

# dossier

XIX Legislatura

Febbraio 2024

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

Atto del Governo n. 121



## SERVIZIO DEL BILANCIO

Tel. 06 6706 5790 – ✉ SBilancioCU@senato.it –  @SR\_Bilancio

Nota di lettura n. 126



## SERVIZIO BILANCIO DELLO STATO

Tel. 06 6760 2174 / 9455 – ✉ bs\_segreteria@camera.it

Verifica delle quantificazioni n. 176

La redazione del presente dossier è stata curata dal Servizio del bilancio del Senato della Repubblica.

---

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

## INDICE

<b>TITOLO I PRINCIPI GENERALI E MISURE A SOSTEGNO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA.....</b>	<b>1</b>
<b>Capo I Principi generali.....</b>	<b>1</b>
Articolo 1 ( <i>Oggetto e finalità</i> ).....	1
Articolo 2 ( <i>Definizioni</i> ).....	2
Articolo 3 ( <i>Ruolo del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana</i> ).....	3
<b>Capo II Misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane.....</b>	<b>3</b>
Articolo 4 ( <i>Misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane</i> ).....	3
Articolo 5 ( <i>Misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro</i> ).....	5
Articolo 6 ( <i>Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato</i> ).....	6
Articolo 7 ( <i>Promozione della mobilità delle persone anziane</i> ).....	9
Articolo 8 ( <i>Misure volte a favorire il turismo del benessere e il turismo lento</i> ).....	10
Articolo 9 ( <i>Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane</i> ).....	13
Articolo 10 ( <i>Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane</i> ).....	16
<b>Capo III Misure volte a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane, nonché a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali.....</b>	<b>17</b>
Articolo 11 ( <i>Valorizzazione delle attività volte a promuovere incontro e il dialogo intergenerazionale nelle istituzioni scolastiche e nelle università anche mediante il riconoscimento di crediti universitari</i> ).....	17
Articolo 12 ( <i>Misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana</i> ).....	20
Articolo 13 ( <i>Misure per incentivare la relazione con animali da affezione</i> ).....	21
Articolo 14 ( <i>Progetti di servizio civile universale a favore delle persone anziane</i> ).....	23
<b>Capo IV Coabitazione solidale domiciliare (<i>senior cohousing</i>) e coabitazione intergenerazionale (<i>cohousing intergenerazionale</i>).....</b>	<b>24</b>
Articolo 15 ( <i>Linee guida in materia di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale</i> ).....	24
Articolo 16 ( <i>Criteri e standard di realizzazione di progetti di coabitazione mediante rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito</i> ).....	25
Articolo 17 ( <i>Progetti pilota sperimentali</i> ).....	26
Articolo 18 ( <i>Monitoraggio</i> ).....	27
<b>Capo V Misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale</b>	<b>28</b>
Articolo 19 ( <i>Rete dei servizi di facilitazione digitale</i> ).....	28

Articolo 20 ( <i>Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale</i> ).....	29
---	----

**TITOLO II DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE, SANITARIA, SOCIOSANITARIA E PRESTAZIONE UNIVERSALE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI.....30**

**Capo I Riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti e valutazione multidimensionale unificata .....30**

Articolo 21 ( <i>Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente</i> ).....	30
Articolo 22 ( <i>Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali</i> ).....	32
Articolo 23 ( <i>Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali</i> ).....	35
Articolo 24 ( <i>Funzioni degli ambiti territoriali sociali</i> ).....	37
Articolo 25 ( <i>Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale</i> ).....	38
Articolo 26 ( <i>Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali</i> ).....	39
Articolo 27 ( <i>Valutazione multidimensionale unificata</i> ).....	40
Articolo 28 ( <i>Attività dei punti unici di accesso e piattaforma digitale</i> ).....	44
Articolo 29 ( <i>Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari</i> ).....	46
Articolo 30 ( <i>Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali</i> ).....	49
Articolo 31 ( <i>Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari</i> ).....	50
Articolo 32 ( <i>Misure per garantire l'accesso alle cure palliative</i> ).....	52
Articolo 33 ( <i>Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità</i> ).....	53

**Capo II Disposizioni in materia di prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari .....54**

Articolo 34 ( <i>Prestazione universale</i> ).....	54
Articolo 35 ( <i>Beneficiari e opzione</i> ).....	54
Articolo 36 ( <i>Oggetto del beneficio</i> ).....	55
Articolo 37 ( <i>Ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali</i> ).....	57
Articolo 38 ( <i>Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti</i> ).....	58
Articolo 39 ( <i>Caregiver familiari</i> ).....	59
Articolo 40 ( <i>Ambito di applicazione del titolo II</i> ).....	61
Articolo 41 ( <i>Disposizioni finanziarie</i> ).....	62

## INFORMAZIONI SUL PROVVEDIMENTO

---

<b>Natura dell'atto:</b>	Schema di decreto legislativo	
<b>Atto del Governo n.</b>	121	
<b>Titolo breve:</b>	<i>Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane</i>	
<b>Riferimento normativo:</b>	Articoli 2, 3, 4, 5 e 6 della legge 23 marzo 2023, n. 33	
<b>Relazione tecnica (RT):</b>	Presente	
	<b>Senato</b>	<b>Camera</b>
<b>Commissione competente:</b>	5 <sup>a</sup> Bilancio e 10 <sup>a</sup> Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale	XII Affari Sociali e V Bilancio e tesoro

---

## TITOLO I PRINCIPI GENERALI E MISURE A SOSTEGNO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

### CAPO I PRINCIPI GENERALI

#### Articolo 1 (*Oggetto e finalità*)

Il comma 1 afferma che il presente decreto reca disposizioni volte a promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, anche attraverso l'accesso alla valutazione multidimensionale unificata, a strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e la coabitazione intergenerazionale (*cohousing* intergenerazionale), lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento, nonché volte a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili, e ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti.

**La RT** chiarisce che lo schema di decreto legislativo è predisposto in attuazione degli articoli 3, 4 e 5 della delega conferita al governo ai sensi della legge n. 33 del 23 marzo 2023, recante "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*".

Ai fini di un corretto inquadramento la RT rammenta che la legge delega n. 33 del 2023 rientra tra i provvedimenti legislativi da adottare ai fini dell'attuazione della misura M5C2-3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR); in particolare, la decisione del Consiglio UE del 13 luglio 2021 che ha approvato il Piano prevede l'adozione di una legge quadro entro il 31 marzo 2023 che rafforzi gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, semplifichi e metta a disposizione sportelli

unici per i servizi sociali e sanitari, riveda le procedure di accertamento della condizione di "persona anziana non autosufficiente" e aumenti l'insieme dei servizi sociali e sanitari che possono essere forniti a domicilio; il provvedimento risulta altresì volto ad attuare parte della misura M6C1 del PNRR, relativa alla realizzazione delle Case della comunità, alla presa in carico della persona, al potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché al rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture volte a migliorare l'assistenza sanitaria anche a vantaggio della popolazione anziana.

La RT ribadisce poi il contenuto dell'articolo e puntualizza che esso individua l'oggetto e le finalità dello schema di decreto.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

## **Articolo 2** **(Definizioni)**

Il comma 1 adotta, ai fini del presente decreto legislativo, le definizioni di cui all'articolo 1 della legge n. 33 del 2023, nonché le seguenti:

- a) «persona anziana»: la persona che ha compiuto 65 anni;
- b) «persona grande anziana»: la persona che ha compiuto 80 anni;
- c) «persona anziana non autosufficiente»: la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'OMS, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari, ambientali, in coerenza con quanto previsto dal regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e dall'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 (ai sensi del quale il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità»);
- d) «specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente»: lo specifico bisogno assistenziale valutato e graduato, all'esito della valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27.

**La RT** afferma che le disposizioni intervengono per garantire le corrette definizioni ricorrenti nel provvedimento. Trattandosi di una previsione di natura meramente ordinamentale, la disposizione non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare.

### **Articolo 3**

#### ***(Ruolo del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)***

Il comma 1 prevede che il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), istituito dall'articolo 2, comma 3, della legge n. 33 del 2023, tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) vigenti e previa intesa in sede di Conferenza unificata, indichi nel «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023, i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale.

Il comma 2 dispone che, nel rispetto delle competenze delle singole amministrazioni, fermi restando i principi di efficienza, efficacia ed economicità dei settori interessati, il CIPA individua criteri per assicurare l'attuazione e l'uniforme applicazione degli interventi, dei progetti e dei servizi di cui al comma 1.

Il comma 3 dispone che il CIPA garantisce il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti, nonché la rilevazione continuativa delle attività svolte, dei servizi erogati e delle prestazioni rese, anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), di cui all'articolo 21, per quanto di competenza.

**La RT** afferma che la disposizione ha natura meramente ordinamentale, per cui non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare, anche alla luce della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 5 dell'articolo 2 della legge n. 33 del 2023, relativa al funzionamento e alle attività del CIPA.

## **CAPO II**

### **MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO DELLE PERSONE ANZIANE, DELLA SANITÀ PREVENTIVA E DELLA TELEMEDICINA IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE**

### **Articolo 4**

#### ***(Misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane)***

Il comma 1 dispone che, allo scopo di promuovere la salute e la cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita, nonché l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane mediante la valorizzazione del loro contributo anche in attività socioeducative e ricreative a favore dei giovani, il Ministero della salute realizza periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, su temi di interesse pubblico e sociale, coerentemente con il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, adottato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 6 agosto 2020, e il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025, approvato con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le

province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 agosto 2023, nonché con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023.

Il comma 2 prevede che le iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione siano volte a favorire l'invecchiamento attivo attraverso la promozione di comportamenti consapevoli e virtuosi, tra i quali:

- a) l'osservanza di uno stile di vita sano e attivo in ogni fase della vita;
- b) l'adesione costante agli interventi di prevenzione offerti dal SSN, con particolare riferimento agli screening oncologici e all'offerta vaccinale;
- c) la conoscenza adeguata delle misure di sicurezza da adottare in ambiente domestico per la prevenzione di incidenti.

Il comma 3 demanda ad un decreto interministeriale l'adozione, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, delle «Linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio».

Il comma 4 stabilisce che, sulla base delle linee di indirizzo di cui al comma 3, a livello regionale e locale sono adottati appositi Piani d'azione, nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili, mediante i quali si promuove l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali. I Piani d'azione formano parte integrante degli strumenti di programmazione integrata.

Il comma 5 impone che dall'attuazione del presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** ribadisce che il presente articolo, in attuazione a quanto disposto dall'articolo 3, comma 2, lettera a), n. 1), della legge delega n. 33 del 2023 mira a realizzare la promozione della salute e un efficientamento delle misure di prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo a cura del Ministero della salute.

Si prevede, data la rilevanza strategica dell'argomento, in coerenza con l'agenda del Ministro in tema di comunicazione istituzionale, di avviare campagne istituzionali annue per un fabbisogno pari a circa 1 milione di euro all'anno.

Agli oneri derivanti dall'attuazione delle attività di comunicazione rivolte alla popolazione anziana si provvede con le risorse stanziare sul PG 12 del capitolo 5510 iscritto nello stato di previsione del Ministero della salute denominato "Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute, incluse quelle per l'iscrizione, l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre ed altre ed altre manifestazioni nazionali ed internazionali e per le connesse esigenze di rappresentanza" del Dipartimento dell'amministrazione generale delle risorse umane e del bilancio.

**Al riguardo**, in ordine agli oneri e alla copertura per le campagne di sensibilizzazione di cui al comma 1, pur presentando sia gli oneri che le risorse certamente ampi margini di modulabilità e pur essendo le risorse di cui al PG 12 del



capitolo 5510 dello stato di previsione del Ministero della salute finalizzate ad obiettivi istituzionali coerenti con quelli in esame, posto che lo stanziamento presente in bilancio è limitato e vi sono molteplici finalità<sup>1</sup>, andrebbero comunque acquisite conferme circa la sussistenza di adeguate disponibilità per fare fronte alle campagne di comunicazione in esame e alle altre finalità già previste a legislazione vigente.

Inoltre, informazioni aggiuntive andrebbero fornite sul contenuto dei Piani d'azione di cui al comma 4, nonché sulle risorse destinate alla copertura dei relativi oneri a livello regionale e locale, onde riscontrare, almeno in linea di massima, l'effettiva realizzabilità dell'intervento nel rispetto della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 5. Si ricorda che l'articolo 19 della legge di contabilità prevede che le leggi e i provvedimenti che comportano oneri a carico dei bilanci delle amministrazioni pubbliche devono contenere la previsione dell'onere stesso e l'indicazione della copertura finanziaria riferita ai relativi bilanci, annuali e pluriennali.

## **Articolo 5**

### ***(Misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro)***

Il comma 1 stabilisce che nei luoghi di lavoro la promozione della salute, la cultura della prevenzione e l'invecchiamento sano e attivo della popolazione anziana sono garantiti dal datore di lavoro attraverso gli obblighi di valutazione dei fattori di rischio e di sorveglianza sanitaria previsti dal decreto legislativo n. 81 del 2008, tenendo conto del modello sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro - *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità e delle indicazioni contenute nel PNP (piano nazionale della prevenzione), che prevedono l'attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente adatto anche alle persone anziane attraverso idonei cambiamenti organizzativi.

Il comma 2 dispone che il datore di lavoro adotta ogni iniziativa diretta a favorire le persone anziane nello svolgimento, anche parziale, della prestazione lavorativa in modalità agile, nel rispetto della disciplina prevista dai contratti collettivi nazionali di settore vigenti.

**La RT** afferma che la disposizione ha natura ordinamentale e non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**Al riguardo**, premesso che la norma dovrebbe essere applicabile anche alle pubbliche amministrazioni, in assenza di espressa esclusione, si osserva comunque che il rinvio al modello dell'Organizzazione mondiale della sanità e alle indicazioni contenute nel piano nazionale della prevenzione non sembra implicare automatici

---

<sup>1</sup> Il piano gestionale indicato n. 12 è intitolato "Spese per l'informazione sanitaria ai fini della promozione della salute, incluse quelle per l'iscrizione, l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi, mostre ed altre ed altre manifestazioni nazionali ed internazionali e per le connesse esigenze di rappresentanza". Il Piano gestionale reca una dotazione di 638 mila euro per il 2024 mentre il capitolo 5510 nel complesso reca 1,5 milioni di euro nel 2024.

obblighi in termini organizzativi e ambientali posti a carico dei datori di lavoro, che restano limitati a quelli definiti dal decreto legislativo n. 81, rappresentando dei parametri di riferimento.

Alla luce di quanto appena osservato, si chiede conferma che si tratti di iniziative che potranno essere svolte anche dalle pubbliche amministrazioni avvalendosi delle risorse disponibili a legislazione vigente.

## **Articolo 6**

### ***(Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato)***

Il comma 1, al fine di favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, promuovendo, altresì, in tale contesto, lo scambio intergenerazionale, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, dispone che:

- a) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia realizza periodiche campagne istituzionali di comunicazione e di sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo per agevolare lo scambio intergenerazionale, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane e valorizzare il loro contributo anche nelle attività dei centri con funzioni socioeducative e ricreative a sostegno dei giovani, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie;
- b) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le pari opportunità promuove azioni e iniziative di carattere formativo e informativo tese a contrastare la discriminazione in base all'età, anche attraverso l'Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica (UNAR), nonché i fenomeni di abuso e di violenza sulle persone anziane, anche in attuazione, con riferimento al target femminile, del Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica di cui all'articolo 5 del decreto-legge n. 93 del 2013, e del Piano strategico nazionale per la parità di genere di cui all'articolo 1, comma 139, della legge n. 234 del 2021;
- c) la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale promuove azioni volte a favorire lo scambio intergenerazionale. A tal fine, le risorse del Fondo per le politiche giovanili di cui all'articolo 19, comma 2, del decreto-legge n. 223 del 2006, possono essere destinate alla realizzazione di azioni e progetti, anche in collaborazione e con il coinvolgimento degli enti territoriali, volti, tra l'altro, a incentivare lo scambio tra giovani e persone anziane in ottica di rafforzamento dei legami intergenerazionali, riconoscendo queste ultime come risorse per la comunità di riferimento e depositarie del patrimonio storico e culturale, anche di carattere linguistico, dialettale e musicale, attraverso la memoria delle tradizioni popolari locali, delle diverse forme di intrattenimento e di spettacolo tradizionali, delle competenze e dei saperi, con particolare riferimento agli antichi mestieri, specie nei settori dell'artigianato, dell'enogastronomia e delle eccellenze dei prodotti italiani;
- d) le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, nell'ambito della propria autonomia, possono prevedere, nel Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane. Le iniziative, indicate nel Piano triennale dell'offerta formativa, possono essere realizzate in rete con altre istituzioni scolastiche e attuate in collaborazione con centri di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, enti locali, nonché con i soggetti del terzo settore operanti nella promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale.

