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali;

le misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane si sostanziano solo in campagne di comunicazione e in linee di indirizzo, oltretutto ad invarianza finanziaria a dispetto della quale la relazione tecnica invece riporta la stima degli oneri di un importo pari a 1 milione di euro annui, a valere sulle disponibilità, nel capitolo 5510 dello stato di previsione del Ministero della salute;

per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro, si rilevano le vaghe iniziative « per favorire » le persone anziane nello svolgimento, anche parziale, della prestazione lavorativa in modalità agile; a riguardo sarebbe invece opportuno che, quanto meno per le persone anziane non autosufficienti, il lavoro agile sia un diritto da garantire in maniera permanente;

le misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante attività di utilità sociale e di volontariato sono prevalentemente contemplate come promozioni ovvero come mere « possibilità », senza alcuna valenza dispositiva o programmatica;

il coinvolgimento delle istituzioni formative, scolastiche e universitarie per intervenire sul rapporto intergenerazionale è ad invarianza finanziaria e contemplato come mera possibilità; ugualmente l'intervento sulla mobilità e sul turismo del benessere per le persone anziane è totalmente fumoso, senza risorse e senza alcun impatto realmente dispositivo;

con riferimento alla mobilità, più in particolare, ci si limita alla mera individuazione, tra l'altro con un rinvio ad un successivo decreto del MIT, dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale, senza affatto soddisfare la delega che prevede invece « *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* »;

si fa riferimento alla sanità preventiva (delegandola anche a strutture private o a farmacie) senza specificare di cosa esattamente si tratti e si opera un rinvio fumoso ad un decreto del Ministero della salute; sulla telemedicina si torna indietro e ad invarianza finanziaria (nonostante le rilevanti risorse del PNRR), prevedendo una sperimentazione addirittura di 18 mesi nonostante la pandemia abbia già ampiamente consentito di sperimentarne la valenza e necessità; a riguardo stupisce inoltre che si abbia come prioritario riferimento « la persona grande anziana affetta da almeno una patologia cronica » (persona di 80 anni) senza alcuna considerazione dell'effettivo fabbisogno assistenziale che può eventualmente essere più elevato anche in una persona di 70 anni ma con pluripatologie;

con riguardo alla valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane appare fumosa la previsione che nei PUA sia assicurata alle persone anziane « la possibilità » di ottenere, « ove occorra », una valutazione multidimensionale unificata per l'individuazione dei fabbisogni di assistenza e per l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo;

si ribadisce l'invarianza finanziaria anche per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana, nonostante si rinvii, per non ben identificate iniziative, all'impiego del Fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori;

per incentivare la relazione con animali da affezione, non si va oltre la mera « promozione », anche per agevolare l'accesso di animali di affezione nelle RSA, e si fa un vago riferimento alla formazione di operatori senza indicare esattamente quali siano e come e da chi dovrebbe essere organizzata tale formazione;

anche i progetti di servizio civile universale a favore delle persone anziane sono

declinati come mere possibilità ad invarianza finanziaria;

sul *senior cohousing* e *cohousing* intergenerazionale si prevede la mera emanazione di Linee guida da parte del CIPA, per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, senza tuttavia prevedere iniziative e risorse specifiche per l'adeguamento delle abitazioni degli anziani, soprattutto non autosufficienti, che vivono in case non adeguate e sovente non adeguabili; i progetti pilota sperimentali di coabitazione sono in ogni caso declinati come mere « possibilità » in capo a regioni e comuni e per essi si prospetta il partenariato pubblico-privato, ad invarianza finanziaria;

per promuovere l'alfabetizzazione informatica delle persone anziane, la rete dei servizi di facilitazione digitale e la riduzione del divario digitale attraverso percorsi formativi rivolti ai giovani, sono soluzioni meramente promosse o favorite e comunque ad invarianza finanziaria;

appare fortemente critico il coinvolgimento della Cabina di regia sui LEP (istituita dalla legge di bilancio 2023 al comma 792) per l'armonizzazione tra i LEPS e i LEA, senza peraltro contemplare anche il coinvolgimento della Commissione LEA;

la predetta Cabina di Regia è deputata a definire i LEP e i relativi fabbisogni e costi *standard* (sulla base delle indicazioni tecniche elaborata dalla specifica Commissione tecnica per i fabbisogni *standard*) ai fini dello svolgimento del processo di autonomia differenziata (articolo 116 comma terzo, Cost.); in tale Cabina non figurano i Ministeri del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute e il Ministero della disabilità;

in capo allo SNAA non si rileva alcun impulso all'integrazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali, come invece previsto nella legge delega secondo cui lo SNAA « *deve programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali*... »; oltretutto l'impulso alla programmazione integrata sembrerebbe riguardare i soli servizi e interventi sociali con il conseguente rischio di affidare al solo comparto sociale la responsabilità dell'intera materia della non autosufficienza;

per l'individuazione dei LEPS, si rileva un rinvio confuso e riduttivo ai commi 162 e 163 della legge di bilancio 2022, individuando le sole aree di riferimento e non anche le prestazioni da assicurare che, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono state individuate nei predetti articoli della legge di bilancio; oltretutto ai LEPS richiamati dovrebbero aggiungersi anche quelli indicati nel Piano Sociale Nazionale 2021-2023, in particolare il LEPS « dimissioni protette » e i LEPS di processo e relativi obiettivi di servizio di cui al PNNA 2022/2024; il riferimento alle risorse disponibili dovrebbe essere meglio esplicitato richiamando le risorse della medesima legge di Bilancio 2022 che per i predetti LEPS ha stanziato 100 milioni di euro per l'anno 2022, 200 per l'anno 2023 e 250 per l'anno 2024 (oltre a 300 milioni per l'anno 2025);

sulla individuazione dei LEPS forse occorrerebbe valutare attentamente se sia più opportuno che gli stessi siano declinati in provvedimento separato (come i LEA) rivolti a tutta la popolazione e partitamente finanziati e tariffati; emerge sul tema infatti una confusione conseguente ad una determinazione di tali prestazioni in maniera scoordinata e in più provvedimenti;

in merito alle funzioni degli ambiti territoriali sociali i quali provvedono a garantire gli interventi di competenza nell'ambito dei servizi sociali presso i comuni che costituiscono l'ATS, occorrerebbe ripensare il riferimento alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti e occorrerebbe ripensare l'invarianza finanziaria per realizzare l'integrazione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari, anche in riferimento al PUA al quale il provvedimento all'esame attribuisce nuovi e diversificati compiti sia nella raccolta delle domande di accesso alla prestazione universale sia per le attività di informazione e orientamento; l'integrazione dei ser-

vizi sanitari, sociali e sociosanitari è di fatto inesistente poiché non si comprende da cosa debba derivare la sua operatività;

per l'integrazione c'è un rinvio a livello locale, agli ATS, alle aziende sanitarie e ai distretti sanitari, sulla base della programmazione regionale integrata che, oltre a confermare l'esistente già disciplinato dall'articolo 3-*septies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, con l'autonomia differenziata rischia di aggravare ulteriormente la sperequazione regionale; non è altresì ben chiaro chi debba promuovere l'implementazione dei servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale;

nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata, la previsione di un decreto per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA e la composizione e modalità di funzionamento delle UVM, non contiene alcuna salvaguardia per le prestazioni LEA domiciliari, semi-residenziali e residenziali, che hanno natura diversa dal complesso delle prestazioni valutabili nel PUA e devono essere garantite in ragione del solo criterio clinico della non autosufficienza e del fabbisogno sanitario di cure, anche di lunga durata; l'accesso alla prestazione LEA non può essere posto legittimamente sullo stesso livello di « valutazione della priorità » di altre prestazioni sociali o socio-assistenziali, vincolate a criteri socio-economici, ambientali, psicosociali;

appare totalmente irrazionale e incoerente con la legge delega la previsione che al PUA possano accedere solo persone « affette da almeno una patologia cronica », lasciando fuori gli innumerevoli casi di persone non autosufficienti che non hanno una patologia cronica ma che sono non autosufficienti a causa di altri eventi (ad esempio in seguito a traumatismi, o ad esiti e postumi di una patologia che in sé è già superata e risolta); appare altresì critico che l'accesso ai PUA non sia più libero ed autonomo ma sia condizionato ad una preliminare selezione di un medico;