Il comma 2, per le medesime finalità di cui al comma 1, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo 2, consente alle regioni e agli enti locali di promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, iniziative per favorire l'invecchiamento attivo, fra le quali:

- a) azioni volte a sostenere l'integrazione sociale delle persone anziane attraverso interventi di agricoltura sociale, di cura di orti sociali urbani e di creazione e manutenzione dei giardini, anche con la partecipazione di bambini e bambine, ragazze e ragazzi;
- b) attività condotte a favore delle persone anziane da parte di istituti di formazione, anche favorendo l'attività di testimonianza e di insegnamento da parte di persone collocate in quiescenza;
- c) il sostegno a spazi e a luoghi di incontro, di socializzazione e di partecipazione, valorizzando anche il ruolo dei centri per la famiglia, per favorire il coinvolgimento attivo della persona anziana nella comunità di riferimento;
- d) azioni volte a promuovere l'educazione finanziaria delle persone anziane, anche allo scopo di prevenire truffe a loro danno;
- e) iniziative volte all'accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e finalizzate al mantenimento di buone condizioni di salute, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale.

Il comma 3 prevede che entro il 30 aprile di ogni anno le amministrazioni di cui ai commi 1, lettere b), c) e d), e 2, trasmettano alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia una relazione sulle attività previste dal presente articolo, svolte nell'anno precedente, nonché sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo.

Il comma 4 stabilisce che il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, anche sulla base delle informazioni acquisite ai sensi del comma 3, in collaborazione con le amministrazioni di cui ai commi 1, lettere b), c) e d), e 2, predisponde, entro il 31 dicembre di ogni anno, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, una relazione annuale sulle misure intraprese dalle amministrazioni ai sensi del presente articolo e sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo. La relazione è sottoposta all'Autorità politica con delega alla famiglia, per la sua presentazione al CIPA, ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana di cui all'articolo 2.

Il comma 5 dispone che dall'attuazione del presente articolo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** precisa che l'attività di cui alla lettera a) del comma 1 è svolta a valere sulle risorse del fondo per le politiche della famiglia di cui all'articolo 1, commi 1250 e 1251, della legge n. 296 del 2006, secondo le modalità previste dal comma 1252 del medesimo articolo 1. La previsione non determina, dunque, un aumento della spesa pubblica perché avviene nel limite delle dotazioni finanziarie del fondo per le politiche della famiglia istituito, ai sensi dell'articolo 19, comma 1, del decreto-legge n. 223 del 2006, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri. L'entità del fondo alla data del 1° gennaio 2024 è pari a 98.857.666 euro. Con riferimento alle modalità di riparto del fondo in questione, l'articolo 1, comma 1252, della legge n. 296 del 2000, espressamente richiamato dalla legge delega all'articolo 8, prevede che gli stanziamenti siano ripartiti dal Ministro per la famiglia con proprio decreto, ai fini del

finanziamento del funzionamento degli Osservatori di cui alle lettere b) e c) del comma 1250 e dell'attuazione delle misure di competenza statale definite nell'ambito dei correlati Piani nazionali, nonché del finanziamento delle campagne istituzionali sui temi della famiglia. Tale riparto avviene cronologicamente ogni anno. L'importo delle risorse da dedicare a tali iniziative è pertanto deciso dall'Autorità politica sulla base della programmazione delle attività in corso d'anno (eventi, campagne da realizzare, azioni del Piano da attivare). Data la residualità di tali azioni, l'importo del c.d. "fondino" è stato individuato in modo variabile: 682.826 euro per il 2019, 1.150.000 euro per il 2020; nessuno stanziamento per il 2021, in quanto ancora presenti in bilancio risorse adeguate; 1.830.000 euro per il 2022; nessuno stanziamento per il 2023, in quanto ancora presenti in bilancio risorse adeguate. Nell'ambito del "fondino" troveranno copertura gli oneri stimati per le campagne periodiche di informazione e comunicazione a sostegno della componente anziana dei nuclei familiari, pari al massimo a 50.000 euro a decorrere dall'anno 2024, destinati all'elaborazione della parte creativa della campagna istituzionale e alla diffusione sui canali radiotelevisivi.

La parte prevalente del fondo è invece ripartita a favore delle regioni, con un secondo decreto del Ministro, da adottare previa intesa in sede di Conferenza unificata.

In relazione alla lettera b) del comma 1, essa è attuata dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. Per quanto riguarda il coinvolgimento dell'ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica (UNAR), operante presso il medesimo Dipartimento, la misura in questione rientra fra le funzioni allo stesso già delegate ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera h), del DPCM 12 novembre 2022 (Delega di funzioni al Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità), che infatti ricomprendono anche quella di "promuovere e coordinare le azioni di Governo in tema di diritti umani delle donne e diritti delle persone, nonché le azioni di Governo volte a prevenire e rimuovere tutte le forme di discriminazione per qualsiasi causa, anche promuovendo rilevazioni statistiche in materia di discriminazioni". Tali compiti sono già svolti, *de facto*, dall'UNAR, sempre nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, ai sensi del decreto legislativo n. 216 del 2003.

La RT nulla aggiunge al contenuto delle successive lettere c) e d) del comma 1.

Con riferimento al comma 2, relativo alle ulteriori possibili iniziative che potranno essere promosse dalle regioni e degli enti locali per favorire l'invecchiamento attivo, anche attraverso un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, la RT sottolinea che la disposizione ha carattere programmatico e che le eventuali azioni intraprese nella direzione auspicata saranno attuate nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie proprie delle regioni e degli enti locali, disponibili a legislazione vigente.

Con riferimento al comma 3, relativo alla predisposizione, a cura delle diverse amministrazioni interessate, di una relazione sulle attività intraprese in materia

nell'anno precedente, la RT afferma che tale attività sarà svolta nell'ambito delle proprie risorse umane, strumentali e finanziarie, disponibili a legislazione vigente.

Con riferimento al comma 4, relativo alla predisposizione, a cura del Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, in collaborazione con le altre amministrazioni interessate, della relazione annuale sulle misure intraprese ai sensi dei commi 1 e 2, la RT ribadisce che la disposizione sarà attuata nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie del Dipartimento, disponibili a legislazione vigente.

La RT conclude ricordando la clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 5.

**Al riguardo**, alla luce della natura ampiamente modulabile delle misure ivi previste e dei fondi utilizzati a copertura, del carattere meramente eventuale di alcuni interventi previsti, dei chiarimenti e dei dati forniti dalla RT, della sussistenza di una clausola d'invarianza finanziaria generale (comma 5) e di clausole specifiche (commi 2 e 4), non vi sono rilievi da formulare.

## **Articolo 7**

### ***(Promozione della mobilità delle persone anziane)***

La norma affida ad un decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti l'individuazione dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale alle esigenze di mobilità delle persone anziane nei contesti urbani ed extraurbani. I predetti livelli di servizio sono definiti previa ricognizione dei servizi di mobilità attivati dalle competenti amministrazioni territoriali a supporto della mobilità delle persone anziane, tenuto conto dei dati disponibili sulla rilevazione della domanda, sulla determinazione delle matrici di origine e destinazione e sui fabbisogni di mobilità della popolazione di riferimento. Il decreto individua, per i livelli di servizio relativi alla mobilità delle persone anziane, i relativi criteri di ponderazione ai fini della determinazione della quota nell'ambito del 50 per cento del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale, di cui all'articolo 27, comma 2, lettera b), del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 che le regioni potranno destinare ai servizi di mobilità per gli anziani.

**La RT** afferma che la norma prevede la destinazione alla promozione della mobilità delle persone anziane di una quota del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale di cui all'articolo 16-*bis*, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.

Ai fini della definizione della platea dei destinatari della misura, la RT riporta, ai soli fini statistici, i dati afferenti alla popolazione degli anziani in Italia (dati Istat).

Gli anziani residenti nelle città metropolitane rappresentano il 35% del totale italiano e vivono prevalentemente nei contesti più urbanizzati: il 45% nei comuni capoluogo, quasi un terzo distribuiti tra prima e seconda cintura urbana e il restante 24% nella corona più esterna dell'area. Quasi una persona su quattro tra i residenti nelle città metropolitane ha almeno 65 anni: incidenze più elevate nelle città metropolitane del Nord e minore in quelle del Sud, maggiore nei capoluoghi e decrescente nelle prime due cinture. Fra i capoluoghi, Genova ha la maggiore quota di

anziani (28,8%), Napoli quella minore (quasi il 22%). Nelle città metropolitane del Centro-nord si rileva la prevalenza degli over75 tra gli anziani residenti, ampiamente sopra il 50%, con il primato della città metropolitana di Genova al 55,8%. Tra i capoluoghi spiccano Milano (57,8%) e Bologna (57,4%). Al Sud si rileva la tendenza opposta, con una preponderanza della fascia più “giovane” 65-74 anni, che costituisce oltre il 50% degli anziani residenti; il primato spetta alla città metropolitana di Napoli (54,4%). Tra i capoluoghi emergono Palermo e Napoli (quasi 53%).

Tanto premesso, all’esito dell’istruttoria finalizzata all’adozione del decreto interministeriale, e della definizione dei livelli adeguati in ragione dell’effettiva domanda per tale bacino di utenza, si individuerà il “peso” che i servizi destinati alla mobilità degli anziani avrà nell’ambito della ripartizione del 50 per cento del Fondo cui al citato articolo 27, comma 2, lettera b), del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 e che le Regioni potranno destinare a tali servizi.

Per la RT trattandosi di una disposizione che incide unicamente sulle modalità di riparto del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale al fine di individuare la quota da destinare ai servizi per la mobilità degli anziani, nell’ambito dello stanziamento previsto a legislazione vigente, la stessa non determina nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

**Al riguardo**, atteso che la norma incide sulle modalità di riparto del Fondo nazionale per il trasporto pubblico locale, introducendo una nuova finalizzazione senza apportare variazioni allo stanziamento previsto a legislazione vigente, non ci sono osservazioni.

## **Articolo 8**

### ***(Misure volte a favorire il turismo del benessere e il turismo lento)***

Il comma 1, al fine di tutelare i livelli essenziali delle prestazioni sociali e la salute psicofisica, nonché di favorire il turismo del benessere e il turismo lento e sostenibile, stabilisce che il Ministero del turismo, nell’ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente:

- a) promuove la stipula di convenzioni su base nazionale tra i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali di cui all’articolo 30 e le strutture ricettive, termali, balneari, agrituristiche e i parchi tematici, al fine di assicurare, a prezzi vantaggiosi, la fruizione delle mete turistiche alle persone anziane, anche nei giorni infrasettimanali e nei periodi di bassa stagione;
- b) promuove la realizzazione, a prezzi vantaggiosi, di soggiorni di lungo periodo nelle strutture ricettive situate in prossimità dei luoghi legati al turismo del benessere e alla cura della persona in favore di persone anziane autosufficienti;
- c) promuove, anche attraverso la stipula di convenzioni con organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, programmi di «turismo intergenerazionale», che consentano, per le attività di cui alla lettera b), la partecipazione di giovani che accompagnino le persone anziane beneficiarie;
- d) promuove iniziative volte a favorire la socializzazione tra persone anziane autosufficienti e non autosufficienti, anche mediante lo svolgimento di attività ricreative e di cicloturismo leggero;

- e) promuove l'adozione di programmi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche presso le strutture ricettive, termali e balneari, favorendone l'accessibilità e la fruizione;
- f) promuove l'adozione di misure atte a garantire l'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura di cui all'articolo 101 del codice dei beni culturali e del paesaggio, di cui al decreto legislativo n. 42 del 2004, delle persone anziane e, in genere, di quelle in tutto o in parte non autosufficienti, anche previa ricognizione delle migliori pratiche internazionali.

Il comma 2 demanda ad uno o più decreti interministeriali la definizione delle modalità di attuazione delle iniziative di cui al comma 1.

**La RT** rappresenta quanto segue:

- a) in merito alla promozione della stipula di convenzioni su base nazionale tra le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le strutture ricettive, termali, balneari, agrituristiche e i parchi tematici, al fine di assicurare, a prezzi vantaggiosi, la fruizione delle mete turistiche alle persone anziane non autosufficienti anche nei giorni infrasettimanali e nei periodi di bassa stagione, tale promozione verrà attuata attraverso l'operato degli uffici del Ministero del turismo (anche mediante apposite campagne promozionali pubblicate sul sito istituzionale del Dicastero). Le convenzioni saranno stipulate fra le RSA e le strutture ricettive e avranno come obiettivo, per le RSA, di favorire l'avvio di nuove attività per i propri ospiti da effettuare all'esterno delle loro strutture residenziali e, per le strutture ricettive, di incrementare le presenze turistiche anche nei periodi di bassa stagione. Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;
- b) in merito all'attuazione di misure atte a promuovere la realizzazione, a prezzi vantaggiosi, di soggiorni di lungo periodo nelle strutture ricettive situate in prossimità dei luoghi legati al turismo del benessere e alla cura della persona in favore di persone anziane attive e autonome, la promozione avverrà attraverso l'operato degli uffici del Ministero del turismo (anche mediante apposite campagne promozionali pubblicate sul sito istituzionale del Dicastero). Le imprese turistiche che operano nel settore del turismo del benessere, del resto, presentano un interesse precipuo ad offrire prezzi vantaggiosi per attrarre, anche nei periodi di media e bassa stagione, sempre nuovi flussi turistici al fine di incrementare le presenze presso le relative strutture. Sul punto, specifica che in Italia la fascia di persone che si collocano nella c.d. terza età è in aumento e che ad oggi le loro condizioni generali di benessere psicofisico appaiono certamente migliori di quanto non fossero nei decenni precedenti. Ne consegue che le imprese turistiche hanno un interesse concreto e attuale ad adeguare la propria offerta in maniera tale da intercettare i bisogni ed i gusti di questa nuova fascia di consumatori che dispone di importanti

- risorse economiche da investire. Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;
- c) in merito all'attuazione di misure finalizzate alla promozione, anche attraverso la stipula di convenzioni con organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, di programmi di «turismo intergenerazionale», che consentano, per le attività di cui alla lett. b), la partecipazione di giovani che accompagnino gli anziani beneficiari, ritiene che l'attuazione di tali misure avvenga attraverso l'operato degli uffici del Ministero del turismo (anche mediante apposite campagne promozionali pubblicate sul sito istituzionale del Dicastero). Inoltre, il coinvolgimento di organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, attive nell'integrazione e nello sviluppo delle autonomie delle persone anziane, garantisce la programmazione e l'attuazione delle iniziative aventi ad oggetto il «turismo intergenerazionale». Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;
  - d) in merito alla promozione di iniziative volte a favorire la socializzazione tra persone anziane autosufficienti, anche mediante lo svolgimento in gruppo di cammini, di attività di cicloturismo leggero, ovvero ricreative o sportive, ritiene che la promozione avvenga attraverso l'operato degli uffici del Ministero del turismo (anche mediante apposite campagne promozionali pubblicate sul sito istituzionale del Dicastero). Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;
  - e) in merito alla promozione di programmi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche presso le strutture ricettive, termali e balneari, favorendone l'accessibilità e la fruizione, la RT ritiene che l'attuazione avvenga attraverso attività finalizzate a sensibilizzare gli operatori dei settori turistici coinvolti sull'importanza dell'abbattimento delle barriere architettoniche e culturali. Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente;
  - f) in merito alla promozione per l'adozione di misure atte a garantire l'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura delle persone anziane e, in genere, di quelle, in tutto o in parte, non autosufficienti, anche previa ricognizione delle migliori pratiche internazionali, ritiene che l'attuazione avvenga attraverso l'individuazione



di attività finalizzate a sensibilizzare gli operatori del settore coinvolti sull'importanza dell'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura. Il Ministero del turismo eserciterà le suddette attività di promozione, anche avvalendosi di ENIT o di altri enti strumentali, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Alla luce di quanto sopra esposto, segnala che la norma non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**Al riguardo**, nel presupposto che i compiti posti a carico del Ministero del turismo si limitino ad attività promozionali in senso stretto, senza cioè interventi diretti nell'attuazione delle misure indicate, i cui oneri resterebbero a carico degli operatori coinvolti, si osserva che l'aumento dell'attività promozionale (che implica contatti, accordi, campagne di incentivazione, ecc.) ipotizzabile per effetto del presente articolo appare significativo, per cui sarebbero comunque auspicabili espresse assicurazioni circa la sua sostenibilità a valere sulle risorse ordinariamente disponibili, come asserito dall'alinea del comma 1.

## **Articolo 9**

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

Il comma 1, al fine di consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio, con prioritario riferimento alla persona grande anziana affetta da almeno una patologia cronica, promuove l'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Il comma 2 prevede che le prestazioni di telemedicina siano individuate con decreto interministeriale, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, e in coerenza con le progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina, così come stabiliti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in qualità di soggetto responsabile dell'attuazione della Missione 6 - Salute, Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Investimento 2 - Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina, Subinvestimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, del PNRR.

Il comma 3 stabilisce che con il decreto di cui al comma 2 è prevista la delimitazione del territorio nazionale in tre grandi aree geografiche e l'attivazione entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in via sperimentale e per un periodo massimo di 18 mesi, di almeno un servizio di telemedicina domiciliare nell'ambito di ciascuna di tali aree geografiche, prioritariamente destinato ai soggetti di cui al comma 1.

Il comma 4 dispone che l'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio dei soggetti di cui al comma 1 può essere effettuata dalle strutture pubbliche e private accreditate, anche tramite la rete delle farmacie territoriali, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, lettera a), del decreto legislativo n. 153 del 2009, e secondo le modalità indicate con il decreto di cui al comma 2.

Il comma 5 prevede che l'Agens verifichi l'andamento dell'attività di erogazione dei servizi di telemedicina prevista dal presente articolo e riferisca al CIPA sugli esiti della stessa, nei tempi e con le modalità previsti dal decreto di cui al comma 2.

Il comma 6 impone che le prestazioni di telemedicina di cui al presente articolo siano svolte dalle amministrazioni interessate con le risorse umane, strumentali e finanziarie, disponibili a legislazione vigente.

**La RT** fa presente che l'articolo, in attuazione dall'articolo 3, comma 2, lettera a), n. 3) della legge delega n. 33 del 2023, prevede misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane.

La norma intende fronteggiare i fenomeni di degradazione dello stato di salute dell'individuo anziano, attraverso interventi di sanità preventiva presso il proprio domicilio, con prioritario riferimento alla classe di pazienti che hanno compiuto 80 anni, affetti da almeno una patologia cronica. In particolare, l'intervento normativo, di cui al comma 1, intende erogare tali servizi di sanità preventiva sia mediante modalità assistenziali domiciliari di tipo tradizionale, che mediante strumenti e servizi di telemedicina (ad es. Televisita, Telecontrollo, Telemonitoraggio).

La RT afferma poi che i servizi erogati nell'ambito dei commi 1 e 3 del presente articolo si inseriscono già nella corrente gestione sanitaria dei pazienti che accedono a servizi diagnostici afferenti al proprio Servizio Sanitario Regionale e rientrano appieno nei LEA, così come garantiti anche attraverso il Fondo Sanitario Nazionale. Infatti, le prestazioni sanitarie a cui possono riferirsi i servizi resi in telemedicina richiamati nel testo normativo, integrano e/o sostituiscono alcune delle prestazioni già rese in presenza, anche presso il domicilio dei pazienti, così come garantite dal DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992"); ci si riferisce, prevalentemente, all'alveo delle prestazioni di prevenzione delle malattie croniche e di assistenza distrettuale, regolate rispettivamente ai capi II e IV del richiamato DPCM sui LEA. Ai fini di questa norma, i servizi resi in telemedicina non devono infatti essere considerati come "nuove" prestazioni aggiuntive rispetto a quelle già garantite; piuttosto, la telemedicina deve essere intesa come nuova modalità operativa che, sulla base dell'innovazione tecnologica e un nuovo modello organizzativo, permette di erogare "a distanza" prestazioni di assistenza sanitaria già assicurate dal SSN [finanziate mediante FSN, fiscalità e compartecipazione da parte del cittadino (ticket)].

Ribadendo, quindi, che i servizi di telemedicina di cui al presente articolo sono correlati al più ampio quadro della riforma dei servizi territoriali, la RT segnala che l'articolo 1, comma 274, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha autorizzato la spesa di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del SSN, proprio per il supporto ai servizi di sanità territoriale, di cui al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022. Tali risorse, ai sensi dell'articolo 1, comma 244, della legge di bilancio 2024 (legge n. 213 del 2023), sono state

incrementate di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del SSN.

Inoltre, in riferimento alle prestazioni sanitarie domiciliari erogate attraverso strumenti di telemedicina si specifica che tutti gli investimenti infrastrutturali e sistemici (*hardware* e *software*) all'uopo necessari sono garantiti dai fondi PNRR, Missione 6, Componente 1, Subinvestimento 1.2.3. "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, successivamente modificato con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 23 novembre 2021.

Si segnala che i summenzionati fondi sono stati oggetto di finanziamento aggiuntivo in conseguenza della rimodulazione PNRR della Missione 6 Salute approvata dal Consiglio dell'Unione Europea in data 8 dicembre 2023.

Si sottolinea, in particolare, che di tali fondi aggiuntivi il Ministero della salute prevede di stanziare un massimo di 150 milioni di euro complessivi per il biennio 2024-2025, da allocarsi mediante decreto di ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome, finalizzati all'approvvigionamento tecnologico di *medical device* (ad es. apparecchiature portatili, sensori indossabili, *medical station* di telemonitoraggio, *pc/tablet* per televisita, ecc.) utilizzati prevalentemente nell'alveo delle attività diagnostiche domiciliari preventive (di cui al presente articolo 9) e nei percorsi di assistenza domiciliare integrata sul paziente non autosufficiente (di cui all'articolo 29).

In conclusione, posto che le previsioni in esame si inseriscono già nell'ampio quadro della sanità territoriale, disciplinato nell'ambito del summenzionato d.m. 77 del 2022, le integrazioni assistenziali domiciliari dei cui al presente articolo non determinano nuovi o maggiori oneri di carattere finanziario a carico della finanza pubblica, in quanto gli unici interventi infrastrutturali necessari sono finanziati nell'ambito delle risorse assegnate al Ministero della salute da fondi PNRR-Missione 6, come in precedenza richiamati.

Il comma 4 presenta natura meramente ordinamentale e chiarisce che i servizi di cui al comma 1 possono essere indistintamente erogati da organizzazioni sanitarie pubbliche, private accreditate presso il SSN e attraverso la rete delle farmacie territoriali, in coerenza con quanto previsto per le "farmacie dei servizi" di cui all'articolo 1, comma 2, lettera a) del decreto legislativo n. 153 del 2009.

La previsione, pertanto, non prevede oneri a carico della finanza pubblica.

Il comma 5 prevede, infine, che l'Agenas provveda alla rendicontazione delle attività di assistenza sanitaria preventiva erogate ai sensi dei commi precedenti, secondo le modalità stabilite dal comma 2, al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA). Tale compito sarà svolto da Agenas mediante le risorse umane e finanziarie a legislazione vigente, atteso che i servizi di telemedicina rientrano nell'alveo dei compiti istituzionali dell'Agenas.

Il comma 6 prevede che le prestazioni di telemedicina di cui al presente articolo vengono svolte dalle amministrazioni interessate con le risorse umane, strumentali e finanziarie, disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, preso atto dei chiarimenti forniti dalla RT in ordine all'utilizzo di risorse del PNRR per l'installazione dell'apparato *hardware* e *software* necessario per i servizi di telemedicina e in merito al carattere sostitutivo delle prestazioni sanitarie rese attraverso tale modalità (fermo restando quindi il livello complessivo delle prestazioni rese ai pazienti, al netto degli incrementi qualitativi e quantitativi eventualmente consentiti dagli stanziamenti aggiuntivi per la medicina territoriale di cui la RT rende conto), andrebbero comunque fornite delucidazioni in merito ai seguenti profili. Innanzitutto si segnala che le risorse del PNRR disponibili per la finalità in esame risultano classificate come “prestiti”, il che implica che la citata misura dovrebbe determinare un impatto sui saldi di finanza pubblica in quanto le risorse utilizzate a copertura a valere sul Fondo di rotazione per l'attuazione del *Next Generation* EU al momento della sua istituzione sono state registrate sui saldi di finanza pubblica solo in termini di SNF. La questione andrebbe approfondita.

Andrebbero poi indicate l'entità e l'origine delle risorse necessarie alla gestione e manutenzione a regime degli strumenti la cui installazione è a valere sulle somme rivenienti dal PNRR.

Inoltre, sarebbe opportuna un'assicurazione circa l'equivalenza, a livello finanziario, delle prestazioni sanitarie rese in modalità telematica rispetto a quelle fornite con la metodologia tradizionale, ovvero in presenza, atteso che sembra plausibile l'intervento di soggetti terzi da remunerare nell'ambito del rapporto medico-paziente, pur potendosi ipotizzare viceversa risparmi correlati ad una maggiore rapidità e facilità delle prestazioni.

Infine, si chiede conferma dell'effettiva sostenibilità dei compiti di rendicontazione posti a carico dell'Agenas a valere sulle risorse dell'Agenzia ordinariamente disponibili a l.v..

## **Articolo 10**

### ***(Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane)***

Il comma 1 dispone che, nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021, è assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 27, in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza e per la erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo destinati a favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

**La RT** chiarisce che la presente disposizione attua quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera c), n. 1) della legge delega n. 33 del 2023. Afferma poi che l'intervento (riguardante le persone anziane in generale, quindi anche i soggetti autosufficienti) si inserisce nell'ambito di una offerta progressiva che tiene conto delle risorse disponibili a legislazione vigente. La previsione, pertanto, non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**Al riguardo**, si osserva che la norma appare suscettibile di determinare un ampliamento della platea dei soggetti potenzialmente destinatari di una valutazione multidimensionale. Lo stesso riferimento della RT ad una offerta progressiva che tiene conto delle risorse disponibili suggerisce che tale aumento dei soggetti beneficiari dovrebbe essere assicurato avvalendosi delle risorse ordinariamente disponibili. Pur potendosi ipotizzare la sussistenza anche di oneri indipendenti dalla quantità di valutazioni effettuate, in quanto sostanzialmente fissi, andrebbero fornite delucidazioni circa l'effettiva realizzabilità della disposizione senza generare tensioni sulla corrispondente linea di finanziamento.

### **CAPO III**

#### **MISURE VOLTE A CONTRASTARE L'ISOLAMENTO E LA DEPRIVAZIONE RELAZIONALE E AFFETTIVA DELLE PERSONE ANZIANE, NONCHÉ A PROMUOVERE IL MANTENIMENTO DELLE CAPACITÀ FISICHE, INTELLETTIVE E SOCIALI**

#### **Articolo 11**

##### ***(Valorizzazione delle attività volte a promuovere incontro e il dialogo intergenerazionale nelle istituzioni scolastiche e nelle università anche mediante il riconoscimento di crediti universitari)***

Il comma 1 prevede che le istituzioni scolastiche possano promuovere l'incontro e il dialogo intergenerazionale in cui il valore della persona anziana venga accolto e riscoperto in vista della costruzione di occasioni di crescita personale e sociale dei ragazzi.

Il comma 2 stabilisce che per le finalità di cui al comma 1, le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione individuino, nell'ambito della loro autonomia, i criteri e le modalità per promuovere all'interno del Piano Triennale dell'Offerta Formativa (PTOF) le esperienze significative di volontariato, debitamente documentate, che gli studenti possono maturare presso le strutture residenziali o semiresidenziali per le persone anziane e al domicilio delle stesse.

Il comma 3 dispone che le istituzioni scolastiche del secondo ciclo definiscano, altresì, i criteri e le modalità affinché le esperienze significative di volontariato maturate in ambito extracurricolare e inserite nel PTOF siano descritte e riportate nel *curriculum* dello studente, nonché valorizzate durante lo svolgimento del colloquio dell'esame di Stato.

Il comma 4 stabilisce che le università e le Istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica possano promuovere percorsi di approfondimento volti all'inclusione sociale e culturale delle persone anziane, nonché alla promozione del dialogo intergenerazionale e incentivino e sostengano, con apposite misure, nel rispetto della loro autonomia organizzativa, i loro percorsi universitari.

Il comma 5 dispone che anche ai fini di cui al comma 4, le università, nell'ambito della loro autonomia, valutano, ai fini del riconoscimento di crediti formativi universitari elettivi o "aggiuntivi" all'interno dei piani di studio individuali, con particolare riferimento ai corsi di studio afferenti alle classi di laurea L-19, L-39, L/SNT1, L/SNT2, L/SNT3, L/SNT4, o alle classi di laurea magistrale LM-50, LM-57, LM-85, LM-87, LM/SNT1, LM/SNT2, LM/SNT3, LM/SNT4, le attività svolte in convenzione tra le università e gli enti locali, le aziende sanitarie e le cooperative sociali e assistenziali per progettualità a sostegno della persona anziana.

Il comma 6 prevede che il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero della cultura possano promuovere azioni e attività volte a valorizzare e a tramandare alle nuove generazioni la conoscenza del patrimonio culturale immateriale, come definito dalla Convenzione per la salvaguardia dei beni

culturali intangibili, adottata a Parigi il 17 ottobre 2003 dall'organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (UNESCO), ivi incluse le conoscenze, i saperi e le pratiche, le cognizioni e le prassi dell'universo e della natura, i patrimoni linguistici e dialettali, mediante la stipulazione di un apposito protocollo di intesa che promuova la trasmissione del patrimonio culturale immateriale alle giovani generazioni.

Il comma 7 reca la clausola di neutralità, prevedendo che dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** sul comma 1 conferma che la norma intende favorire il dialogo tra le generazioni, inteso come occasione di crescita personale per gli studenti. A tal fine, individua, quali soggetti promotori, le istituzioni scolastiche.

Assicura che la disposizione ha carattere ordinamentale e, pertanto, non determina nuovi o maggiori oneri carico del bilancio dello Stato

Sul comma 2 rileva che la norma mira a valorizzare, all'interno del PTOF, le esperienze significative di volontariato maturate dagli studenti delle scuole secondarie di secondo grado presso le strutture residenziali o semiresidenziali e a domicilio.

Al riguardo, specifica che il Piano Triennale dell'offerta Formativa (PTOF) esplicita la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa che le singole scuole adottano nell'ambito della loro autonomia.

Il corrispettivo finanziario del Piano triennale dell'offerta formativa è il Programma Annuale, che, sostanzialmente, costituisce un documento di progettazione al pari del Piano triennale dell'offerta formativa e, quindi, risponde alla logica di realizzare gli obiettivi, già inseriti nel PTOF, attraverso l'impiego efficace ed efficiente delle risorse. Per consentire una adeguata programmazione delle attività previste nel PTOF, elaborato da ciascuna scuola sulla base dei bisogni reali e contestualizzati degli alunni e del territorio, anche al fine di attuare in pieno le previsioni di cui all'art. 5, commi 8 e 9, del D.1.129/2018, il Ministero provvede a erogare alle istituzioni scolastiche le risorse finanziarie per il funzionamento amministrativo-didattico (periodo settembre-dicembre dell'anno scolastico di riferimento), e, in via preventiva, comunica le ulteriori risorse relativamente al periodo compreso tra gennaio-agosto dell'anno scolastico di riferimento, che saranno erogate nei limiti delle risorse iscritte in bilancio a legislazione vigente. Pertanto, tali esperienze di volontariato, inserite all'interno del PTOF gravano sul bilancio delle istituzioni scolastiche, in quanto realizzate attraverso l'impiego delle risorse a disposizione delle medesime.

Conclude assicurando che ai fini in esame si provvede, quindi, mediante l'utilizzo delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Sul comma 3 evidenzia che la disposizione prevede la valorizzazione delle esperienze di volontariato maturate in ambito extracurricolare all'interno del *curriculum* dello studente, nonché in sede di colloquio dell'esame di Stato. In particolare, la disposizione prevede che le istituzioni scolastiche del secondo ciclo, nell'ambito della loro autonomia, definiscano i criteri e le modalità attraverso cui

promuovere tali esperienze di volontariato. Assicura che la norma, pertanto, ha carattere ordinamentale e non determina nuovi o maggiori oneri carico del bilancio dello Stato.

Sul comma 4 ribadisce che la norma prevede che le università e le istituzioni AFAM possano promuovere percorsi di approfondimento volti all'inclusione sociale e culturale delle persone anziane nonché alla promozione del dialogo intergenerazionale, nonché di incentivare e di sostenere, con apposite misure, nel rispetto della loro autonomia organizzativa, i loro percorsi universitari. A tal fine, le istituzioni in discorso si avvarranno, nell'ambito della propria autonomia organizzativa e finanziaria, delle risorse finanziarie disponibili previste nei rispettivi bilanci, nonché delle risorse strumentali già in uso. Pertanto, la disposizione non produce nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Sul comma 5 assicura che la norma non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, trovando attuazione mediante la sottoscrizione da parte delle università, nell'esercizio della propria autonomia, di convenzioni con enti locali, aziende sanitarie e cooperative sociali e assistenziali per progettualità a sostegno della persona anziana.