anche la disciplina del *budget* di cura e assistenza (o *budget* di salute) appare confusa laddove si prevede che nel *budget* concorrano anche le risorse erogate ai cittadini da parte di pubbliche amministrazioni: non è chiaro a cosa ci si riferisca (assegni di invalidità ? rendite INAIL ? indennità di accompagnamento ?) e se debbano essere obbligatoriamente utilizzate dal cittadino per costruire il PAI; occorre chiarire la compartecipazione della persona non autosufficiente al costo delle prestazioni pubbliche (domiciliari, semiresidenziali, residenziali);

con riferimento all'attività dei PUA e alla condivisione delle banche dati occorre fare riferimento e comunque tener conto della condivisione dei dati sanitari come si sta delineando in ambito nazionale ed europeo, assicurando una effettiva interoperabilità tra tutti i dati sanitari e sociali; a riguardo, inoltre, non si comprende a chi debba essere presentata la relazione annuale;

non si istituisce né si implementa il servizio domiciliare pubblico rivolto agli anziani non autosufficienti e non si forniscono le risorse idonee affinché il servizio sia assicurato; le cure domiciliari di base e integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi di intensità e complessità assistenziale variabile: la carenza di personale e di formazione specifica non consentirà di raggiungere tassi di copertura adeguati di assistenza domiciliare che, nella migliore delle ipotesi, rimarranno prestazioni isolate e non prestazioni di cura integrata;

di fatto il provvedimento all'esame continua a privilegiare le soluzioni istituzionalizzate (strutture residenziali e semiresidenziale) senza peraltro innovarle in maniera sostanziale come era richiesto nella legge delega; sui requisiti minimi delle strutture deputate a garantire le prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali non si rileva infatti alcun impulso innovativo, si rinvia la riforma ad un successivo decreto e non si fa alcun riferimento sulla necessaria congruità, rispetto al numero di persone accolte nelle strutture ed al loro fabbisogno assistenziale, delle dotazioni orga-

niche e dei profili professionali 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;

sulle cure palliative si stigmatizza l'assenza di risorse e oltretutto occorre prestare attenzione alla connessione esplicitata nel testo sia con le DAT e sia con il fine vita; sarebbe auspicabile espungere questa parte dal testo limitandosi ad assicurare le cure palliative in tutti i setting assistenziali, tramite le reti delle cure palliative, assicurando le conseguenti risorse umane e finanziarie;

occorre meglio chiarire e ribadire che le persone con disabilità pregressa, al compimento del 65° anno di età, divenute anziane, non necessitano « di richiedere l'attivazione di nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza »;

particolarmente critica è la sperimentazione della nuova prestazione universale rivolta ad un target specifico per età, gravità, condizione economica (over 80enni titolari di indennità di accompagnamento, con bisogni assistenziali di livello gravissimo e con ISEE inferiore a 6.000 euro) che di fatto si rivolge ad una platea ridottissima di beneficiari in condizioni di gravissima disabilità e in stato di povertà/indigenza;

il tetto di spesa e la selettività della situazione reddituale della predetta prestazione, a dispetto della denominazione « universale » che il provvedimento all'esame attribuisce alla stessa e a dispetto della legge delega, non garantiscono l'universalità che invece dovrebbe essere assicurata a soggetti estremamente e gravemente fragili e con sicura disabilità grave;

gli importi previsti della predetta prestazione inoltre non garantiscono l'equità e l'appropriatezza della prestazione poiché 850 euro al mese, spendibili in servizi di assistenza non sono graduati sulla base degli specifici bisogni assistenziali dei beneficiari, come peraltro previsto nella legge delega, e comunque non consentono di avvalersi di un assistente familiare regolarmente assunto (se non per poche ore) e che abbia competenze idonee ad assistere una persona in stato di salute e di bisogno estremamente grave e precario;

sempre con riferimento alla prestazione universale, si esprimono diffuse perplessità sul fatto che per la definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo e con accompagnamento, debba provvedere il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e che sulle modalità attuative si registri l'assenza del Ministero della salute, tenuto conto che si tratta di una prestazione correlata ad un bisogno assistenziale;

il riconoscimento del *caregiver* « *nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente* » rende inconsistente il riconoscimento medesimo e di fatto al *caregiver* non è riconosciuto nulla se non la mera possibilità, a seconda della regione in cui risiede, di vedersi riconosciuti dei crediti formativi per fare l'OSS;

appare critica la mera « possibilità », per il *caregiver* familiare, di partecipare alla valutazione multidimensionale e appare fortemente critico e confuso anche il demandare alle regioni il compito di programmare e individuare le modalità di riordino e unificazione, le attività e i compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionali unificate operanti per l'individuazione delle misure di sostegno e di sollievo ai *caregiver* familiari;

il riconoscimento al *caregiver* familiare della formazione e attività svolta ai fini dell'accesso ai corsi di misure compensative previsti nell'ambito del sistema di formazione regionale e finalizzati al conseguimento della qualifica professionale di operatore sociosanitario (OSS), oltre ad essere meramente « possibile » da parte delle regioni (con la conseguente ed inevitabile sperequazione sul territorio nazionale) rischia di dequalificare e parcellizzare il percorso formativo dell'OSS che invece andrebbe valorizzato e riqualificato;

mancano per il *caregiver* interventi più coraggiosi, come il sostegno psicologico, la flessibilità di presenza, le misure per la conciliazione dello studio o del lavoro con gli impegni di cura e le tutele previdenziali;

le coperture del provvedimento per l'assegno di assistenza (prestazione universale) sono a valere su Fondi già impegnati per altre attività e prestazioni (non autosufficienza, contrasto povertà e PNRR) e occorrerebbe, pertanto, stanziare nuove e ulteriori risorse;

considerato altresì che:

il Governo abbia diffusamente lasciato inevasa la delega ricevuta volta a tutelare la dignità e le condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane attraverso il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali in favore delle persone anziane non autosufficienti e abbia, per contro, ecceduto i limiti della delega, nella misura in cui:

all'articolo 21, ha di fatto svuotato lo SNAA del ruolo di organo di programmazione permanente in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti;

agli articoli 34-36, ha subordinato l'erogazione della prestazione universale non solo allo specifico bisogno assistenziale del singolo (articolo 34, comma 1), ma anche a tutta un'altra serie di requisiti di cui la legge delega non fa parola (articolo 35, comma 1) e che arbitrariamente prendono in considerazione anche il profilo dell'età anagrafica, e, inoltre, senza lasciare margine alcuno di scelta, ha configurato un sistema in cui al soggetto beneficiario è preclusa la scelta relativa alla forma di assistenza (prestazione monetaria, servizi alla persona, o entrambe le cose), imponendo, peraltro, la corresponsione di un importo che (nelle due componenti dell'indennità di accompagnamento e dell'assegno di assistenza) è a somma « fissa » (pari a 850 euro per l'assegno e all'importo di legge per l'indennità) e non anche (come, invece, avrebbe voluto il legislatore delegato) « graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale » (cfr. articolo 5, comma 1, lettera *a)*, n. 1), della legge n. 33/2023):

dato atto che:

in data 22 febbraio 2024 la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ha espresso la mancata intesa, in quanto la mancata previsione di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali, inficia la portata innovativa della riforma depotenziandone l'efficacia sia nel processo di ampliamento dell'accesso ai servizi sia nell'intensità e nella durata dei servizi offerti;

nell'ambito della su citata mancata intesa, le regioni Campania, Puglia, Toscana ed Emilia-Romagna hanno espresso altresì avviso contrario, non solo per l'assenza di una copertura finanziaria della riforma, ma sull'impianto complessivo del provvedimento e sul mancato coinvolgimento delle regioni e delle province autonome nella stesura dello schema di decreto legislativo;

la predetta Conferenza ha rilevato, inoltre, che la proposta di ridurre la platea dei possibili beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie e dei LEPS collegati « alle persone che abbiano compiuto 70 anni » non rientra nei principi della Legge di delega che contempla solo l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente e non prevede dei limiti all'accesso alle prestazioni per fasce di età; per di più tale disposizione è in contraddizione con il decreto stesso laddove, definendo la persona anziana come « la persona che ha compiuto 65 anni » specifica che le persone anziane hanno diritto all'accesso alle prestazioni di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria qualora valutate non autosufficienti; se l'articolo 40 rimanesse inalterato, significherebbe escludere dall'assistenza tutte le persone non autosufficienti tra i 65 e 69 anni di età, molte già in carico ai servizi con le risorse FNA,

tutto ciò premesso e considerato esprime

PARERE CONTRARIO

con la richiesta che, considerate le numerose perplessità espresse anche nel corso delle audizioni e considerata altresì la mancata intesa Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il Governo ritiri il provvedimento all'esame per una sua nuova rielaborazione che tenga conto delle rilevanti e preoccupanti riflessioni e osservazioni emerse.