Sul comma 6 evidenzia che la disposizione si limita a prevedere la possibilità della stipula di un protocollo di intesa tra il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero della cultura, volto a favorire la trasmissione del patrimonio culturale immateriale alle giovani generazioni. Tale disposizione, pertanto, non comporta nuovi o maggiori oneri carico del bilancio dello Stato.

Il prospetto riepilogativo degli effetti d'impatto attesi sui saldi di finanza pubblica non espone valori.

**Al riguardo**, considerato che le disposizioni in esame si limitano a prevedere la possibilità per le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di inserire nel Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF)<sup>2</sup>, nell'ambito della programmazione delle loro attività educative, didattiche ed organizzative, anche iniziative volte a favorire l'incontro e il dialogo intergenerazionale, potendo avvalersi a tale fine delle risorse finanziarie già previste dalla legislazione vigente per l'attuazione delle iniziative previste dal Piano, non ci sono particolari osservazioni.

Parimenti sul comma 4, che prevede la mera facoltà di istituire percorsi di approfondimento finalizzati all'inclusione sociale e culturale degli anziani e alla promozione del dialogo intergenerazionale, da parte delle Università e delle AFAM nell'ambito della loro autonomia organizzativa e finanziaria e compatibilmente con le

---

<sup>2</sup> Articolo 1, commi 12-19, della legge 107/2015 e successive modifiche e integrazioni. In particolare, con specifico riferimento alla vincolatività del P.T.O.F rispetto alla programmazione delle linee di intervento delle risorse delle istituzioni scolastiche nell'ambito della loro autonomia, si rinvia all'articolo 2, comma 3, del D.M. 28 agosto 2018, n. 129.

risorse finanziarie disponibili e già previste dai rispettivi bilanci, avvalendosi delle risorse strumentali già in uso, non ci sono osservazioni.

Relativamente al comma 5, nel presupposto che le convenzioni con gli enti locali, enti del S.S.N. e cooperative sociali da parte delle Università per i fini di cui al comma 4 troveranno comunque attuazione nell'ambito dell'autonomia delle medesime, non ci sono osservazioni.

## **Articolo 12**

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

Il comma 1 prevede che il Ministro per lo sport e i giovani, anche avvalendosi della società Sport e salute S.p.A. e degli enti del terzo settore, d'intesa con i Ministri competenti per materia, sentito il Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA), promuove nel triennio 2024-2026 iniziative e progetti finalizzati a sviluppare azioni mirate per le persone anziane, al fine di diffondere la cultura del movimento nella terza età e promuovere lo sport come strumento di prevenzione per migliorare il benessere psico-fisico, quali, a titolo esemplificativo, l'attivazione di gruppi di cammino lungo percorsi sicuri urbani o extraurbani, nonché di programmi di attività sportiva organizzata come strumento di miglioramento del benessere psico-fisico, di promozione della socialità e di integrazione intergenerazionale tra giovani e anziani.

Il comma 2 stabilisce che le attività di cui al comma 1 sono realizzate a valere sulle risorse, fino ad un massimo di 500.000 euro complessivi per il periodo 2024-2026, del Fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori, di cui alla legge 30 dicembre 2020, n. 178, commi 561 e 562, da ripartire con decreto del Sottosegretario di Stato allo sport del 27 ottobre 2021, oggetto di apposita convenzione tra il Dipartimento per lo sport e la società Sport e salute S.p.A. in data 7 febbraio 2023.

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

Il comma 4 reca la clausola di invarianza stabilendo che dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** si limita a ribadire che l'articolo rinvia a successivi DM di competenza del Ministro per lo sport e i giovani per i criteri e le modalità di presentazione delle iniziative e dei progetti volti a promuovere l'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana nel triennio 2024-2026 a valere sulle risorse, fino ad un massimo di 500.000 euro complessivi, del Fondo di cui all'articoli 1, commi 561 e 562, della legge n. 178/2020.

**Al riguardo**, per i profili di quantificazione, pur in assenza di dati da parte della RT si rileva che si tratta di attività sicuramente contenibili entro un limite massimo di spesa e pertanto non ci sono osservazioni.



Per i profili di copertura, si rileva che il Fondo di cui ai commi 561 e 562 della legge di bilancio 2021<sup>3</sup> reca una previsione di stanziamento per le annualità del triennio 2024-2026 pari rispettivamente a 1,3 milioni, a 2,8 milioni e a 0,178 milioni di euro.

Posto che la norma configura il sostenimento di un nuovo e maggiore onere a carico di risorse già previste ai sensi della legislazione vigente e tenuto conto che l'autonomia di bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri prevede la possibilità di riporto a nuovo esercizio anche di alcune risorse di parte corrente, sebbene queste non risultino "impegnate" alla fine dell'esercizio<sup>4</sup>, andrebbero comunque fornite conferme in merito alla utilizzabilità delle predette risorse ai fini in esame, sia a fronte delle finalizzazioni già previste che in relazione agli specifici criteri di riparto delle risorse del Fondo.

Si richiama poi la Circolare n. 32/2010 del Dipartimento della R.G.S.<sup>5</sup>, laddove è espressamente stabilito che in presenza di coperture di nuovi oneri disposte mediante riduzione e/o utilizzo di precedenti autorizzazioni di spesa, in aggiunta alla dimostrazione della disponibilità delle risorse a cui si attinge andrebbero fornite indicazioni anche in merito ai motivi del mancato utilizzo delle risorse medesime per le finalità cui le stesse erano originariamente destinate.

Si evidenzia altresì che il dispositivo indicato al comma 2, recando un limite massimo di spesa riferito ad un triennio, non si conforma a quanto stabilito dal comma 1, primo periodo, dell'articolo 17 della legge di contabilità, ai sensi del quale le nuove norme di spesa debbano accompagnarsi alla indicazione, per ciascun anno, della relativa spesa autorizzata, che si intende ordinariamente come limite massimo di spesa per l'esercizio.

### **Articolo 13**

#### ***(Misure per incentivare la relazione con animali da affezione)***

Il comma 1 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con la valutazione clinica e prognostica della persona anziana interessata, promuovano modalità di accesso degli animali da affezione nelle strutture residenziali e nelle residenze protette con finalità di tipo ludico-ricreativo, educativo e di socializzazione, nonché piani di educazione assistita, anche attraverso la formazione degli operatori che si prendono cura delle persone anziane riguardo alle esigenze degli animali con i quali vivono.

Il comma 2 dispone che gli interventi di cui al comma 1 sono realizzati in conformità con le linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA) di cui all'Accordo tra il Governo, le

---

<sup>3</sup> Con specifico riferimento alla autorizzazione di spesa di cui al comma 561 della legge di bilancio 2021, si tratta del capitolo 2085 dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

<sup>4</sup> Si segnala che il capitolo dal bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri interessato è il n. 849. Cfr. IPZS, Gazzetta Ufficiale, Supplemento ordinario n.3/2024, pagina 313. Si veda altresì il comma 1, lettera b), del D.P.C.M. 22 novembre 2010.

<sup>5</sup> Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della R.G.S., I.G.B., Circolare n. 32/2010, paragrafo 4.3, pagina 5

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 25 marzo 2015<sup>6</sup>, nel rispetto delle condizioni e dei requisiti di qualità e sicurezza ivi previsti.

Il comma 3 prevede che le regioni, per il triennio 2024-2026, promuovano la realizzazione di progetti che prevedano la corresponsione di agevolazioni per le spese medico-veterinarie in conformità ai criteri individuati con il decreto adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 209, della legge n. 213 del 2023, o alimentari, per incentivare l'adozione di cani ospitati nei canili rifugio e dei gatti ospitati nelle oasi feline da parte delle persone anziane con un nucleo familiare composto da una sola persona e in possesso di un ISEE in corso di validità non superiore a 16.215 euro.

Il comma 4, integrando l'articolo 1, comma 209, della legge n. 213 del 2023, dispone che il previsto decreto interministeriale per il riparto e l'accesso alle risorse del Fondo per sostenere i proprietari di animali da affezione sia adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Il comma 5, al fine di sostenere il benessere psicologico delle persone anziane, in possesso di un ISEE in corso di validità non superiore a 16.215 euro, attraverso l'interazione delle stesse con gli animali d'affezione, demanda a un decreto del Ministro della salute l'individuazione delle modalità che rendono possibile la donazione, l'utilizzazione e la distribuzione gratuita di medicinali veterinari per animali d'affezione non utilizzati a enti del terzo settore, in confezioni integre, correttamente conservati e ancora nel periodo di validità, in modo tale da garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia originarie, con esclusione dei medicinali veterinari da conservare in frigorifero a temperature controllate nonché dei medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e dei medicinali contenenti sostanze antimicrobiche. Con il medesimo decreto sono previsti i requisiti dei locali e delle attrezzature idonei a garantire la corretta conservazione e le procedure volte alla tracciabilità dei lotti dei medicinali veterinari ricevuti e distribuiti. È vietata qualsiasi cessione a titolo oneroso dei medicinali oggetto di donazione.

**La RT** precisa che gli interventi in esame sono realizzati in conformità con l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2015 rep. Atti, 60/CSR, a mezzo del quale sono state adottate specifiche linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali, le quali ricomprendono: Interventi assistiti con animali (IAA); Terapie assistite con gli animali (TAA); Educazione assistita con gli animali (EAA); Attività assistita con gli animali (AAA).

Nell'Accordo sulle linee guida del 2015 si prevede che regioni e province autonome possano promuovere, nel rispetto delle suddette linee guida, specifici programmi per lo svolgimento di tali attività nei confronti dei propri cittadini, specificando che in tutti questi casi regioni e province autonome ricorrono a risorse proprie.

L'articolo 9 dell'Accordo 60/CSR del 2015, infatti, dispone che dall'attuazione dello stesso non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica; gli adempimenti e le attività sono realizzate con le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a normativa vigente; le regioni e le province autonome possono impegnare proprie risorse per promuovere e mettere in atto le attività previste dall'Accordo stesso.

In relazione alle agevolazioni per le spese medico-veterinarie di cui al comma 3, la RT puntualizza che le regioni realizzano i progetti in conformità ai criteri di

---

<sup>6</sup> Consultabile al seguente link:

<http://archivio.statoregioni.it/DettaglioDoc25f9.html?IDDoc=46922&IdProv=13952&tipodoc=2&CONF=CSR>

ripartizione delle risorse e ai requisiti e alle modalità di accesso al fondo destinato a sostenere i proprietari di animali d'affezione di cui all'articolo 1, comma 207, della legge n. 213 del 2023 e nei limiti finanziari dello stesso, pari a 250.000 euro annui per il triennio 2024-2026.

Infine, la RT asserisce che all'attuazione della disposizione di cui al comma 5 si provvede con le risorse disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, in relazione ai commi 1 e 2, considerato che il richiamato Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 ha previsto linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali ad invarianza di oneri, nulla da osservare.

Per quanto riguarda il comma 3, si osserva che il fondo previsto dai commi 207-209 dell'ultima legge di bilancio è limitato a spese per visite veterinarie e operazioni chirurgiche veterinarie nonché per l'acquisto di farmaci veterinari, mentre la disposizione in esame prevede la promozione di agevolazioni non solo per spese medico-veterinarie, ma anche alimentari o per l'adozione di animali. Pertanto per queste ultime due tipologie di agevolazioni le regioni non potranno attingere al fondo statale e andrebbero quindi indicate le risorse con cui potranno realizzare tali iniziative promozionali, come previsto dall'articolo 19 della legge di contabilità.

Si osserva inoltre che andrebbe valutato l'inserimento di un riferimento espresso alla destinazione alle regioni delle risorse del fondo nella modifica operata dal comma 4 al comma 209 della legge di bilancio per specificare che le risorse sono ripartite tra regioni<sup>7</sup>.

## **Articolo 14**

### ***(Progetti di servizio civile universale a favore delle persone anziane)***

Il comma 1, al fine di sostenere e promuovere la solidarietà e la coesione tra le generazioni, nel rispetto delle finalità del servizio civile universale di cui al decreto legislativo n. 40 del 2017, e nel rispetto del Piano triennale 2023-2025 per la programmazione del servizio civile universale, approvato con decreto del Ministro per lo sport e i giovani 20 gennaio 2023 e pubblicato nel sito internet istituzionale, consente ai soggetti iscritti all'Albo degli enti di servizio civile universale di cui all'articolo 11 del decreto legislativo n. 40 del 2017 di presentare progetti di servizio civile universale, afferenti alle Aree «Animazione culturale con gli anziani» e «Adulti e terza età in condizioni di disagio» rispettivamente nei settori di intervento «Educazione e promozione culturale, paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport» e «Assistenza» di cui all'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 40 del 2017, le cui finalità, tra l'altro, siano volte a:

---

<sup>7</sup> Il vigente comma 209 prevede che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio, con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono indicati i criteri di ripartizione delle risorse e i requisiti e le modalità di accesso al fondo di cui al comma 207. Il comma 207 prevede l'istituzione nello stato di previsione del Ministero della salute di un fondo destinato a sostenere i proprietari di animali d'affezione nel pagamento di visite veterinarie e operazioni chirurgiche veterinarie nonché nell'acquisto di farmaci veterinari. Ai sensi del comma 208, al fondo, per il quale è disposto uno stanziamento pari a 250.000 euro per l'anno 2024, 250.000 euro per l'anno 2025 e 250.000 euro per l'anno 2026, possono accedere i proprietari di animali d'affezione che abbiano un valore dell'ISEE inferiore a 16.215 euro e un'età superiore a sessantacinque anni.

- a) sviluppare e rafforzare il rapporto relazionale tra le diverse generazioni, diffondendo la conoscenza dei servizi offerti sui territori e favorendo l'inclusione sociale delle persone anziane, intesa come partecipazione alla vita sociale, economica e culturale;
- b) sviluppare e promuovere un sistema di sostegno, solidarietà e aiuto anche alle persone anziane in condizioni critiche e alle loro famiglie (*caregiver*), attraverso servizi di supporto, cura e accompagnamento, volti a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità.

Il comma 2 impone che dall'attuazione del presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT** chiarisce che la disposizione, in attuazione dell'articolo 3, comma 2, lettera b), della legge n. 33 del 2023, è finalizzata a sostenere e promuovere la solidarietà e la coesione tra le generazioni mediante il servizio civile universale istituito e disciplinato dal decreto legislativo n. 40 del 2017.

Relativamente agli effetti finanziari di tale norma si può preliminarmente affermare che la stessa non reca disposizioni da cui derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, considerato che le disposizioni in essa contenute riguardano principalmente interventi di natura ordinamentale. Nei casi di coinvolgimento di amministrazioni pubbliche gli adempimenti previsti sono effettuati con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare, atteso che i progetti in questione verranno comunque finanziati nell'ambito delle risorse complessive destinate al servizio civile universale previste a legislazione vigente e che l'articolo è corredato di clausola d'invarianza finanziaria, rispetto ad eventuali adempimenti aggiuntivi a carico delle PP.AA. che appaiono di portata limitata.

## CAPO IV

### COABITAZIONE SOLIDALE DOMICILIARE (*SENIOR COHOUSING*) E COABITAZIONE INTERGENERAZIONALE (*COHOUSING INTERGENERAZIONALE*)

#### Articolo 15

##### ***(Linee guida in materia di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale)***

Il comma 1 affida al Comitato interministeriale per le politiche in favore della persona anziana (CIPA), sentita la Cabina di regia per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, la predisposizione delle linee guida volte a definire le caratteristiche ed i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale (*cohousing intergenerazionale*), in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate. Per tale finalità, al CIPA partecipa il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti o un suo delegato.

Il comma 2 prevede che nell'attività di redazione delle linee guida possano essere invitati a partecipare ai lavori anche i rappresentanti di istituzioni pubbliche, di enti, di organismi o associazioni portatori di specifici interessi ed esperti in possesso di comprovate esperienza e competenza nell'ambito dei temi trattati.

Il comma 3 stabilisce che le forme di coabitazione di cui al comma 1 siano realizzate nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari, ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi, nonché ad iniziative e attività degli enti del terzo settore.

**La RT** afferma che la disposizione, avendo natura ordinamentale, non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, al fine di escludere oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, andrebbe assicurato che per la predisposizione delle linee guida il CIPA svolga tale attività nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e che nessun onere derivi dalla partecipazione ai lavori delle istituzioni pubbliche, degli enti, degli organismi o associazioni portatori di specifici interessi e degli esperti in materia.

## **Articolo 16**

### ***(Criteri e standard di realizzazione di progetti di coabitazione mediante rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito)***

Il comma 1 prevede che la promozione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale sia realizzata prioritariamente attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, attuati sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, secondo i seguenti criteri:

- a) mobilità e accessibilità sostenibili;
- b) ristrutturazione ed efficientamento energetico del patrimonio immobiliare pubblico e privato e di rigenerazione delle periferie urbane;
- c) protezione e tutela della dimensione culturale, ambientale e sociale dei beneficiari;
- d) soddisfacimento in autonomia dei bisogni primari dei beneficiari e di promozione della socialità;
- e) coerenza con altri interventi sul territorio già finanziati, aventi finalità analoghe o complementari.

Il comma 2 prevede che con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, entro centoventi giorni dalla data di approvazione delle linee guida di cui all'articolo 15, comma 1, siano individuati gli standard edilizi e costruttivi che le regioni e i comuni sono tenuti a rispettare nella selezione delle iniziative progettuali di cui all'articolo 17, comma 1, al fine di assicurare che i progetti ammessi a finanziamento garantiscano, oltre all'obiettivo minimo dell'ampliamento dell'offerta abitativa, anche i seguenti obiettivi:

- a) favorire l'accessibilità ad una rete di servizi, quali luoghi adibiti ad attività ricreative, ludico-culturali e sportive, scuole, supermercati e serviti dal trasporto pubblico locale, al fine di promuovere l'autosufficienza dei beneficiari;
- b) favorire l'accessibilità ai servizi-sanitari, anche nell'ottica di promuovere interventi di sanità preventiva a domicilio;
- c) prevedere servizi comuni aggiuntivi ideati per favorire la socialità e garantire l'assistenza medico-sanitaria;
- d) facilitare la mobilità dei beneficiari, anche agevolando la fruizione da parte degli stessi di spazi verdi e di luoghi di socializzazione.

**La RT** afferma che la norma non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e chiarisce che per ciò concerne in particolare l'attività del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti relativa all'individuazione degli standard edilizi e costruttivi, il medesimo e, in particolare, la competente Direzione generale (già Direzione generale per l'edilizia statale, le politiche abitative, la riqualificazione urbana e gli interventi speciali - 7<sup>a</sup> divisione), già svolge, nell'ambito delle proprie competenze, anche l'attività di cui trattasi che rappresenta una specificazione di una macro-attività che fa capo alla predetta Direzione generale.

**Al riguardo**, atteso il carattere ordinamentale della disposizione e i chiarimenti forniti dalla RT, non si hanno osservazioni da formulare.

### **Articolo 17** **(Progetti pilota sperimentali)**

Il comma 1 prevede che le regioni e i comuni, in coerenza con la pianificazione e la programmazione del territorio di rispettiva competenza, possano avviare azioni volte alla selezione di iniziative progettuali di coabitazione, anche sperimentali, con priorità per gli interventi di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito, tenuto conto di quanto realizzato dagli ambiti territoriali sociali (ATS) ammessi al finanziamento dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, a valere sulla Missione 5 - Inclusione e coesione, Componente 2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, del PNRR. Le iniziative progettuali sono selezionate tenendo conto della finalità di cui all'articolo 15 e delle linee guida ivi previste, nonché degli standard edilizi e costruttivi individuati ai sensi dell'articolo 16, comma 2. Gli interventi infrastrutturali compresi quelli prioritari di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito possono essere ricompresi nell'ambito degli Accordi per la coesione di cui all'articolo 1, comma 178, lettera d), della legge 30 dicembre 2020, n. 178.

Il comma 2 prevede che il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti possa avviare azioni volte a promuovere progetti pilota sperimentali a livello nazionale, anche attraverso modelli di partenariato pubblico-privato ai sensi dell'articolo 193 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, finalizzati a sperimentare programmi di rigenerazione o riuso associati a modelli di coabitazione di cui all'articolo 15, comma 1, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente. La selezione di eventuali progetti pilota nazionali avviene previa presentazione di manifestazioni di interesse da parte degli enti proponenti.

Il comma 3, ai fini della selezione dei progetti pilota, dispone che gli enti proponenti facciano riferimento, in via prioritaria e se coerenti con gli obiettivi perseguiti, agli immobili a destinazione pubblica, coerentemente con le linee guida contenute nel programma nazionale pluriennale di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico.

**La RT**, oltre a ribadire il contenuto della norma, in merito alla puntuale quantificazione degli oneri derivanti dall'attuazione dei progetti in esame, rappresenta che gli stessi dipenderanno dal tipo di progetto edilizio che l'ente territoriale ovvero l'amministrazione centrale intenderà promuovere, nonché dal modello di finanziamento che in concreto sarà prescelto (pubblico, pubblico-privato, privato con diritto di superficie pubblico).

Al riguardo, precisa che la disposizione in esame si concretizza in una facoltà del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti di promuovere progetti pilota sperimentali, il quale potrà attivare tale sperimentazione con gli strumenti ritenuti idonei al raggiungimento di tale scopo, quali ad esempio il ricorso al partenariato pubblico-privato ovvero mediante meccanismi di aggiudicazione delle risorse mediante procedure *ad hoc*; ciò, a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente.

Peraltro, la RT segnala che iniziative volte a sostenere il settore relativo alle politiche abitative sono state introdotte, da ultimo, nell'ambito della legge n. 213/2023 mediante l'istituzione, all'articolo 1, comma 284, del 'Fondo per il contrasto al disagio abitativo'.

Infine, la RT chiarisce che i progetti pilota sperimentali saranno attuati nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, atteso che la norma concede agli enti interessati la facoltà di avviare iniziative progettuali sperimentali o azioni volte a promuovere progetti pilota sperimentali, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, non si hanno osservazioni da formulare.

### **Articolo 18** **(Monitoraggio)**

La norma prevede che il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, al termine di ogni anno del periodo di sperimentazione di programmi di rigenerazione o riuso associati a modelli di coabitazione di cui all'articolo 17, comma 2, trasmetta alle Camere una relazione descrittiva degli interventi realizzati e dello stato di avanzamento dei medesimi, dando conto del livello di raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione del territorio, integrazione sociale e di sostegno alle fasce anziane e deboli della popolazione.

In caso di esito positivo dell'attività di monitoraggio, con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti sono determinate le modalità per la messa a regime dei progetti sperimentali di cui all'articolo 17, comma 2.

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

**La RT**, al fine di dimostrare l'invarianza finanziaria della disposizione, evidenzia che il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e, in particolare, la competente Direzione generale (già Direzione generale per l'edilizia statale, le politiche abitative, la riqualificazione urbana e gli interventi speciali - 7<sup>A</sup> divisione), deputata all'applicazione della disposizione in esame, svolgerà l'attività di cui trattasi con le risorse umane e strumentali disponibili. In particolare, trattasi di attività ricognitiva dell'operato della predetta Direzione generale nell'ambito della sperimentazione relativamente degli interventi realizzati e dello stato di avanzamento dei medesimi, dando conto del livello di raggiungimento degli obiettivi di riqualificazione del

territorio, integrazione sociale e di sostegno alle fasce anziane e deboli della popolazione.

**Al riguardo**, attesi i chiarimenti forniti dalla RT, non si hanno osservazioni da formulare.

## **CAPO V**

### **MISURE IN MATERIA DI ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA E DI FACILITAZIONE DIGITALE**

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

Il comma 1 prevede che, nell'ambito dell'attuazione della Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, Componente 1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA, Investimento 1.7. - Competenze digitali di base, Subinvestimento 1.7-2 - Rete di servizi di facilitazione, del PNRR, al fine di promuovere l'alfabetizzazione informatica delle persone anziane nonché di garantire alle stesse la piena partecipazione civile e sociale anche attraverso l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni, la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri competente in materia di innovazione tecnologica e trasformazione digitale promuova, fino al 31 dicembre 2026, d'intesa con le regioni, presso i punti di facilitazione digitale, attività di formazione delle competenze digitali delle persone anziane e di supporto delle stesse nell'utilizzo dei servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni. La struttura di cui al primo periodo, al fine di coordinare l'azione dei punti di facilitazione e garantire la coerenza di azione con le necessità di alfabetizzazione digitale delle persone anziane, adotta linee guida di indirizzo che definiscono gli obiettivi di alfabetizzazione digitale e i programmi per il supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie.

Il comma 2 dispone che all'attuazione del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate per l'attuazione dell'intervento relativo alla Missione 1, Componente 1, Investimento 1.7, Subinvestimento 1.7.2, del PNRR, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** puntualizza che l'investimento ha un valore complessivo pari a 135 milioni di euro, di cui 132 milioni destinati alle Regioni per la realizzazione dei 3.000 punti di facilitazione e 3 milioni di euro per i costi centrali di supporto del DTD (sistema di monitoraggio, formazione, *help desk*, supporto alle Regioni).

Atteso che la presente disposizione introduce una cornice normativa tesa a fornire un quadro regolatorio nazionale, anche con l'adozione di specifiche linee guida, al progetto PNRR che già prevede la realizzazione dei 3.000 punti di facilitazione, la disposizione non comporta nuovi oneri a carico della finanza pubblica.

**Al riguardo**, per i profili di quantificazione, pur trattandosi di interventi certamente modulabili entro un limite di risorse, le informazioni fornite dalla RT circa la realizzazione di 3.000 punti di facilitazione per un costo di 132 milioni di euro andrebbero integrate con indicazioni circa il metodo di quantificazione e i parametri e



le fonti utilizzate per determinare la stima. Le stesse considerazioni valgono per la stima di 3 milioni di euro per i costi centrali di supporto. In assenza di prospetto riepilogativo degli effetti finanziari, andrebbe inoltre fornita l'articolazione temporale in annualità delle spese previste ed evidenziato l'eventuale differente impatto tra i saldi della spesa.

Per i profili di copertura, non vi sono osservazioni da formulare, atteso che le risorse afferenti al PNRR per l'intervento in esame sono classificate come sovvenzioni e che la descrizione dell'obiettivo dell'intervento relativo alla Missione 1, Componente 1, Investimento 1.7, Subinvestimento 1.7.2. sembra includere anche l'attività di formazione digitale nel novero dell'oggetto del finanziamento, che quindi non dovrebbe essere limitato alla sola componente infrastrutturale.

## **Articolo 20**

### ***(Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale)***

Il comma 1 stabilisce che le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione, nell'ambito della propria autonomia, in coerenza con il PTOF, favoriscono la costruzione di percorsi formativi che promuovano nelle persone anziane l'acquisizione di conoscenze e di abilità sull'utilizzo di strumenti digitali.

Il comma 2 prevede che per le finalità di cui al comma 1, le istituzioni scolastiche possono realizzare un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (POTO) per consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione e di formazione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale volto ad introdurre le persone anziane all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.

Il comma 3 reca la clausola di invarianza prevedendo che all'attuazione del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** evidenzia che l'articolo si conforma ai criteri di delega contenuti nell'articolo 3, comma 2, lettera a), punto 7), della legge 23 marzo, n. 33, incentrati sulla "promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane", sempre con l'obiettivo di favorire l'invecchiamento attivo, l'autonomia delle persone fragili e la loro dignità.

Nello specifico, il comma 1 promuove l'acquisizione da parte delle persone anziane di una maggior dimestichezza con l'impiego delle nuove tecnologie, al fine di consentire loro di accedere autonomamente ai servizi e alle informazioni, favorendo così la loro partecipazione civile e sociale. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia scolastica e ferma restando la coerenza con il piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), si prevede che le scuole del secondo ciclo di istruzione promuovano la costruzione di percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento che aiutino le persone anziane ad acquisire confidenza nell'utilizzo di strumenti digitali.

Il comma 2 individua le modalità di svolgimento di detti percorsi. Nello specifico, si prevede la possibilità per le istituzioni scolastiche di realizzare un percorso per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO) volto a consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale per introdurre gli anziani all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali. Il percorso intende, in tal modo, costruire una relazione attiva tra studenti, nel ruolo di docenti, e persone anziane, nel ruolo di discenti.

**Al riguardo**, posto che il comma 2 prevede una mera facoltà per le istituzioni scolastiche, andrebbe confermato che anche la disposizione di cui al comma 1 sia da intendersi come facoltativa e non obbligatoria, in modo che possa essere realizzata da parte delle istituzioni scolastiche avvalendosi delle sole risorse già disponibili nei loro bilanci.

## **TITOLO II**

### **DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE, SANITARIA, SOCIOSANITARIA E PRESTAZIONE UNIVERSALE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

#### **CAPO I**

#### **RIORDINO, SEMPLIFICAZIONE E COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA SOCIALE, SANITARIA E SOCIOSANITARIA PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE UNIFICATA**

#### **Articolo 21**

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

Il comma 1 stabilisce che il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) è costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c). Al fine di garantire l'effettivo godimento del diritto all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti, attraverso l'accesso all'insieme dei servizi e delle prestazioni sociali e sanitarie, i soggetti che compongono lo SNAA operano in coerenza con le strategie raccomandate dall'OMS e con l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

Il comma 2 individua i soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA nelle amministrazioni centrali dello Stato competenti, nell'INPS, nelle regioni e province autonome, nelle ASL del SSN, nei comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS). La coerenza della programmazione si realizza mediante il concorso di ciascun livello dell'articolazione funzionale, in base alle rispettive competenze, agli strumenti e alle risorse finanziarie disponibili, secondo il seguente riparto:

a) a livello centrale, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023, che adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo,

l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;

b) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, i comuni singoli o associati in ATS e le aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma;

c) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.

Il comma 3 dispone che i soggetti di cui al comma 2, nell'ambito delle rispettive competenze, sono impegnati a garantire tra loro il massimo livello possibile di cooperazione amministrativa nel rispetto dei principi di leale collaborazione e di coordinamento tra Stato, regioni, province autonome e comuni nonché dei principi di sussidiarietà per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione e monitoraggio degli interventi posti in essere a favore della popolazione anziana non autosufficiente, garantendo la piena attuazione degli indirizzi generali elaborati dal CIPA ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettere, a), b), c) e d), della legge n. 33 del 2023.

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

Il comma 5 prevede che il CIPA, per l'esercizio della sua funzione di programmazione in materia di invecchiamento attivo, inclusione sociale e prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e di assistenza e cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, si avvalga delle risultanze delle attività di monitoraggio relative al complesso dei servizi e delle prestazioni erogate dai soggetti che compongono lo SNAA, al fine di promuovere, in raccordo con la Cabina di regia di cui all'articolo 1, comma 792, della legge n. 197 del 2022, una migliore armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) con i livelli essenziali di assistenza (LEA) e allocazione delle relative risorse, l'adozione di strumenti di pianificazione e di programmazione multisettoriali, l'organizzazione e realizzazione integrata degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti, nel rispetto delle prerogative del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli enti eroganti assistenza sociale nel rispetto delle competenze organizzative degli enti preposti, sia a livello regionale che locale.

Il comma 6 stabilisce che il CIPA, con le modalità previste dall'articolo 21, commi 6, lettera c) (ai sensi del quale la Rete della protezione e dell'inclusione sociale è responsabile dell'elaborazione di un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze), e 7 (ai sensi del quale il suddetto Piano, fra gli altri previsti in ambito socio-sanitario-assistenziale, individua lo sviluppo degli interventi a valere sulle risorse del fondo cui si riferisce nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale. A tal fine, il Piano individua le priorità di finanziamento, l'articolazione delle risorse tra le diverse linee di intervento, nonché i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a specificare le politiche finanziate e a determinare eventuali *target* quantitativi di riferimento) del decreto legislativo n. 147 del 2017, anche al fine dell'individuazione delle priorità di intervento per il successivo aggiornamento dei LEPS, adotta il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023, che costituisce parte integrante del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18 della legge n. 328 del 2000.

Il comma 7 dispone che le regioni e le province autonome elaborano i Piani regionali corrispondenti ai Piani nazionali di cui al comma 2, lettera a), e li trasmettono al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione dei LEPS. Sulla base dei dati di monitoraggio e della relativa valutazione, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali procede agli interventi di verifica e all'adozione, nel rispetto delle previsioni di legge, delle necessarie misure correttive.

Il comma 8 prevede che alla realizzazione della programmazione integrata concorrano le attività concernenti l'attuazione delle linee di intervento progettuale a valere sulla Missione 5 - Inclusione e coesione e sulla Missione 6 - Salute, unitamente a quelle concernenti la rigenerazione urbana e la mobilità accessibile e sostenibile, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

**La RT** afferma che l'articolo definisce il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA), delineandone altresì l'articolazione multilivello.