ALLEGATO 4

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

PROPOSTA ALTERNATIVA DI PARERE PRESENTATA DAI DEPUTATI FURFARO, CIANI, GIRELLI, MALAVASI, STUMPO

La XII Commissione,

esaminato ai sensi del comma 4 dell'articolo 143 del Regolamento della Camera lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane (Atto n. 121);

premesso che:

lo schema in oggetto è stato adottato in attuazione delle deleghe legislative previste e disciplinate dagli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33 « Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane »: analisi, inquadramento generale e indicazioni operative che si propone di affrontare, per la prima volta in modo organico e sistematico, il tema dell'assistenza alle persone anziane, che non potrà che diventare fondamentale nei prossimi anni, anche alla luce dell'evoluzione demografica che il nostro Paese sta vivendo e che un parere su tale atto non può prescindere da quando previsto da tale legge;

una legge che trova la sua origine nel lavoro svolto dalla commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, istituita nel 2020 dall'allora Ministro Speranza e presieduta da monsignor Vincenzo Paglia, e, successivamente, anche dalla commissione interministeriale voluta dal Ministro Orlando e approvata, poi, nell'ultimo Consiglio dei Ministri del Governo Draghi;

in Italia, secondo gli ultimi dati Istat, sono 13 milioni gli uomini e le donne che hanno oltre 65 anni, il 22 per cento della popolazione, 7 milioni hanno più di 75 anni, 6,4 milioni di persone non totalmente autonome mentre 3,8 hanno una grave non autosufficienza, a fronte di poco più di 300.000 persone ricoverate nelle nostre RSA;

se l'allungamento della vita è sicuramente un dato positivo, i numeri ci descrivono però anche un quadro poco rassicurante, dove una parte maggioritaria di persone anziane vive in profonda solitudine, affidata spesso esclusivamente alla cura dei familiari e dove gli assistiti a domicilio tra il Servizio sanitario nazionale e i servizi sociali dei comuni sono solo 185.970;

la legge n. 33 del 2023 ha delineato una riforma articolata e complessiva, volta a realizzare, con specifico riferimento alla categoria degli anziani non autosufficienti, uno degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (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;

l'importanza di una Riforma specificamente rivolta alla popolazione anziana, in linea con quanto già sviluppato in altri Paesi Europei, è significativa, specialmente alla luce delle tendenze demografiche che influenzano l'Italia;

in particolare, prima di esprimere un parere sullo schema in oggetto è opportuno riepilogare quali fossero i principi e

criteri direttivi della legge 33 a cui tale schema di decreto legislativo dovrebbe dare attuazione:

tali principi sono:

a) promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni della loro autonomia;

b) promozione e valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie, per la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni, anche con il supporto del servizio civile universale, e per il miglioramento dell'organizzazione e della gestione di servizi pubblici a favore della collettività e delle comunità territoriali, anche nell'ottica del superamento dei divari territoriali;

c) promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere, mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del Terzo Settore;

d) riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale, anche con il contributo del servizio civile universale, e sociosanitaria statale e regionale, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge;

e) 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, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e delle facoltà assunzionali degli enti;

f) riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso hospice;

g) promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano;

h) 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, assicurando loro i livelli di qualità di vita raggiunti e la continuità con il loro progetto individuale di vita e con i percorsi assistenziali già in atto, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge;

i) promozione del miglioramento delle condizioni materiali e di benessere bio-psicosociale delle famiglie degli anziani fragili o non autosufficienti e di tutti coloro i quali sono impegnati nella loro cura, mediante un'allocazione più razionale ed efficace delle risorse disponibili a legislazione vigente;

j) 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;

k) riqualificazione dei servizi di semi residenzialità, di residenzialità temporanea o di sollievo e promozione dei servizi di vita

comunitaria e di coabitazione domiciliare (*cohousing*);

considerato che:

la legge delega, a suo tempo aveva introdotto il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) al fine di governare congiuntamente l'insieme degli interventi per la non autosufficienza a titolarità pubblica quindi quelli sociali, sanitari e l'indennità di accompagnamento. In pratica, tutti gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente l'insieme delle risorse pubbliche per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, ognuno tenendo conto delle indicazioni del livello di governo superiore;

l'istituzione dello SNAA rappresenta un passaggio chiave per governare congiuntamente le tre filiere istituzionali della non autosufficienza, oggi ben poco coordinate: politiche sanitarie, politiche sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps;

lo schema di Decreto stravolge il nuovo impianto dello SNAA, limitando il campo d'azione ai soli servizi ed interventi sociali escludendone, inoltre, la programmazione locale là dove la legge delega la poneva su tre livelli: Stato, regioni e realtà locali (Distretti e Ambiti Territoriali Sociali);

lo schema di decreto non prevede un sistema di monitoraggio unitario di tutti gli interventi dello SNAA;

il monitoraggio assicurerebbe allo Stato gli strumenti conoscitivi necessari per verificare l'andamento dello stesso, valorizzando gli aspetti positivi e predisponendo i necessari correttivi. In mancanza di un sistema di monitoraggio dedicato, lo SNAA è condannato a risultare una scatola vuota poiché non è possibile governare ciò che non si conosce;

anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche per la non autosufficienza, con una babele di regole e di procedure da seguire. La frammentazione tra sociale, sanità e prestazioni monetarie è un problema che affligge il settore sin dalle origini;

premesso che:

è opportuno ricordare che in Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono logiche differenti. Il più diffuso, l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl (ricevuta dal 6,2 per cento dei 65+ soprattutto per periodi assai brevi), offre perlopiù interventi infermieristico/medici, intesi come singole prestazioni rivolte a specifiche e circoscritte esigenze sanitarie, di solito per 2-3 mesi. L'Adi segue la logica clinico-ospedaliera (cure), cioè quella di erogare prestazioni per rispondere a singole patologie. L'altro servizio, il Sad (servizio di assistenza domiciliare) dei Comuni, è residuale (1,3 per cento dei 65+) ed è guidato dalla logica del disagio socioeconomico. Nella maggior parte dei casi, la non autosufficienza non è il criterio di maggior peso per ricevere il Sad, spesso utilizzato per rispondere a situazioni in cui a questo stato si accompagnano anche la mancanza o la debolezza delle reti familiari e/o la presenza di risorse economiche limitate;

la legge delega, sulla scia dell'assenza di un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti ne prevedeva la sua introduzione che lo schema di decreto non ha confermato rimanendo, quindi, al momento solo il coordinamento tra gli interventi sociali e sanitari erogati dagli attuali servizi domiciliari non contemplando però aspetti decisivi quali la durata dell'assistenza fornita e i diversi professionisti da coinvolgere;

considerato che:

al contrario di quanto prevede la legge 33, lo schema di decreto eccede la delega, introducendo tre diverse fasce di popolazione anziana (65, 70, 80 anni) che, a parità di bisogni, riceveranno risposte differenziate, senza graduazione, e verranno in parte escluse dall'accesso a servizi e prestazioni;

in particolare, rispetto all'attuazione dell'articolo 4 della delega, desta pre-

occupazione quanto disposto dall'articolo 40 del decreto legislativo, che circoscrive gli interventi alle persone anziane non autosufficienti con 70 e più anni. Il tetto previsto dei 70 anni determina, oltre ad una riduzione della platea dello SNAA (non più quindi 3,8 milioni di anziani non autosufficienti), una parziale incoerenza con le definizioni contenute nel medesimo decreto (articolo 2), ed un disallineamento rispetto ai principali indicatori di servizi che considerano la popolazione *over* 65 come base di computo;

desta ancora più sconcerto il limite anagrafico degli ottanta anni per poter percepire l'assegno universale;

premesso che:

per quanto attiene le disposizioni di cui al Capo II del Titolo II dello schema di decreto legislativo in esame, volte a dare attuazione ai principi ed ai criteri direttivi di cui all'articolo 5 della Legge 33/2023 si registra con apprensione come non sia stata prevista l'attuazione del comma 2, lettera *b)* punto 1 che prevede espressamente che il Governo definisse delle modalità di formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane, mediante: definizione di percorsi formativi idonei allo svolgimento delle attività professionali prestate nell'ambito della cura e dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti presso i servizi del territorio, a domicilio, nei centri semiresidenziali integrati e nei centri residenziali;

come già affermato in diverse sedi, la carenza di figure professionali rappresenta una delle principali criticità al disegno di integrazione sociosanitaria, all'effettiva presa in carico della persona anziana, nonché al successo della Riforma stessa;

considerato che:

nella legge delega, l'indennità di accompagnamento erogata alla popolazione anziana viene riformata tramite l'istituzione della prestazione universale i cui tratti essenziali sono:

a) possibilità di riceverla esclusivamente dal bisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente;

b) l'ammontare è graduato secondo il livello di fabbisogno assistenziale, affinché chi ha maggiori necessità possa ricevere cifre più elevate anche se l'importo minimo garantito rimane comunque quello dell'indennità di accompagnamento (531 euro mensili);

c) i beneficiari possono scegliere tra due opzioni: *a*) un contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi; *b*) la fruizione di servizi alla persona (svolti da organizzazioni del terzo settore o da assistenti familiari regolarmente assunte). L'alternativa *b)* comporta una maggiorazione dell'importo;

la revisione introdotta dalla legge 33 segue quindi le seguenti direzioni: *i)* universalismo nell'accesso; *ii)* equità (chi sta peggio riceve di più); *iii*) libertà di scelta tra denaro e servizi alla persona; *iv*) promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi);

nello schema di decreto legislativo la prestazione cosiddetta « universale » viene interamente stravolta per diventare una misura sperimentale per il biennio 2025-2026 rivolta ad una platea molto ristretta;

tale misura, secondo lo schema di decreto, è composta da due parti: indennità di accompagnamento (531 euro mensili), che rimane invariata, più un assegno di assistenza (850 euro mensili), da utilizzare per retribuire badanti regolari o per fruire di servizi del terzo settore accreditati, per un totale di euro 1381 mensili;

le risorse complessivamente stanziate ammontano a solo 250 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 facendo sì che i percettori della prestazione saranno solo 25.000 anziani non autosufficienti a fronte di 1,4 milioni di persone che oggi ricevano l'assegno di accompagnamento di cui più di un milione di ultraottantenni;

in realtà, la « nuova prestazione » non applica nessuno degli obiettivi che la Delega attribuisce alla misura: *i*) no uni-

versalismo: per riceverla non basta la condizione di non autosufficienza ma ci vuole anche un Isee sotto 6000 euro; *ii)* no maggiore equità: l'importo è lo stesso per tutti; *iii*) no libertà di scelta, tutti ricevono il medesimo pacchetto; *iv*) no promozione appropriatezza: no importo maggiorato per chi sceglie servizi alla persona;

anche se la prestazione universale è il punto di partenza per l'attuazione della riforma, per riceverla non è richiesto solo un determinato bisogno di assistenziale ma anche ridotte disponibilità economiche, introducendo così il principio che si può fruire dell'assistenza per la non autosufficienza solo se, oltre a trovarsi in questa condizione, si è poveri oppure, detto in altro modo, che l'intervento pubblico per agli anziani non rivolto alla classe media;

in definitiva, la prestazione non punta ad affrontare meglio le attuali esigenze della generalità degli anziani non autosufficienti in Italia ma unicamente di una piccola parte;

premesso che:

la riforma non prevede nessuna risorsa aggiuntiva visto che queste vengono, in parte sottratte (75 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026), alle risorse già previste nel fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1 comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, alle risorse già inserite nel programma nazionale inclusione e lotta alla povertà (125 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026) e alle risorse già stanziate nella missione 5 del PNRR (50 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026) prefigurando così un semplice travaso di risorse – limitando e sottraendo così risorse già stanziate per altre misure – anziché un incremento di queste;

in definitiva, i fondi sono esigui e temporanei mentre la riforma necessiterebbe tra i 5-7 miliardi aggiuntivi a regime con un incremento di spesa che dovrebbe essere graduale, nell'ambito di un percorso pluriennale;

occorrerebbe, quindi, un piano di legislatura che indicasse la progressione nella crescita delle risorse sino al 2027, accompagnandola con l'illustrazione delle azioni via via da compiere per attuare la riforma che al momento invece non è previsto;

valutato che:

per quanto riguarda la definizione del ruolo e del profilo del *caregiver* questa non può prescindere dallo sviluppo e dal potenziamento della rete dei servizi e della presa in carico dell'assistito anche al fine di consentire la reale possibilità per i *caregiver* di avere progetti di vita personali e scelte non obbligate anche in ambito lavorativo;

inoltre, la limitazione ai soli settantenni del sistema di assistenza e cura del Titolo II tra cui i *caregiver* familiari non solo riduce la platea di riferimento, ma rende anche incerta la condizione degli anziani non autosufficienti ultra sessantacinquenni ma infra settantenni;

considerato che:

l'esecutivo non ha mai coinvolto le Regioni nella predisposizione del Decreto e una simile condotta stride sia con l'importanza della riforma sia con il fatto che l'assistenza agli anziani viene realizzata a livello territoriale. In sintesi, si parla di una fondamentale riforma nazionale per il *welfare* locale realizzata senza ascoltare i soggetti istituzionali che ne sono responsabili;

in definitiva, si ravvisano importanti criticità in due dei principali interventi su tre, domiciliarità e prestazione universale, mentre per il terzo, la residenzialità, si rimanda tutto ad un successivo decreto e, come se non bastasse, lo SNAA, che sarebbe dovuto essere l'architrave della riforma, è stato interamente svuotato;

ai fini di un reale successo della riforma in oggetto sarebbe stato opportuno definire in modo maggiormente compiuto, cogente e stringente le modalità di integrazione tra sociale, sociosanitario e sanitario al fine di delineare un indirizzo unitario a livello nazionale che potesse garantire uniformità e uguale esercizio dei diritti da

parte dei cittadini, indipendentemente dal territorio in cui risiedono;

in definitiva, le norme contenute in questo schema di decreto legislativo non forniscono alle regioni e agli enti locali gli strumenti idonei per affrontare le problematiche legate alla non autosufficienza nel territorio;

valutato infine che:

la Conferenza delle regioni e delle province autonome in data 22 febbraio ha comunicato la mancata intesa, in quanto la mancata previsione di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali, inficia la portata innovativa della riforma depotenziandone l'efficacia sia nel processo di ampliamento dell'accesso ai servizi, sia nell'intensità e nella durata dei servizi offerti;

sempre la Conferenza ha poi fatto sapere che le regioni Campania, Puglia, Toscana ed Emilia-Romagna hanno espresso avviso contrario, non solo per l'assenza di una copertura finanziaria della Riforma, ma sull'impianto complessivo del provvedimento e sul mancato coinvolgimento delle regioni e delle province autonome nella stesura dello schema di decreto legislativo;

la Conferenza ha rilevato, inoltre, che la proposta di ridurre la platea dei possibili beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie e dei LEPS collegati « alle persone che abbiano compiuto 70 anni » non rientra nei principi della Legge di delega che contempla solo « l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente » e non prevede dei limiti all'accesso alle prestazioni per fasce di età e che, tale disposizione è in contraddizione con il decreto stesso laddove, definendo la persona anziana come « la persona che ha compiuto 65 anni », specifica che le persone anziane hanno diritto all'accesso alle prestazioni di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria qualora valutate non autosufficienti;

come rilevato dalla Conferenza se l'attuale articolo 40 rimanesse inalterato, significherebbe escludere dall'assistenza tutte le persone non autosufficienti tra i 65 e 69 anni di età, molte già in carico ai servizi con le risorse FNA;

per tutte le ragioni sopraesposte,

esprime

PARERE CONTRARIO.