Lo SNAA si avvale di soggetti e competenze già esistenti e normati a livello centrale, regionale e locale, per i quali la norma in esame detta disposizioni di coordinamento.

Per quanto riguarda la realizzazione della programmazione integrata specifica che vi concorrono le attività concernenti l'attuazione delle linee di intervento progettuale a valere sulle missioni 5 e 6, unitamente a quelle concernenti la rigenerazione urbana e la mobilità accessibile e sostenibile, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del Governo italiano.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare, atteso che la disposizione non reca modifiche a profili inerenti alle prestazioni, ai soggetti e alle competenze già esistenti, prevedendo soltanto una maggiore programmazione integrata delle funzioni già svolte dalle PP.AA. coinvolte nell'assistenza all'anziano non autosufficiente.

## **Articolo 22**

### ***(Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali)***

Il comma 1 dispone che, in coerenza con quanto recato dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 68 del 2011 (che reca la disciplina generale dei livelli essenziali delle prestazioni e degli obiettivi di servizio, chiarendo che essa deve rispettare i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria), sono progressivamente individuate, nei limiti delle risorse disponibili, le modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e della progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) come sono quelli indicati dall'articolo 1, commi 162 e 163, della legge n. 234 del 2021, 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 (che disciplina il coordinamento dei servizi territoriali e la gestione associata dei servizi sociali).

Il comma 2 stabilisce che i LEPS od obiettivi di servizio di cui al comma 1 sono erogati dagli ATS nelle seguenti aree:

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

**La RT** rappresenta che il percorso di definizione delle modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e di progressiva attuazione dei LEPS come approntati dall'articolo 1, commi 162 e 163, della legge n. 234 del 2021, deve avvenire in coerenza con il percorso stabilito dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 68 del 2011 che prevede, tra l'altro, il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi

assunti dall'Italia in sede comunitaria, nonché costi e fabbisogni standard e metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti.

Inoltre, con la legge n. 234 del 2021 (articolo 1, comma 168) il Fondo per le non autosufficienze (FNA), di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006 è stato ulteriormente incrementato per un importo pari a 250 milioni di euro per il 2024 e a 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2025.

Giova precisare che per le annualità di bilancio 2022/2024, le risorse del Fondo per le non autosufficienze (cap. 3538) sino al 31 dicembre 2024 risultano già ripartite ed impegnate nei confronti delle regioni e Ambiti sociali territoriali e finalizzate all'attuazione della programmazione del nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza. Pertanto, un finanziamento appositamente dedicato alla implementazione dei LEPS, seppur graduale e progressiva, in linea con il piano citato, non potrà partire che dal 2025.

Ciò premesso, la dotazione del Fondo per l'annualità 2025 ammonta complessivamente a 914.185.000 euro, dai quali debbono essere sottratti:

- 50 milioni di euro destinati all'assunzione del personale sociale per il funzionamento dei Punti unici di accesso;
- 14,64 milioni destinati ai progetti di Vita indipendente;
- 75 milioni di euro che verranno utilizzati per il primo anno della sperimentazione della Prestazione universale di cui all'articolo 5, comma 2, lett. q), n. 1, della legge n. 33 del 2023.

Al netto, pertanto, delle misure appena indicate l'ammontare del Fondo per le persone anziane non autosufficienti e per le persone con disabilità risulta essere pari a 774.545.000 euro. Considerando che la previsione di stima delle risorse necessarie per l'attivazione di servizi/prestazioni in favore delle persone con disabilità è stata effettuata prendendo a riferimento i dati storici presenti nel SIOSS e relativa alla programmazione realizzata dalle regioni, pari a 296.340.917 euro, la quantificazione delle risorse che possono essere destinate alle misure di cui all'articolo 22 è determinabile in 478.204.083 euro.

Per l'annualità 2026 la dotazione del Fondo risulta essere pari a 961 milioni di euro. A tale somma debbono essere sottratte le medesime somme già indicate per il 2025.

Al netto, pertanto, delle misure appena indicate l'ammontare del Fondo per le persone anziane non autosufficienti e per le persone con disabilità risulta essere pari a 821.360.000 euro. Considerando che la previsione di stima delle risorse necessarie per l'attivazione di servizi/prestazioni in favore delle persone con disabilità, effettuata prendendo a riferimento i dati storici presenti nel SIOSS e relativa alla programmazione realizzata dalle regioni, pari a 314.252.336 euro, la quantificazione delle risorse che possono essere destinate alle misure di cui all'articolo 22 è determinabile in 507.107.664 euro.

Per l'esercizio finanziario 2027 e per i seguenti, la dotazione del Fondo risulta essere pari a 961 milioni di euro. Considerata la conclusione del periodo di

sperimentazione della Prestazione unica, al netto delle risorse destinate ai progetti di Vita Indipendente (14.640.000 euro) e al personale PUA (50.000.000 euro), residuano 896.360.000 euro. Tali risorse dovranno essere destinate quanto a 342.947.336 euro per gli interventi a favore delle persone con disabilità e i restanti 553.412.664 euro per la graduale e progressiva attuazione dei LEPS di cui all'articolo 1, commi 162 e 163, della legge di bilancio n. 234 del 2021.

Si riporta di seguito uno schema di sintesi, che ricapitola quanto finora esposto:

anno	Fondo per la non autosufficienza	Risorse destinate ai PUA	Risorse per la Vita indipendente	Risorse destinate alla Prestazione Universale	Risorse destinate alle persone con disabilità	Risorse destinabili alle misure di cui all'art 22
2025	914.185.000,00	50.000.000,006	14.640 000,006	75.000.000,006	296.340.917,006	478.204.083,006
2026	961.000.000,00	50.000.000,006	14 640.000,006	75.000.000,006	314.252.336,006	507.107.664,006
2027	961.000.000,00	50.000.000,006	14.640.000,006	6	342.947.336,006	553.412.664,00 6

Inoltre, fa presente che la materia *de qua* rientra tra quelle che l'articolo 117 Cost. attribuisce alla competenza esclusiva degli enti locali. I LEPS, introdotti in misura graduale e progressiva con la legge n. 234 del 2021, concorrono a definire la cornice, parzialmente anche finanziaria, degli interventi socioassistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, con ciò consentendo allo Stato un intervento volto alla omogeneizzazione (anch'essa graduale e progressiva) dell'offerta di servizi su tutto il territorio nazionale ma senza che ciò violi i principi di responsabilità e autonomia delle regioni medesime.

L'osservazione della RGS relativa alla percentuale di risorse da attribuire alla platea delle persone con disabilità e alle persone anziane non autosufficienti, indicate nella RT della legge n. 33 del 2023 in misura differente rispetto alla presente RT, scaturisce dalle circostanze di seguito illustrate. Gli uffici del Ministro per le disabilità, in fase di redazione della RT al decreto attuativo della legge n. 227 del 2021, si sono verosimilmente attestati sulle stime fornite lo scorso anno dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in occasione della RT afferente alla legge n. 33. In questa occasione, come concordato in sede di coordinamento a Palazzo Chigi, il Ministero del lavoro si è impegnato ad aggiornare la stima sulla base dell'aggiornamento dei dati in proprio possesso relativamente agli orientamenti delle regioni in sede di loro programmazione del FNA.

**Al riguardo**, premesso che l'articolo prevede la progressiva determinazione degli obiettivi di servizio e la progressiva attuazione dei LEPS nelle aree individuate dal comma 2 senza indicare le fonti di finanziamento ma solo che tale attuazione progressiva avviene nei limiti delle risorse disponibili, si osserva che la RT fa riferimento al Fondo per le non autosufficienze per la realizzazione dell'articolo fornendo indicazioni circa le relative disponibilità finanziarie. Tuttavia, mentre il Fondo citato fa riferimento all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni

assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti (cfr. co.1264 l. 296/2006), le aree individuate dal comma 2 attengono anche a persone anziane con altre caratteristiche, in particolare con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione. Andrebbero quindi fornite indicazioni circa le risorse disponibili per l'attuazione progressiva dei LEPS e degli obiettivi di servizio anche nei confronti di tali categorie di persone.

Inoltre, pur prevedendosi un'attuazione progressiva e quindi modulabile entro le risorse disponibili, andrebbero fornite maggiori informazioni circa il procedimento di quantificazione, posto che non vengono indicati gli obiettivi di servizio che concretamente si prevedono di realizzare e si afferma soltanto che la previsione di stima è stata effettuata prendendo a riferimento i dati storici e la programmazione realizzata dalle regioni.

Infine, si rileva che la discrasia prospettata nell'ultimo paragrafo della RT, in ordine alla quale la stessa RT dà conto delle motivazioni che l'avrebbero determinata, non appare di agevole individuazione. Preso atto dei chiarimenti forniti dalla RT e dell'attuazione progressiva dei LEPS nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, non vi sono comunque osservazioni da formulare.

### **Articolo 23**

#### ***(Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali)***

Il comma 1 demanda ad un decreto interministeriale la definizione del sistema di monitoraggio e dei relativi criteri, nonché degli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché degli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, in coerenza a quanto indicato nella legge delega n. 33 del 2023, articolo 4, comma 2 lettera e).

Il comma 2 prevede che con cadenza triennale il Ministero del lavoro e delle politiche sociali effettui una verifica, sulla base delle attività di monitoraggio specificamente previste e disciplinate per ciascuno dei settori considerati, del grado di adeguatezza dei LEPS.

Il comma 3, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lettere l) e n), della legge n. 33 del 2023, al fine di agevolare l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 (ai sensi del quale il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità»), dispone che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, l'INPS, le regioni e le province autonome, i comuni e gli ATS favoriscono l'interoperabilità dei propri sistemi, nel rispetto delle linee guida sull'interoperabilità tecnica delle pubbliche amministrazioni adottate dall'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) e delle linee guida definite dall'Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD). Con il decreto di cui al comma 1, sono definite le modalità attuative per la messa a disposizione di sistemi informativi e gestionali allo scopo di agevolare le attività di presa in carico e di trasmissione obbligatoria alle banche dati del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS), di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 147 del 2017, delle informazioni concernenti le ulteriori prestazioni e i servizi erogati a livello locale ai soggetti destinatari dei servizi e delle prestazioni di cui al presente decreto, anche ai fini della verifica della sussistenza dei requisiti di cui alle norme attuative dell'articolo 5 della legge n. 33 del 2023 (recante delega al Governo in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità

dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti), nonché della progressiva attuazione dei LEPS, per garantire l'effettiva erogazione ai cittadini aventi diritto.

Il comma 4, al fine di garantire l'attuazione del presente articolo, stabilisce che si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 198, della legge n. 213 del 2023 (ai sensi del quale, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, le regioni monitorano e rendicontano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali gli interventi programmati e realizzati a valere sulle risorse ad esse trasferite. Le regioni rilevano altresì annualmente, per ciascun ambito territoriale sociale, ai fini del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio secondo le previsioni definite dalla relativa programmazione nazionale e regionale).

**La RT** precisa che il SIUSS, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 147 del 2017, è già realizzato e gestito dall'INPS per la componente sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali e dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali per la componente SIOSS che consente, tra l'altro, il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse di competenza della Direzione generale per la lotta alla povertà e la programmazione sociale per la gestione informatizzata delle risorse afferenti al Fondo nazionale per la non autosufficienza - che contribuiscono all'attuazione dei LEPS - e al Fondo per le politiche sociali. L'utilizzo di tale sistema è a invarianza della spesa proprio perché già in uso rientrando nelle spese di manutenzione ordinaria ed evolutiva i cui costi sono già stati finanziati.

Relativamente al finanziamento dell'articolo 23, per quanto di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e con particolare riferimento alla realizzazione dell'interoperabilità tra i sistemi informatici, la RT segnala che non si prevedono ulteriori oneri a carico della finanza pubblica in quanto si favorirà l'interoperabilità tra i sistemi attualmente in uso. Con riferimento all'interoperabilità delle banche dati si segnala che al comma 3 è stato utilizzato il termine "favoriscono" proprio per sottolineare che la soluzione tecnica suggerita sarà eventualmente implementata nell'ambito dei vigenti programmi di sviluppo dei sistemi informativi. Per completezza di informazioni segnala che nell'ambito delle iniziative previste dal PNRR sono in via di realizzazione progettualità volte a favorire l'interoperabilità tra sistemi in ambito sociale. In particolare, fa riferimento al progetto "*Welfare As a Services*" e alla piattaforma digitale nazionale dati. Ad ogni buon conto, potranno poi essere utilizzate ulteriori risorse nell'ambito della riprogrammazione del PNRR con riferimento alla Missione 5 Componente 2 per l'attivazione di ulteriori programmi volti allo sviluppo dell'interoperabilità tra le piattaforme informatiche.

**Al riguardo**, si rileva che il comma 1 prevede un'attività di monitoraggio e di definizione dei relativi criteri e indicatori specifici di attuazione e interventi sostitutivi, per il quale andrebbe assicurata la sostenibilità a carico delle risorse disponibili.

In relazione all'interoperabilità dei sistemi informativi prevista dal comma 3, alla luce dei chiarimenti forniti dalla RT e della natura modulabile e di contenuto impatto



amministrativo delle attività richiamate dalla presente disposizione e poste a carico delle PP.AA. coinvolte, non si hanno rilievi da formulare.

## **Articolo 24** **(Funzioni degli ambiti territoriali sociali)**

Il comma 1 dispone che gli ambiti territoriali sociali (ATS) provvedono a garantire, sulla base degli indirizzi forniti dallo SNAA e della programmazione regionale, lo svolgimento omogeneo di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti e dimoranti presso i comuni che costituiscono l'ATS e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, Componente 2, Riforma 1.2, del PNRR (riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti – con risorse classificate come sovvenzioni) e in raccordo con quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge n. 311 del 2004, e della Missione 6, Componente 1, Riforma 1, del PNRR (riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima – con risorse classificate come prestiti).

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

Il comma 3 attribuisce agli ATS le seguenti funzioni:

- a) coordinamento e *governance* del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- b) pianificazione e programmazione degli interventi in base ad una analisi dei bisogni;
- c) erogazione degli interventi e dei servizi;
- d) gestione del personale nelle diverse forme associative adottate.

Il comma 4 dispone che gli ATS e i distretti sanitari, nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, sulla base di quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023 provvedono ad individuare modalità semplificate di accesso agli interventi sanitari, sociali e sociosanitari attraverso i punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021.

Il comma 5 stabilisce che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede ad adottare entro 120 giorni e aggiornare periodicamente, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 161, della legge n. 234 del 2021 (che appunto prevede la definizione delle linee guida per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 che disciplinano i livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS), linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione dei LEPS nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente.

**La RT**, dopo averla sintetizzata, afferma che la disposizione mira a declinare specificamente le funzioni che l'ATS già svolge in ambito sociale provvedendo ad elencarle in quanto significative per dettagliare le attività necessarie al fine di garantire i servizi sociali alle famiglie ed in particolare alla platea di riferimento. Precisa poi che il comma 1 fa riferimento al contenuto delle linee guida di cui all'articolo 1, comma

161, della legge n. 234 del 2021, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare, attesa la natura sostanzialmente ricognitiva della disposizione, che infatti non introduce specifici adempimenti a carico degli ATS, né individua prestazioni da garantire ai soggetti residenti o regolarmente soggiornanti presso i comuni che costituiscono l'ATS.

## **Articolo 25**

### ***(Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale)***

Il comma 1, in coerenza con le indicazioni dell'articolo 3, comma 2, lettera a), numero 2 e dell'articolo 4, comma 2, lettera f), della legge n. 33 del 2023 e in coerenza con le raccomandazioni di cui alla Guida per lo sviluppo dei programmi nazionali per città e comunità amichevoli per la vecchiaia – *National programmes for age-friendly cities and communities. A guide* e con il Piano di azione globale sulle risposte di salute pubblica alla demenza 2017-2025 - *Global action plan on dementia* dell'OMS, con il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (PEI sull'AHA) dell'Unione europea e con il Piano di azione 2021-2030 per la vecchiaia in salute - «*Decade of Healthy Aging: Plan for Action 2021-2030* dell'ONU, prevede la promozione dell'implementazione di servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo al tempo stesso la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità, nonché per promuovere la domiciliarità delle cure e dell'assistenza.

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

Il comma 3 dispone che, ai fini dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari di cui al presente decreto, l'insieme dei servizi di comunità e prossimità di cui al comma 2 concorre all'integrazione e attuazione dei LEPS con i LEA. A queste finalità possono concorrere gli enti del terzo settore, anche con le modalità previste dagli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione di cui agli articoli da 55 a 57 del codice del terzo settore, di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017, e dalle linee guida approvate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021, pubblicato nel sito istituzionale del medesimo Ministero.