ALLEGATO 5

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

PROPOSTA ALTERNATIVA DI PARERE PRESENTATA DALLA DEPUTATA BONETTI

La XII Commissione,

esaminato lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane (Atto n. 121);

considerato quanto emerso dalle audizioni informali e dalla documentazione fornita dai soggetti auditi;

considerata che la Conferenza Unificata non ha sancito l'intesa allo schema di decreto legislativo in esame;

rilevata l'opportunità di proporre alcune modifiche da apportare al testo sottoposto all'esame parlamentare,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti condizioni:

a) all'articolo 35, comma 1, sopprimere la lettera *c)*;

b) all'articolo 34, sostituire i commi 2 e 3 con il seguente: 2. All'individuazione dello stato di bisogno assistenziale di livello gravissimo, dei soggetti anziani di cui all'articolo 35, comma 1, provvede lo strumento della valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27, comma 7;

c) quanto all'articolo 36, comma 2, dello schema di decreto la prestazione universale, esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento, deve essere erogata su base mensile e deve poter essere fruita, a scelta del percettore, come un trasferimento monetario incondizionato (opzione contributo economico); il ricorso a servizi alla persona, remunerando (opzione servizi alla persona);

d) quanto all'articolo 36 dello schema di decreto, per quanto riguarda l'importo, l'ammontare della prestazione universale non può essere inferiore a quello dell'indennità di accompagnamento; sia nell'opzione contributo economico che in quella dei servizi alla persona, la prestazione deve prevedere una graduazione degli importi in base al fabbisogno assistenziale, misurato attraverso lo strumento di valutazione di cui all'articolo 27, comma 1; l'importo mensile dell'opzione servizi alla persona deve essere maggiorato rispetto a quello dell'opzione contributo economico, mentre l'opzione servizi deve comportare che l'intera somma della prestazione sia usata per accedere a servizi alla persona; i diversi importi devono essere stabiliti sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 34, comma 4;

e) all'articolo 21, comma 4, del presente Schema di decreto inserire dopo le parole: misure sanitarie le seguenti: , assistenziali;

f) all'articolo 21, del presente Schema di decreto sostituire i commi 3 e 4 con i seguenti:

« 3. Attraverso il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente, le organizzazioni di cui al comma 1, esercitano le seguenti funzioni:

a) garanzia dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti attraverso l'organizzazione dei relativi servizi, interventi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali e assistenziali;

b) elaborazione del Piano per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza della popolazione anziana a livello centrale, regionale e locale secondo le relative competenze;

c) definizione contestuale e integrata dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), nonché degli obiettivi di tutela dell'effettivo godimento del diritto all'assistenza degli anziani non autosufficienti, su proposta del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);

d) definizione dell'integrazione tra le attività assistenziali dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) per le persone anziane non autosufficienti e i livelli essenziali integrati di cui alla lettera c), su proposta del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) »;

4. In ognuna delle regioni e delle province autonome, le organizzazioni di cui al comma 1 costituiscono un Sistema regionale per la popolazione anziana non autosufficiente che opera in raccordo con il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA). Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del CIPA, i Sistemi regionali per la popolazione anziana non autosufficiente esercitano le seguenti funzioni:

a) elaborazione del Piano regionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;

b) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello regionale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;

c) coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;

d) definizione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti a livello regionale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale;

e) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi di livello regionale.

4-*bis*. In ogni ambito territoriale sociale (ATS), le organizzazioni di cui al comma 1 costituiscono un Sistema locale per la popolazione anziana non autosufficiente che opera in raccordo con il Sistema Regionale di cui al comma precedente. Nel rispetto della disciplina e delle funzioni del Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), i Sistemi locali per la popolazione anziana non autosufficiente esercitano le seguenti funzioni:

a) elaborazione del Piano locale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo 3;

b) definizione delle modalità di attuazione degli obiettivi integrati di servizio riferiti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone anziane non autosufficienti, nonché di eventuali ulteriori obiettivi integrati di servizio di livello locale finalizzati a incrementare o ampliare i livelli essenziali;

c) realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi integrati per le persone anziane non autosufficienti e coordinamento con le attività assistenziali erogate dall'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) a livello locale, in attuazione delle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;

d) realizzazione dei processi integrati di presa in carico, valutazione e progettazione individualizzata per le persone anziane non autosufficienti, in attuazione alle determinazioni del Sistema Nazionale e Regionale;

e) consultazione con i rappresentanti di settore, sindacali e degli enti erogatori di servizi a livello locale.

g) all'articolo 21, comma 6, del presente Schema di decreto di sostituire le parole: con le modalità previste dall'articolo 21, comma 6, lettera *c)* e 7 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 con le seguenti: nell'ambito del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente;

h) all'articolo 21, del presente Schema di decreto sostituire i commi 6 e 7 con i seguenti:

« 6. Il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all'art. 3, che ricompone in un unico strumento programmatorio l'assistenza sanitaria, sociosanitaria, socioassistenziale e assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti; tale strumento sostituisce il Piano per la non autosufficienza. Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana ha una durata di tre anni con aggiornamenti annuali e stabilisce:

a) gli obiettivi di servizio, le azioni, i contenuti, i tempi e le modalità per l'integrazione tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA" e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS);

b) le modalità per il coordinamento delle attività assistenziali rivolte alla non autosufficienza di competenza dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale con i processi di presa in carico e di progettazione personalizzata di tipo sanitario e sociale;

c) i processi assistenziali integrati riguardanti la presa in carico globale del bisogno complesso delle persone non autosufficienti e i relativi processi di cura, assistenza e sostegno sia in ambito sociosanitario che sociale;

d) si coordina, infine, con gli strumenti nazionali di programmazione in materia sanitaria o sociale di competenza.

7. Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana è adottato previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità e non autosufficienza. In attuazione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana sono adottati i corrispondenti piani regionali e locali di cui ai commi 3 e 4 ».

i) all'articolo 21, dopo il comma 8, del presente Schema di decreto aggiungere il seguente:

8-*bis*. Con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, adottato entro 180 giorni dalla entrata in vigore del presente decreto, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con il Ministro della salute, con il Ministro per le disabilità, con il Ministro dell'economia delle finanze, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

a) materie, compiti e funzioni dello SNAA;

b) assetti dei livelli regionali e locali dello SNAA e loro interconnessione con il CIPA;

c) strumenti per l'esercizio integrato delle funzioni assegnate allo SNAA lungo l'intera articolazione Stato, regioni, comuni;

j) dopo l'articolo 23, del presente Schema di decreto aggiungere il seguente:

Art. 23-*bis*. *(Sistema di monitoraggio dello SNAA)*

1. Si istituisce il sistema di monitoraggio dello SNAA quale strumento per la rappresentazione oggettiva e continua delle attività svolte e dei servizi resi in tale ambito. Il sistema di monitoraggio: i) considera unitariamente tutti i diversi inter-

venti di responsabilità pubblica che rientrano nello SNAA (monetari, socio-assistenziali e sociosanitari); ii) elabora le informazioni raccolte traducendole in evidenze utili per la programmazione e la rendicontazione delle risposte fornite dai soggetti compresi nello SNAA.

2. Il sistema di monitoraggio elabora informazioni multidimensionali per osservare gli interventi di assistenza agli anziani sotto diversi profili. Si citano (a titolo esemplificativo e non esaustivo): ampiezza dell'offerta, equità/accessibilità dei servizi (es. tempi di attesa/livelli delle compartecipazioni ai costi), efficacia, esiti assistenziali, qualità e gestione del rischio clinico, intensità e durata dei percorsi, misure di qualità dell'ambiente lavorativo dei professionisti coinvolti. A tale scopo è selezionato un set di indicatori – prevalentemente di tipo quantitativo – con l'obiettivo di individuare, rispetto ai diversi interventi erogati nel perimetro dello SNAA, le informazioni rappresentative delle risposte agli specifici bisogni legati alla condizione di non autosufficienza.