Il comma 4 stabilisce che la logica di rete e di sussidiarietà orizzontale richiamata al comma 1 è orientata alla persona ed è basata sull'integrazione delle varie risposte disponibili e sulla loro modulazione nel tempo secondo gli obiettivi definiti nel Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) di cui all'articolo 1, comma 1, lettera d) della legge n. 33 del 2023, in un *continuum* di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni della persona anziana e del contesto di vita familiare e relazionale.

Il comma 5 prevede che i servizi di comunità e prossimità rispondano nel loro insieme ai molteplici profili della non autosufficienza attraverso le diverse strutture che operano in rete e in un efficace sistema di relazioni funzionali volte a garantire la continuità delle informazioni e delle risposte ai

bisogni di cura delle persone, con priorità alla permanenza delle persone al proprio domicilio e nella propria comunità.

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

**La RT** afferma che il presente articolo definisce la rete dei servizi territoriali per il contrasto dell'isolamento delle persone anziane non autosufficienti nell'ambito dei servizi di comunità, i modelli di rete e la sussidiarietà orizzontale.

La norma detta disposizioni di coordinamento e di integrazione fra le attività dei vari soggetti istituzionali che già operano sul territorio, per le quali non si riscontrano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Il comma 6, inoltre, prevede una clausola di invarianza finanziaria.

**Al riguardo**, si osserva che, anche se non vengono indicati nuovi servizi e prestazioni da garantire, gli obiettivi di coordinamento, integrazione, operatività in rete delle strutture esistenti nel settore dei servizi agli anziani sembrano teoricamente suscettibili di determinare l'impegno di risorse umane e finanziarie, per quanto verosimilmente di entità limitata, per cui sarebbe auspicabile l'acquisizione di elementi a supporto della sostenibilità della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 6.

## **Articolo 26**

### ***(Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali)***

Il comma 1, al fine di garantire la realizzazione integrata dei LEPS e LEA per le attività socio-sanitarie e sociali, in conformità con quanto previsto dall'articolo 21, comma 2, lettere b) e c), dispone che gli ATS e le aziende sanitarie e i distretti sanitari, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base della programmazione regionale integrata e in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023, e dal DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, Supplemento ordinario n. 15, provvedono a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi, secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 (ai sensi del quale il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità»), in coerenza con i principi di cui alla legge n. 833 del 1978, al decreto legislativo n. 502 del 1992 e alla legge n. 328 del 2000.

**La RT** afferma che l'articolo detta disposizioni in materia di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Si tratta, pertanto, di una *governance* dell'intero sistema di assistenza più razionale e che sistematizza quanto già previsto dalla vigente legislazione. Le attività declinate nel presente articolo si realizzano ad invarianza della

spesa in quanto ciascuna delle due componenti, sociale e sanitaria, provvede oggi e provvederà per il futuro con le risorse già disponibili a legislazione vigente atteso che ognuno dei soggetti interessati, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base (in particolare per quanto riguarda la salute) del DPCM 12 gennaio 2017, provvede a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni e degli interventi assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi. Non vi sono quindi funzioni ulteriori per i soggetti se non un grado di coordinazione e collaborazione che afferisce ai profili organizzativi e non genera quindi impatti sulla spesa.

**Al riguardo**, anche alla luce dei chiarimenti forniti dalla RT, non vi sono rilievi da formulare.

### **Articolo 27** ***(Valutazione multidimensionale unificata)***

Il comma 1 dispone che il SSN, gli ambiti territoriali sociali e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano alla persona anziana, avente i requisiti previsti dal comma 2, l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto, alle leggi n. 104 del 1992, n. 118 del 1971 (norme in favore dei mutilati ed invalidi civili), n. 18 del 1980, e di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3 (separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori in materia di disabilità), e lettera b) (recante i criteri per l'accertamento della disabilità e la revisione dei suoi processi valutativi di base), della legge n. 227 del 2021, nonché l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i punti unici di accesso (PUA) che hanno la sede operativa presso le articolazioni del SSN denominate «Case della comunità».

Il comma 2 assicura l'accesso ai servizi di cui al comma 1 e ai correlati processi valutativi di pertinenza dei PUA alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

- a) persona affetta da almeno una patologia cronica;
- b) persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

Il comma 3 prevede che, ai fini di cui al comma 1, i criteri di priorità per l'accesso ai servizi del PUA siano indicati nel decreto di cui al comma 7, ivi ricomprendendovi, tra gli altri, la qualità di persona grande anziana e la presenza di più di una patologia cronica.

Il comma 4 dispone che la valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del SSN, che indirizza l'interessato al PUA. Nel caso in cui il medico di cui al primo periodo valuti la non sussistenza dei presupposti dei requisiti di cui al comma 2, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della legge n. 227 del 2021, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della predetta legge, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.

Il comma 5 stabilisce che i PUA siano organizzati in conformità a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, avvalendosi anche di *equipe* operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN. I PUA coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale unificata (UVM) di cui fanno parte soggetti in possesso di idonea formazione professionale, appartenenti al SSN e agli ATS, secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

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

Il comma 7 demanda ad un decreto interministeriale la definizione dei criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, della composizione e delle modalità di funzionamento delle UVM, dello strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge n. 24 del 2017, informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché delle eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021.

Il comma 8 stabilisce che lo strumento della valutazione multidimensionale unificata di cui al comma 7 e le sue modalità di funzionamento sono implementati attraverso iniziative formative integrate tra l'istituto superiore di sanità e la componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale.

Il comma 9 dispone che, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, quando non sussistono i presupposti di cui ai commi 10 e 11, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria.

Il comma 10 dispone che quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, viene esclusa la condizione di non autosufficienza ed è rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge n. 227 del 2021, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Nella valutazione di cui al primo periodo, l'UVM tiene conto anche, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 3, della legge n. 227 e degli indicatori sintetici di cui al comma 11, all'uopo elaborati. Restano ferme le funzioni e le competenze dell'INPS di cui all'articolo 20, commi 2, primo periodo (ai sensi del quale l'INPS accerta altresì la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità) e 4 (ai sensi del quale sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità), del decreto-legge n. 78 del 2009.

Il comma 11 stabilisce che quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale, trasmesso all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza, contenente le risultanze della valutazione, relative

anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge n. 227, e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

- a) graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;
- b) supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo 34.

Il comma 12 prevede che quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, emergono fabbisogni di cura e assistenza, possa procedersi alla redazione del progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI).

Il comma 13 dispone che, al fine di garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale, le UVM, quando provvedono alla valutazione multidimensionale unificata finalizzata a definire il PAI, si avvalgono, secondo quanto disposto anche con il decreto di cui al comma 7, di:

- a) un professionista di area sociale degli ATS, operante nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 797, della legge n. 178 del 2020 (che prevede contributi statali per l'assunzione di assistenti sociali al fine di raggiungere determinati rapporti numerici fra assistenti e popolazione residente);
- b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.

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

Il comma 15 dispone che il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei *caregiver* e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza, nonché, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a contratto - con comuni, ATS e distretti sociosanitari, secondo le normative di riferimento regionale, nei sistemi di cura e assistenza territoriali e che siano chiamati ad operare nel PAI condiviso con persone e famiglie anche tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata. Nel caso di persone con compromissione cognitiva e demenza è valutata la capacità ad esprimere il consenso alla partecipazione al PAI e alle decisioni che ne conseguono.

Il comma 16 stabilisce che nel PAI, che contiene gli obiettivi di cura, vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte, fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, lettera s), numeri 1 e 2, della legge n. 33 del 2023 (che riconoscono il diritto ad accedere a servizi e attività specifici per la condizione di disabilità, alla continuità assistenziale all'ingresso nell'età anziana, ad accedere agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane, autosufficienti e non). Quando necessario, il PAI comprende anche il Piano di riabilitazione individuale (PRI) secondo le indicazioni dell'articolo 34 del DPCM 12 gennaio 2017 e delle Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, adottate con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, e del decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022.

Il comma 17 prevede che all'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente e dal suo rappresentante, siano individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione, ivi inclusi gli enti del terzo settore e i soggetti che compongono la rete dei servizi di cui all'articolo 25.

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

a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai LEA;

b) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 210, della legge n. 213 del 2023, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera f) (ovvero per interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare), per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei *caregiver* degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

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

**La RT** afferma che l'articolo reca disposizioni in materia di valutazione multidimensionale unificata. L'articolo reca norme sui Punti unici di accesso (PUA) e sulla Valutazione multidimensionale, prevedendo che i PUA si avvalgano di *equipe* multidisciplinari integrate, composte da personale appartenente al SSN e agli ATS.

Tali *equipe* provvedono ad individuare il *budget* di cura e assistenza con i Piani di assistenza integrata.

Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

**Al riguardo**, andrebbe fornita espressa conferma del fatto che l'articolazione delle strutture e delle funzioni delineata dal presente articolo, finalizzata alla valutazione multidimensionale unificata, all'elaborazione del progetto individualizzato di assistenza integrata-PAI (eventualmente comprensivo del Piano Riabilitativo Individuale-PRI), al miglior orientamento del soggetto istante per contattare le strutture competenti e ricevere le prestazioni alle quali avrebbe diritto e all'attuazione del medesimo Piano individuale – sulla base del *budget* di cura e assistenza -, non determini nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica perlomeno in una prima fase, per le significative esigenze di riorganizzazione e coordinamento che sembrano emergere dal dispositivo. A regime, viceversa, un'attività amministrativa e sanitaria maggiormente integrata potrebbe offrire margini per risparmi di spesa e recuperi di efficienza.

In relazione al comma 5 andrebbero forniti chiarimenti circa il trattamento economico delle *equipe* operanti presso strutture del SSN e destinate ad essere utilizzate nell'ambito dei PUA, non potendosi escludere, in assenza di indicazioni normative, la necessità di risorse finanziarie aggiuntive per poter usufruire della collaborazione dei professionisti in questione.

In generale, sarebbe auspicabile acquisire rassicurazioni circa la sostenibilità dell'attuazione del presente articolo ad invarianza d'oneri, con un'illustrazione dettagliata delle stime di costi, degli eventuali risparmi derivanti da recuperi di efficienza (evitando ad esempio duplicazioni, personalizzando maggiormente le prestazioni, limitando effetti collaterali derivanti da scelte non condivise da tutti i soggetti coinvolti nella cura e nell'assistenza ecc.) e delle correlate risorse per i diversi enti pubblici coinvolti.

## **Articolo 28**

### ***(Attività dei punti unici di accesso e piattaforma digitale)***

Il comma 1 dispone che, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 26, gli ATS e i distretti sanitari nell'esercizio delle rispettive competenze e funzioni, mediante accordi di collaborazione, sulla base degli atti di programmazione di livello regionale e locale, provvedono ad individuare modalità semplificate di accesso agli interventi e ai servizi sanitari e sociali assicurando l'attuazione della *governance* integrata e garantendo il funzionamento efficiente ed efficace delle *equipe* integrate in attuazione dei principi e criteri appositamente declinati, in coerenza con il decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022 e con le indicazioni del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 2023.

Il comma 2 stabilisce che le attività dei PUA si svolgono in collaborazione con la Centrale operativa 116117, sede del numero europeo armonizzato a valenza sociale (NEA) per le cure mediche non urgenti, con il servizio di emergenza urgenza, con le Centrali operative territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna regione e provincia autonoma. Al fine di garantire la piena attuazione del diritto di accesso ai servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti è assicurato il coordinamento con le funzioni di Segretariato sociale di cui all'articolo 22, comma 4, lettera a), della legge n. 328 del 2000 con le modalità operative mediante accordi di collaborazione nell'ambito dei progetti regionali relativi al numero europeo armonizzato 116117.

Il comma 3, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera a), numero 3), e lettera b), della legge n. 227 del 2021 (ovvero la separazione dei percorsi valutativi previsti per le persone anziane da quelli previsti per gli adulti e da quelli previsti per i minori), stabilisce che la valutazione multidimensionale unificata concorre agli obiettivi di semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione, e la conseguente certificazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, e anche al fine di ridurre le duplicazioni, contenere i costi e gli oneri amministrativi, e facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie direttamente correlate alla condizione di non autosufficienza, attraverso processi e modalità appropriati e sostenibili. I risultati del processo di certificazione del bisogno determinano, previo accordo con le regioni e le province autonome, l'attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi e delle comunicazioni necessarie - anche attraverso il sistema di interoperabilità - alle amministrazioni competenti e al cittadino, senza richiedere a quest'ultimo ulteriori adempimenti. La valutazione multidimensionale unificata rappresenta la base informativa facilitante per i processi valutativi di competenza delle diverse amministrazioni, riducendo la necessità dei cittadini di produrre ulteriore documentazione e



permettendo ai professionisti del sistema di raccogliere le sole informazioni aggiuntive specifiche necessarie per la progettazione del PAI e la valutazione di eleggibilità ai servizi.

Il comma 4 istituisce, al fine di promuovere la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27, scientificamente validato, informatizzato e digitale, i cui risultati sono resi disponibili su piattaforme interoperabili secondo le indicazioni di cui all'articolo 2, comma 2, lettera 1) (rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi degli enti e delle amministrazioni), e all'articolo 2, comma 3, lettera c) (promozione dell'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale e adozione di un sistema di monitoraggio nazionale), della legge n. 33 del 2023. Tale strumento è finalizzato a garantire agli operatori della UVM la disponibilità della documentazione sanitaria e sociosanitaria della persona anziana non autosufficiente funzionale alla progettazione e al monitoraggio del percorso di cura e di assistenza, in linea con gli standard tecnologici definiti dalla vigente disciplina in materia di telemedicina e fascicolo sanitario elettronico, attraverso la condivisione delle seguenti informazioni:

- a) relative alla documentazione sanitaria per l'accesso del PUA;
- b) contenute nel fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- c) relative alla posizione del cittadino nella piattaforma INPS;
- d) relative alle eventuali cartelle sociali presso gli enti locali secondo quanto previsto dall'articolo 23, comma 3.

Il comma 5, al fine di dare attuazione al principio della programmazione integrata dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla persona anziana non autosufficiente, demanda ad un decreto interministeriale la definizione delle modalità di condivisione delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché della raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del procedimento stesso. Con il medesimo decreto sono definite le modalità di raccolta dei dati per la predisposizione di una apposita relazione annuale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute.

Il comma 6 stabilisce che all'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il comma 7 dispone che, nelle more della piena attuazione delle procedure previste dall'articolo 27 e dal presente articolo, e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2025, continuano ad applicarsi le norme e le procedure vigenti per l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto e alle leggi n. 104 del 1992 (legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), n. 118 del 1971 (recante norme in favore dei mutilati ed invalidi civili) e n. 18 del 1980 (indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili).

**La RT** chiarisce che il presente articolo, in continuità con l'articolo 27 e in coerenza con quanto previsto all'articolo 26 in materia di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, richiama l'attività dei PUA nel perimetro della disciplina di cui al D.M. n. 77 del 2022, con specifico riferimento alla VMU della persona anziana non autosufficiente espletata dall'Unità di valutazione attraverso uno strumento unico scientificamente validato, informatizzato e che condivide le informazioni presenti presso il PUA, nel FSE, nella piattaforma INPS e nelle cartelle sociali presso gli enti locali.

Per l'attuazione delle previsioni si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente essendo esplicitamente specificato nel testo normativo che l'azione degli ATS e dei distretti sanitari avviene comunque

nell'ambito delle rispettive competenze e funzioni, mediante accordi di collaborazione, e garantendo il funzionamento efficiente ed efficace delle *equipe* integrate in coerenza con il decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022 e con le indicazioni del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a) della legge n. 33 del 2023. In particolare per gli aspetti sanitari, la norma esplicita che l'azione integrata avviene in coerenza con le previsioni del decreto MDS n. 77/2022, che individua i modelli e gli *standard* per l'assistenza sanitaria territoriale già debitamente finanziata dal fabbisogno sanitario nazionale *standard*.

**Al riguardo**, andrebbero fornite rassicurazioni – anche mediante elementi quantitativi a supporto, perlomeno in linea di massima – circa l'effettiva sostenibilità della clausola d'invarianza finanziaria di cui al comma 6 rispetto alla collaborazione istituzionale dei Punti unici di accesso (PUA) di cui al comma 2 con le strutture indicate nel medesimo comma, nonché all'interoperabilità dei sistemi informativi e delle banche dati di cui al comma 5 nell'ottica dell'acquisizione delle informazioni elencate al comma 4 e finalizzate alla valutazione multidimensionale unificata e alla gestione complessiva del percorso socio-sanitario-assistenziale del cittadino anziano.