3. In fase di primo avvio, le fonti informative per la costruzione degli indicatori sono costituite dal patrimonio informativo disponibile nel SIUSS e nel NSIS, ivi compresi i dati sulla VAMU e sulla prestazione universale, tenuto altresì conto delle informazioni del patrimonio statistico nazionale. Nel caso in cui dovessero insorgere ulteriori esigenze conoscitive per monitorare dimensioni chiave sulle quali non siano disponibili dati, potrà essere valutata l'implementazione della raccolta delle ulteriori informazioni necessarie.

4. Ai fini di valutare l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte locali si introduce uno strumento, denominato Griglia Fabbisogni/Risposte, deputato a confrontare il fabbisogno assistenziale degli anziani di ogni territorio in carico allo SNAA e gli interventi loro erogati.

Il processo di alimentazione della Griglia si sviluppa nei seguenti passaggi:

a) sulla base dei risultati della Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU), di cui all'articolo 27 del presente Decreto, è possibile stratificare la popolazione anziana che fruisce dello SNAA di ogni territorio in diversi profili di fabbisogno assistenziale. Per ogni territorio si può così rappresentare il livello di bisogno complessivo degli assistiti e la relativa distribuzione nei diversi profili;

b) al fine di superare le difficoltà legate alle diverse denominazioni locali degli interventi di assistenza agli anziani si procede, in accordo con le autonomie locali, alla definizione di una tassonomia condivisa degli interventi sociosanitari e sociali territoriali qualificabili come risposte alla non autosufficienza degli anziani. Questi interventi sono classificati secondo un criterio funzionale, ossia vengono suddivisi in base ai profili di fabbisogno assistenziale cui sono rivolti. Associando a ogni profilo l'insieme delle prestazioni appropriate a rispondervi, si genera uno strumento di raccordo denominato Griglia Fabbisogni Risposte;

c) attraverso la Griglia si provvede alla comparazione tra gli interventi effettivamente erogati da ogni territorio e i livelli assistenziali attesi in base all'articolazione per profili di fabbisogno della popolazione di riferimento, nel quadro del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza;

d) un *set* di indicatori multidimensionali consente di raffigurare periodicamente il posizionamento di ogni regione in merito alle dimensioni più rappresentative dell'adeguatezza e dell'appropriatezza delle risposte quale sintesi degli interventi locali integrati; con la medesima logica vengono monitorati anche quelli di responsabilità del sistema centrale. Gli esiti del predetto confronto sono sintetizzati da appositi indicatori che costituiscono un elemento chiave del monitoraggio SNAA.

5. I risultati del sistema di monitoraggio dello SNAA hanno valenza informativa e, come tali:

a) concorrono alla relazione annuale di cui all'articolo 2, comma 3 lettera della legge 33/2023;

b) non modificano le procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui

all'articolo 9 del decreto legislativo del 18 febbraio 2000 n. 56;

c) saranno diffusi dal CIPA attraverso una piattaforma dedicata.

6. Contribuisce al predetto monitoraggio del SNAA anche il monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) riguardanti l'assistenza agli anziani non autosufficienti, di cui all'articolo 23 del presente Decreto.

k) all'articolo 9, esplicitare che le prestazioni erogabili in telemedicina, di cui al comma 2, sono adottate in coerenza con quelle previste dalle disposizioni di cui al decreto del Ministero della Salute 29 aprile 2022, recante le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, e possono pertanto essere erogate da tutti gli enti pubblici e privati accreditati per le cure domiciliari, di cui all'Intesa in Conferenza Stato-regioni del 4 agosto 2021 (Atto n. 151/CSR);

l) all'articolo 29, al comma 1, del presente Schema di decreto premettere il seguente:

01. La promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti, ove sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri delle persone coinvolte, rappresenta la priorità del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA). In recepimento delle raccomandazioni sull'accesso a un'assistenza a lungo termine sostenibile e di alta qualità in coerenza con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea dell'8 dicembre 2022, i servizi domiciliari sono organizzati nel rispetto dei principi di: i) unitarietà, ii) multiprofessionalità, e iii) durata ed intensità adeguate

m) all'articolo 29, comma 1, dello schema di decreto specificare che le prestazioni domiciliari devono essere integrate, oltre ai servizi di assistenza domiciliare (SAD), con le prestazioni in telemedicina ed i servizi ad elevata intensità assistenziale erogati con tecnologie life support quali: ventilazione meccanica, nutrizione artificiale, ossigenoterapia, dialisi domiciliare;

n) all'articolo 29, comma 2, del presente Schema di decreto dopo il primo periodo aggiungere il seguente: La durata della presa in carico, cioè il periodo durante il quale l'anziano viene assistito, e l'intensità degli interventi dell'assistenza domiciliare, cioè il numero di visite per utente in un determinato arco di tempo, sono determinati in base ai bisogni della persona anziana non autosufficiente e a quelli del suo nucleo familiare;

o) all'articolo 29, dello schema di decreto, aggiungere una previsione normativa volta a prevede l'emanazione di apposite Linee di indirizzo nazionali da adottare con decreto del Ministero della salute, sentita AGENAS, per individuare i criteri omogenei che le Regioni devono adottare per estendere la platea delle persone che possono essere prese in carico al domicilio anche ai pazienti fragili e cronici, con specifico riferimento ai pazienti oncologici, immunodepressi, con patologie respiratorie, neurologiche e neurodegenerative, nonché sottoposti a nutrizione artificiale, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, lettera *n)*, punto 2), della legge delega;

p) all'articolo 29, dello schema di decreto aggiungere una previsione normativa volta a dare attuazione all'articolo 4, comma 2, lettera *r)*, demandando a un decreto del Ministero della salute, sentita Agenas, le disposizioni per la semplificazione delle procedure e dei requisiti per l'accreditamento dell'ADI e delle cure domiciliari palliative. Tra i requisiti per l'accreditamento, il decreto del Ministero della salute dovrà indicare le dotazioni tecnologiche necessarie per espletare le funzioni di telemedicina, terapie domiciliari sanitarie e farmacologiche, nonché servizi di diagnostica domiciliare;

q) all'articolo 29, comma 5, del presente Schema di decreto dopo il primo periodo aggiungere il seguente: L'assistenza domiciliare sanitaria e sociale assicura, sulla base del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) attivato dall'Unità di Valu-

tazione Multidimensionale, tutti gli interventi che la multidimensionalità della condizione di non autosufficienza richiede. L'assistenza domiciliare, attraverso la presa in carico multidimensionale e multiprofessionale, garantisce uno o più dei seguenti interventi così come determinati nel PAI sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente:

a) servizi sanitari (medici, specialisti, diagnostici, infermieristici, riabilitativi, psicologici);

interventi integrati di prevenzione secondaria e terziaria;

b) assistenza domiciliare sociale, tutelare e servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche in attuazione dell'articolo 22 comma 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 e del comma 162 della legge del 30 dicembre 2022, n. 234;

assegni di cura;

c) azioni di affiancamento e supporto a *caregiver* familiari e assistenti familiari;

d) assistenza integrativa e protesica;

e) telemedicina, teleriabilitazione, teleassistenza

r) sostituire gli articoli 30 e 31 con il seguente:

Art. 30. *(Servizi residenziali e semiresidenziali)*

1. Gli ATS e le aziende sanitarie locali, allo scopo di garantire il diritto di salute e contrastare l'isolamento sociale e la tutela dei processi di degenerazione delle condizioni delle persone anziane a ridotta o assente autonomia, provvedono ad offrire, secondo le previsioni della programmazione integrata regionale e locale, servizi di tipo residenziale e semiresidenziale che garantiscano le risposte ai bisogni della persona, la continuità delle condizioni di vita e la tutela delle abitudini relazionali di tipo familiare.

2. I servizi residenziali sono offerti presso strutture in possesso di requisiti operativi e di sicurezza coerenti con la normativa di autorizzazione e accreditamento istituzionale di cui al comma 10, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze. Garantiscono, con idonee soluzioni organizzative, costruttive e architettoniche, la tutela della qualità della vita e delle relazioni, attraverso ambienti amichevoli, familiari e sicuri, rispettosi della riservatezza e del decoro, funzionali al livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali. Garantiscono inoltre il diritto alla continuità delle cure, l'integrazione con i servizi del territorio e il mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali.

3. I servizi semiresidenziali sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di interventi di integrazione e animazione e sono rivolti a persone anziane a diverso livello di autonomia. Rispondono ai bisogni delle persone, favoriscono la socializzazione e le relazioni interpersonali e contrastano l'isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo. In funzione delle specifiche esigenze degli utenti anziani, garantiscono la qualità di vita e delle relazioni sociali e la tutela della salute, attraverso soluzioni organizzative, costruttive e architettoniche che tengono conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali. Dispongono di ambienti amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, e sono integrati con le reti sociali e di servizio del territorio di riferimento.

4. Nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, nei casi in cui l'art. 27 prevede la valutazione multidimensionale unificata, l'attivazione dei servizi e gli obiettivi del piano di cura seguono le indicazioni del PAI, anche in applicazione di quanto previsto dal decreto 12 gennaio 2017 e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e tenuto conto della necessità di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della persona assistita e alla sua qualità di vita.

5. Il Sistema sanitario nazionale garantisce 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'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

6. Il Sistema sanitario nazionale garantisce alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi 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.

7. Il PAI e il PRI sono redatti con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale della persona anziana e della sua famiglia.

8. Le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, nei casi in cui sia previsto un accordo contrattuale con il Sistema 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 dell'articolo 8 della legge 23 marzo 2023, n. 33.

9. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento, anche tenendo conto del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale, e possono garantire anche soluzioni di tipo abitativo e semiresidenziale, nonché di cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri residenziali multiservizi (CRM). Ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrata nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate, garantendo il raccordo con le Case della comunità operanti nel territorio di riferimento.

10. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'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, anche 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. Nell'ambito dei suddetti criteri è dato 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;

c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale 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 persona 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.

e con le seguenti osservazioni:

a) valuti il Governo di prevedere adeguate risorse finanziarie per ciascuna delle misure introdotte dallo schema di decreto, tali da rendere realmente raggiungibili le finalità esposte e fissate dalla legge delega;

b) valuti il Governo di normare in dettaglio le misure contenute nello schema di decreto, eliminando il rimando a successivi decreti di natura ministeriale, anche mediante eventuale divisione dell'attuale schema di decreto in più decreti legislativi al fine di meglio definire le azioni contenute nella legge delega;

c) valuti il Governo di riscrivere gli articoli 6 e seguenti dello schema di decreto legislativo in modo da rendere sistemici gli interventi volti a promuovere l'invecchiamento attivo, nonché a rendere più precisi e vincolanti le misure previste all'articolo 6 dello schema di decreto.

ALLEGATO 6

Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. Atto n. 121.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,

esaminato lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane (Atto n. 121);

tenuto conto delle deleghe legislative previste dagli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 331, in attuazione delle quali è stato emanato lo schema di decreto in oggetto che, tra l'altro, con specifico riferimento alla categoria degli anziani non autosufficienti, è volto a realizzare uno degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR, Missione 5, componente 2), che fissa al primo trimestre 2024 il traguardo per l'approvazione dei decreti legislativi;

considerato quanto emerso dalle audizioni informali svoltesi nelle sedute del 15 e del 20 febbraio e dalla documentazione fornita dai soggetti auditi;

espresso, in generale, apprezzamento per la portata innovativa della riforma e per l'approccio seguito in ordine alle politiche per le persone anziane, auspicando per il futuro un incremento delle risorse da destinare alle misure da esso introdotte;

auspicata l'approvazione di una legge *ad hoc* sul riconoscimento e il sostegno dell'attività di assistenza e di cura svolta dal *caregiver* familiare, materia nella quale la XII Commissione ha avviato l'esame di varie proposte di legge, presentate da diversi gruppi parlamentari, di maggioranza e di opposizione;

rilevata l'opportunità di proporre alcune modifiche da apportare al testo sottoposto all'esame parlamentare,

esprime

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

a) all'articolo 9, esplicitare che le prestazioni erogabili in telemedicina, di cui al comma 2, sono adottate in coerenza con quelle previste dalle disposizioni di cui al decreto del Ministro della salute 29 aprile 2022, recante « Le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare », e possono pertanto essere erogate da tutti gli enti pubblici e privati accreditati per le cure domiciliari;

b) all'articolo 13, sostituire il comma 5 con il seguente: « 5. Anche al fine di sostenere il benessere psicologico delle persone anziane attraverso l'interazione delle stesse con gli animali d'affezione, con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono individuate le modalità di donazione, utilizzazione e distribuzione gratuita di medicinali veterinari destinati alla cura degli animali d'affezione a enti del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, alle strutture di raccolta e ricovero degli animali abbandonati nonché l'elenco dei farmaci ritenuti non idonei alla donazione. Con il medesimo decreto sono previsti anche i requisiti dei locali e delle attrezzature idonei a garantire la corretta conservazione dei medicinali veterinari oggetto di donazione e le procedure volte alla tracciabilità dei lotti dei medicinali ricevuti e distribuiti. »;

c) all'articolo 21, verificare se il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), come delineato dalla disposizione in esame, sia

conforme alla norma di delega, in base alla quale lo SNAA dovrebbe svolgere il ruolo di programmazione integrata di tutti i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali da erogare in favore delle persone anziane non autosufficienti;

d) sempre all'articolo 21, al comma 2, lettera *a)*, sostituire le parole: « sentite le » con le seguenti: « assicurando la partecipazione delle »; al medesimo comma, lettera *b)*, aggiungere, in fine, le parole: « che adottano i propri piani assicurando la partecipazione delle parti sociali, delle associazioni di settore e delle associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità »;

e) in relazione all'articolo 22, stante la possibile ambiguità derivante dall'accostamento della locuzione « obiettivi di servizio » alla parola « LEPS », sostituire il comma 1 prevedendo che: « Ai fini del presente decreto, i LEPS sono quelli individuati dall'articolo 1, commi 162, 163 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017. »;

f) all'articolo 26, dopo la parola: « regolare, » inserire le seguenti: « d'intesa con i soggetti affidatari della gestione dei servizi, anche incentivando l'integrazione operativa delle attività, »;

g) all'articolo 27, comma 4, dopo le parole: « ambiti territoriali sociali », inserire le seguenti: « degli enti affidatari della gestione dei servizi »;

h) al medesimo articolo 27, modificare il comma 13, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, in particolare tra i componenti della UVM, in relazione alla valutazione multidimensionale unificata finalizzata a definire il PAI, nonché prevedendo che, nei casi di severità e prevalenza di una patologia rispetto alle altre, farà parte dell'unità valutativa multidimensionale il medico specialista che segue la cronicità prevalente e che, per determinati livelli di complessità (individuati dal decreto ministeriale n. 77 del 2022) e per i pazienti in assistenza domiciliare integrata con coefficiente di intensità assistenziale oltre una certa soglia (stabilita dal predetto decreto ministeriale) dovrà essere sempre coinvolto il geriatra nell'*équipe* valutativa e assistenziale;

i) all'articolo 29, rafforzare l'assistenza domiciliare sanitaria e sociale rivolta agli anziani non autosufficienti e in particolare, al comma 1, specificare che le prestazioni domiciliari devono essere integrate, oltre che con i servizi di assistenza domiciliare, con le prestazioni in telemedicina e i servizi a elevata intensità assistenziale erogati con tecnologie *life support* quali ventilazione meccanica, nutrizione artificiale, ossigenoterapia, dialisi domiciliare;

l) al medesimo articolo 29, comma 5, precisare che l'integrazione dei servizi domiciliari debba avvenire d'intesa con i soggetti affidatari della gestione degli stessi, anche incentivando l'integrazione operativa delle attività;

m) riportare in un unico articolo i contenuti degli articoli 30, concernente i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali, e 31, concernente i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari;

n) all'articolo 31, comma 7, lettera *b)*, prevedere che, per quanto riguarda il criterio di accreditamento relativo alla congruità del personale, si tenga conto, oltre che del numero di persone accolte nella struttura, anche di quelle assistite a domicilio;

o) all'articolo 33, esplicitare che le persone con disabilità pregressa, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, divenute anziane, non necessitano di richiedere l'attivazione di nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale;

p) rivedere la prestazione di cui agli articoli 34, 35 e 36, in senso conforme alla legge delega, al fine di: assicurare il carattere di universalismo nell'accesso; preve-

dere che l'importo sia graduato sulla base dell'intensità del bisogno assistenziale; garantire la libertà di scelta tra erogazione di denaro e di servizi;

q) all'articolo 38, rivedere le disposizioni relative alla formazione del personale addetto al supporto e all'assistenza delle persone anziane, anche nel senso di definire i profili professionali e il modello organizzativo dei servizi da erogare, prevedendo in tale ambito, in particolare, la definizione di percorsi per la formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore sociosanitario, attraverso la predisposizione di specifiche linee guida da adottare con decreti dei Ministri competenti, al fine di definire modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi su tutto il territorio nazionale;

r) riconsiderare l'articolo 40 in quanto, prevedendo che le disposizioni di cui al titolo II – esclusi gli articoli 34, 35 e 36 – si applichino alle sole persone anziane di età superiore ai 70 anni, in contrasto con la definizione di « persona anziana » di cui all'articolo 2 dello schema di decreto, escluderebbe l'applicazione di una parte rilevante delle disposizioni del provvedimento alle persone di età compresa tra i 65 e i 69 anni, con la conseguenza di un arretramento delle tutele previste dall'ordinamento nei loro confronti, rispetto a prestazioni da considerarsi essenziali.

ALLEGATO 7

Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore.
C. 1532-*ter* Governo.

SUBEMENDAMENTI ALL'EMENDAMENTO 13.100 DEL GOVERNO

Art. 13.

*All'emendamento 13.100 del Governo, capoverso comma 15-*bis*, primo periodo, dopo le parole:* presente codice *aggiungere la seguente:* non.

Conseguentemente, al medesimo capoverso sopprimere il secondo e terzo periodo.

0.13.100.1. Quartini, Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi.

*All'emendamento 13.100 del Governo, capoverso comma 15-*bis*, primo periodo, dopo le parole:* presente codice *aggiungere la seguente:* non.

Conseguentemente, al medesimo capoverso, sostituire il secondo periodo con il seguente: Alle associazioni del Terzo settore impegnate in attività di volontariato per i bambini affetti da patologie oncologiche è riconosciuto un contributo straordinario di 6,75 milioni di euro per l'anno 2025 e di 3,95 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

0.13.100.2. Quartini, Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi.

*All'emendamento 13.100 del Governo, capoverso comma 15-*bis*, primo periodo, dopo le parole:* presente codice *aggiungere la seguente:* non.

Conseguentemente, al medesimo capoverso, sostituire il secondo periodo con il seguente: Alle associazioni del Terzo settore impegnate in attività di volontariato per la protezione, prima accoglienza e presa in carico dei bambini in fuga da Paesi in guerra è riconosciuto un contributo straordinario di 6,75 milioni di euro per l'anno 2025 e di 3,95 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

0.13.100.3. Quartini, Sportiello, Di Lauro, Marianna Ricciardi.

*All'emendamento 13.100 del Governo, capoverso comma 15-*bis*, primo periodo, dopo le parole:* presente codice *aggiungere la seguente:* non.

Conseguentemente, al medesimo capoverso, sostituire il secondo periodo con il seguente: Alle associazioni del Terzo settore impegnate in attività di volontariato per il sostegno psicologico dei bambini in fuga da Paesi in guerra è riconosciuto un contributo straordinario di 6,75 milioni di euro per l'anno 2025 e di 3,95 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026.

0.13.100.4. Di Lauro, Sportiello, Quartini, Marianna Ricciardi.

ALLEGATO 8

Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore.
C. 1532-*ter* Governo.

PROPOSTE EMENDATIVE 13.101 DEL GOVERNO E 13.012 DEL RELATORE

Art. 13.

All'articolo 13, comma 1, dopo la lettera a) inserire la seguente:

a-bis) all'articolo 36, comma 1, la parola: « cinque » è sostituita dalla seguente: « venti » e dopo le parole: « numero degli associati » sono aggiunte le seguenti: « , fermo restando il rispetto di quanto disposto dall'articolo 35, comma 1, relativamente alla prevalenza delle attività di volontariato degli associati o delle persone aderenti agli enti associati ».

13.101. Il Governo.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-*bis*.

(Estinzione della Fondazione Italia sociale)

1. L'articolo 10 della legge 6 giugno 2016, n. 106, è abrogato.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Fondazione Italia sociale è estinta e liquidata, con la procedura di cui all'articolo 16 del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2017.

13.012. Il Relatore.

ALLEGATO 9

Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore.
C. 1532-*ter* Governo.

PROPOSTE EMENDATIVE APPROVATE

Art. 13.

Al comma 1, lettera a*), premettere la seguente:*

0a) all'articolo 6, comma 1, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Per gli enti del Terzo settore iscritti altresì al Registro nazionale delle attività sportive dilettantistiche di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *gg)*, del decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, è fatta salva l'applicazione della disposizione di cui all'articolo 9, comma 1-*bis*, del medesimo decreto legislativo n. 36 del 2021, a condizione che i relativi proventi siano impiegati in attività di interesse generale afferenti allo svolgimento di attività sportive dilettantistiche così come definite dall'articolo 7, comma 1, lettera *b)*, del citato decreto legislativo n. 36 del 2021 e dall'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 39. ».

13.3. *(Nuova formulazione)* Lancellotta, Vietri, Ciancitto, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone.

Al comma 1, dopo la lettera b)*, aggiungere la seguente:*

c) all'articolo 48, comma 3, le parole « entro il 30 giugno di ogni anno », sono sostituite dalle seguenti: « ogni anno presso il Registro unico nazionale del Terzo settore entro il termine di centottanta giorni dalla chiusura dell'esercizio e, per gli enti di cui all'articolo 13, comma 4, presso il registro delle imprese entro sessanta giorni dall'approvazione. ».

13.16. *(Nuova formulazione)* Vietri, Ciancitto, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone.

Al comma 1, dopo la lettera b)*, aggiungere la seguente*:

b-bis) all'articolo 89, dopo il comma 15 è inserito il seguente:

« *15-bis*. Le associazioni iscritte nell'albo istituito ai sensi dell'articolo 937, comma 1, del testo unico delle disposizioni regolamentari in materia di ordinamento militare, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2010, n. 90, che svolgono in via principale una o più attività di interesse generale di cui all'articolo 5 del presente codice possono essere iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore, nel rispetto della specificità della composizione della loro base associativa e delle finalità di cui al medesimo articolo 937. Il requisito della strumentalità di cui all'articolo 6 del presente codice sussiste qualora le attività diverse siano esercitate per la realizzazione delle specifiche finalità delle associazioni medesime. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente comma, valutati in 6,75 milioni di euro per l'anno 2025 e in 3,95 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della difesa ».

13.100. Il Governo.

Dopo l'articolo 13, aggiungere il seguente:

Art. 13-*bis*.

(Modifiche al decreto legislativo 31 ottobre 1990, n. 346, in materia di esonero degli enti del Terzo settore dall'imposta di successione e dall'imposta di registro)

1. Al fine di esonerare gli enti del Terzo settore dal regime di solidarietà passiva in materia di imposte di successione e dell'imposta di registro, all'articolo 36 del decreto legislativo 31 ottobre 1990, n. 346, dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

« 5-*bis*. Il regime di responsabilità solidale di cui al presente articolo non si applica ai beneficiari di trasferimenti non soggetti ad imposta di successione e donazione e alle imposte ipotecarie e catastali ai sensi dell'articolo 3 del presente decreto e ai sensi dell'articolo 82, comma 2, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 ».

13.08. Vietri, Ciancitto, Lancellotta, Maccari, Morgante, Rosso, Schifone.