## **Articolo 29**

### ***(Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)***

Il comma 1 dispone che gli ATS, le aziende sanitarie e i distretti, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal PAI finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate di cui all'articolo 22 del DPCM del 12 gennaio 2017 (definizione e aggiornamento dei LEA nell'ambito delle cure domiciliari) rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità (ADI), integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD) ed entro i limiti di quanto previsto dall'articolo 1, comma 162, lettere a) e b), della legge n. 234 del 2021, tramite le attività di cui alla lettera c) del medesimo comma 162.

Il comma 2 chiarisce che le cure domiciliari di base e integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato, come indicato dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, la cui implementazione è stata ulteriormente rafforzata ai sensi dell'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023 (che ha incrementato di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del SSN, la spesa massima autorizzata ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato). Il monitoraggio delle prestazioni di cure domiciliari e integrate relative agli interventi sanitari e sociosanitari è effettuato tramite il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del SIUSS, di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 147 del 2017, per gli interventi sanitari e sociosanitari erogati da operatori del SSN nell'ambito dell'assistenza domiciliare e tramite le informazioni e i dati derivanti

dall'integrazione dei flussi del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute con il SIUSS del Ministero del lavoro e politiche sociali. L'assistenza domiciliare sociale rappresenta, ai sensi del Piano nazionale per la non autosufficienza, un servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura socioassistenziale.

Il comma 3 prevede che con il decreto di cui all'articolo 27, comma 7, siano, altresì, definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura, in coerenza con la normativa vigente e con la «Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari di base e integrate, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge n. 178 del 2020», approvata con l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 4 agosto 2021, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Il comma 4 demanda alle leggi regionali, nel rispetto delle linee di indirizzo di cui al comma 3 e delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a) e b), della legge n. 234 del 2021, la conseguente definizione delle procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.

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

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

**La RT**, dopo aver sintetizzato il contenuto dell'articolo, afferma che i menzionati ADI, SAD, SIAD e SIUSS sono servizi già previsti a legislazione vigente, il cui coordinamento all'interno del PAI non comporta oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

La RT precisa poi che il servizio di assistenza domiciliare integrata si inserisce nell'alveo del Sub-investimento PNRR M6C111.2.1 - Casa come primo luogo di cura (ADI), che ha ricevuto un finanziamento aggiuntivo pari a 250 milioni di euro per la presa in carico in ADI di almeno 42.000 pazienti rilevabili nel 2026, considerando un costo standard annuo stimato per assistito dal DM 23 gennaio 2023 pari a 1.977,94 euro, a seguito della rimodulazione approvata dalla CE con delibera del Consiglio 8 dicembre 2023, nell'ambito dell'attuazione del DM 77/2022, la cui implementazione è stata ulteriormente rafforzata ai sensi dell'articolo 1, comma 244, della legge n. 213 del 2023.

L'effettivo numero dei pazienti fruitori dei servizi di cui al presente articolo potrà essere oggetto di monitoraggio mediante il Sistema Informativo per il monitoraggio

dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS).

Specifica, per completezza, che i servizi di assistenza domiciliare richiamati al presente articolo sono già inclusi nell'ambito dei LEA, come enucleati dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 (definizione e aggiornamento dei LEA nell'ambito delle cure domiciliari).

Infine, in riferimento alle attività domiciliari assistenziali di telesoccorso e teleassistenza specifica che gli investimenti infrastrutturali e sistemici (*hardware* e *software*) all'uopo necessari sono garantiti dai fondi PNRR, Missione 6, Componente 1, sub-investimento 1.2.3. "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, successivamente modificato con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 23 novembre 2021. Segnala che i summenzionati fondi sono stati oggetto di finanziamento aggiuntivo in conseguenza alla rimodulazione PNRR della Missione 6 Salute approvata dal Consiglio dell'Unione Europea in data 8 dicembre 2023. Sottolinea, in particolare, che di tali fondi aggiuntivi il Ministero della salute prevede di stanziare un massimo di 150 milioni di euro complessivi per il biennio 2024-2025, da allocarsi mediante decreto di ripartizione tra le Regioni e le Province Autonome, finalizzati all'approvvigionamento tecnologico di *medical devices* (ad es. apparecchiature portatili, sensori indossabili, *medical station* di telemonitoraggio, *pc/tablet* per televisita, ecc.) da utilizzarsi prevalentemente nell'alveo delle attività diagnostiche domiciliari preventiva (di cui all'articolo 9) e nei percorsi di assistenza domiciliare integrata sul paziente non autosufficiente (di cui al presente articolo).

**Al riguardo**, nel complesso le disposizioni hanno una valenza sostanzialmente ricognitiva delle prestazioni e del riparto di attribuzioni fra servizi già esistenti ed operanti, introducendo elementi di maggiore integrazione e coordinamento verosimilmente gestibili senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Pur riconoscendo il carattere meramente indicativo e non precettivo della precisazione della RT circa i pazienti che possono essere presi in carico nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata in virtù del finanziamento aggiuntivo di 250 milioni di euro, nell'alveo del Sub-investimento PNRR M6C111.2.1 - Casa come primo luogo di cura (ADI), si osserva che, sulla base del costo standard annuo stimato – pari a quasi 2.000 euro -, il numero di 42.000 pazienti rilevabili nel 2026 appare coerente con un'attività assistenziale che sia prevista svilupparsi lungo l'intero triennio di riferimento, pur in assenza di indicazioni in tal senso nella RT. Si chiede conferma della correttezza di tale ipotesi.

Inoltre, ove si intendesse proseguire ad erogare tali servizi anche oltre il 2026, sia con riferimento all'investimento "Casa come primo luogo di cura (ADI)" sia con riferimento alla telemedicina, andrebbero evidenziati i presumibili costi di gestione e le risorse utilizzabili per tali scopi.

Posto poi che i fondi inerenti alla Missione 6, Componente 1, sub-investimento 1.2.1. “Casa come primo luogo di cura”, sono classificati come prestiti andrebbero anche in questo caso approfonditi gli aspetti contabili attinenti all’impatto sui saldi di finanza pubblica.

Nulla da osservare sul comma 6, atteso che esso si limita a valorizzare, nell’ambito dei processi per l’integrazione degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l’adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, gli interventi di natura abitativa e di rigenerazione urbana già previsti nel PNRR.

### **Articolo 30**

#### ***(Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali)***

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

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

Il comma 3 dispone che i servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l’offerta di interventi di integrazione e animazione rivolti a persone anziane anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura, al fine di favorire la socializzazione e le relazioni interpersonali e di contrastare l’isolamento sociale e il processo degenerativo fisico e cognitivo. Le strutture di cui al presente articolo non sono ricomprese nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui agli articoli 29 (assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario) e 30 (assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti) del DPCM 12 gennaio 2017.

Il comma 4 stabilisce che agli interventi di cui al presente articolo si provvede a valere sulle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all’articolo 20 della legge n. 328 del 2000.

**La RT** puntualizza che il presente articolo disciplina i servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali, ai cui oneri il Ministero del lavoro e delle politiche sociali concorre - trattandosi di ambito di competenza prettamente regionale - a valere sulle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali previsto dall’articolo 20 della legge n. 328 del 2000 (FNPS).

**Al riguardo**, atteso che il Fondo nazionale per le politiche sociali (iscritto sul capitolo 3671 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali) presenta risorse pari a quasi 391 milioni di euro annui per il triennio 2024-2026, finalizzate ad interventi che presentano rilevanti margini di modulabilità, che ad

esso dovrebbero attingere le stesse regioni fra le quali tali risorse vengono ripartite con decreto interministeriale<sup>8</sup> e che le strutture e le attività contemplate nel presente articolo non si discostano da quelle già esistenti e che si caratterizzano per ampi margini di modulabilità in termini realizzativi, andrebbe solo confermata l'attuazione delle disposizioni in esame a valere sulle risorse a l.v. disponibili presso il Fondo, senza pregiudicare interventi già avviati o programmati.

### **Articolo 31** ***(Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)***

Il comma 1 prevede che, nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale unificata, sia definito il PAI in coerenza con 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. Il SSN garantisce alle persone anziane non autosufficienti i trattamenti che richiedono tutela sanitaria, lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale, riorientamento in ambiente protesico secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa di cui all'articolo 30 del DPCM 12 gennaio 2017.

Il comma 2 stabilisce che il SSN 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 DPCM 12 gennaio 2017.

Il comma 3 dispone che 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.

Il comma 4 prevede che le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, sulla base dell'accordo contrattuale con il SSN, assicurino 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 n. 33 del 2023.

Il comma 5 dispone che i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari di cui ai commi 1 e 2 promuovono, in funzione della numerosità degli anziani assistiti e delle loro specifiche esigenze, la qualità degli ambienti di vita, in modo da renderli amichevoli, familiari e sicuri, nel rispetto della riservatezza e del decoro, tenuto conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali individuali.

Il comma 6 permette che, nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo n. 502 del 1992, le strutture residenziali sociosanitarie siano dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale 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 e si raccorda con le Case della comunità operanti presso il distretto di riferimento.

Il comma 7 demanda ad un decreto ministeriale l'individuazione e l'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di

---

<sup>8</sup> V., ad esempio, quello relativo al 2021, consultabile al seguente link: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DI-22102021-Riparto-FNPS.pdf>

cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992. 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 n. 81 del 2015;

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 n. 118 del 2022.

**La RT** afferma che l'articolo disciplina i Servizi residenziali sociosanitari, ribadendo che il SSN garantisce alle persone anziane non autosufficienti i trattamenti sanitari e riabilitativi secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, ivi ricomprendendo le regole di compartecipazione disciplinate dal citato DPCM.

**Al riguardo**, si osserva che, pur restando teoricamente invariate le prestazioni socio-sanitarie-assistenziali da garantire all'anziano non autosufficiente o con disabilità psico-sensoriale, la loro integrazione in progetti individuali *ad hoc* potrebbe presentare profili onerosi, correlati, da un lato, alla fase di elaborazione di tali progetti (con necessità di coordinamento degli operatori coinvolti) e, dall'altro, alla maggiore probabilità che le prestazioni rese e i servizi offerti siano in concreto più completi di quanto si verifichi attualmente, in assenza di una gestione unitaria del percorso assistenziale o riabilitativo. Un chiarimento andrebbe fornito sia sul punto che sulla disposizione di cui al comma 4 che prevede il potenziamento progressivo delle azioni da parte delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, nell'ambito delle risorse disponibili, senza però che la RT fornisca indicazioni circa le concrete, possibili modalità attuative di tale potenziamento.

Anche il comma 7, pur rinviando ad un decreto ministeriale, potrebbe nella sua attuazione determinare maggiori oneri per la finanza pubblica, atteso che prevede la definizione di requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario, che potrebbero implicare la necessità di interventi strutturali ed organizzativi volti al conseguimento di tali ulteriori requisiti.

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

Il comma 1 garantisce, in conformità a quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010 e dal DPCM 12 gennaio 2017, l'accesso alle cure palliative per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale diritto si esercita tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 e del 25 marzo 2021 per la rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica, che articolano l'erogazione delle prestazioni assistenziali nei diversi *setting* assistenziali, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022.

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

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

Il comma 3 prevede che le persone anziane fragili, non autosufficienti, in condizioni croniche complesse e avanzate o che sviluppino traiettorie di malattie ad evoluzione sfavorevole, ricevano nell'ambito delle strutture della rete di cure palliative azioni coordinate e integrate guidate dalla pianificazione condivisa delle cure, che coinvolgono il malato e la famiglia o le varie figure di rappresentatività legale.

Il comma 4 consente che a favore della persona anziana affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta sia realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'*equipe* sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità, ai sensi della legge n. 219 del 2017 (recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento").

**La RT** assicura che le attività menzionate nel presente articolo si svolgono nell'ambito delle risorse stanziare in virtù della legge n. 38 del 2010, che all'articolo 12, comma 2, come modificato dall'articolo 1, comma 245, della legge n. 213 del 2023, prevede che per la realizzazione delle finalità ivi previste il CIPE, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996, vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su proposta del Ministro della salute. A decorrere dall'anno 2024, l'importo di cui al primo periodo è incrementato di 10 milioni di euro annui.

**Al riguardo**, non vi sono osservazioni da formulare, atteso che le risorse finalizzate agli interventi in esame non sono incrementate e che l'articolo si limita a delineare l'articolazione e il funzionamento delle strutture demandate a fornire cure palliative ai soggetti anziani affetti da patologie croniche od evolutive a prognosi sfavorevole, senza innovare sostanzialmente la normativa vigente.



### **Articolo 33**

#### ***(Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità)***

Il comma 1 prevede che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 27, comma 10, le persone anziane che non sono state dichiarate non autosufficienti possano presentare istanza per l'accertamento della condizione di disabilità ai sensi del decreto legislativo attuativo della legge n. 227 del 2021, per accedere ai relativi benefici.

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

Il comma 3 consente alle medesime persone di cui al comma 2 di accedere, su richiesta, anche ad interventi e prestazioni previsti per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. In tale caso viene direttamente redatto il PAI che integra il progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge n. 227, se già esistente, e si predispose il *budget* di cura e di assistenza, in coerenza con il *budget* del progetto di vita, ove già predisposto.

**La RT** afferma che l'articolo conferma il principio di continuità degli interventi per le persone con disabilità divenute anziane.

La norma ha carattere ordinamentale e non comporta oneri a carico della finanza pubblica in quanto ha la finalità di consentire alle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana, il riconoscimento del diritto: 1) ad accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità; 2) ad accedere inoltre, su richiesta, agli interventi e alle prestazioni specificamente previsti per le persone anziane e le persone anziane non autosufficienti, senza necessità di richiedere l'attivazione di un nuovo percorso di accertamento della non autosufficienza e, se già esistente, della valutazione multidimensionale, attraverso la redazione del PAI che integra il progetto individuale previsto dalla legge n. 227 del 2021.

**Al riguardo**, pur richiamando l'articolo disposizioni esistenti, in relazione alle quali sono già previste prestazioni da fornire a soggetti disabili ma autosufficienti, potendo pertanto considerarlo meramente ricognitivo della situazione attuale, perlomeno rispetto ai commi 1 e 2, si osserva che un chiarimento andrebbe fornito sulla portata del comma 3. Infatti, tale comma suggerisce l'integrazione con prestazioni aggiuntive, destinate specificamente all'anziano non autosufficiente, rispetto a quelle finora offerte al soggetto disabile nell'ambito del progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge n. 227 del 2021. La portata innovativa di tale disposizione andrebbe pertanto approfondita.

**CAPO II**  
**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PRESTAZIONE UNIVERSALE, AGEVOLAZIONI**  
**CONTRIBUTIVE, FISCALI E CAREGIVER FAMILIARI**

**Articolo 34**  
***(Prestazione universale)***

Il comma 1 istituisce, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, una prestazione universale, subordinata allo specifico bisogno assistenziale al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

Il comma 2 dispone che l'INPS provvede all'individuazione dello stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, dei soggetti anziani di cui all'articolo 35, comma 1, sulla base delle informazioni sanitarie a disposizione nei propri archivi e delle indicazioni fornite dalla commissione di cui al comma 3, anche con le modalità di cui all'articolo 29-ter del decreto legge n. 76 del 2020 (in materia di semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'*handicap*).

Il comma 3 prevede la nomina, da effettuarsi con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di una commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, tenuto conto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 26 settembre 2016. Ai componenti della commissione di cui al primo periodo non è riconosciuto alcun emolumento, compenso, gettone di presenza o indennità comunque denominata.

Il comma 4 demanda ad uno o più decreti interministeriali la definizione delle modalità attuative e operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca, nonché delle connesse attività preparatorie e organizzative, anche a carattere informativo, da espletarsi entro il 31 dicembre 2024. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** si limita a ribadire il contenuto dell'articolo, precisando che dall'attuazione del comma 4 non devono derivare nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica, in quanto l'INPS provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste dalla normativa vigente.

**Al riguardo**, posto che è prevista una clausola di invarianza, andrebbero forniti elementi a supporto della sostenibilità degli adempimenti previsti anche con l'indicazione delle risorse disponibili, in particolare per l'INPS e per la commissione tecnico-scientifica.

Si rinvia alle osservazioni formulate in relazione all'articolo 36 per quanto attiene alla prestazione di cui al comma 1.

**Articolo 35**  
***(Beneficiari e opzione)***

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

- a) un'età anagrafica di almeno 80 anni;
- b) un livello di bisogno assistenziale gravissimo, come definito ai sensi dell'articolo 34, commi 2 e 3;
- c) un valore dell'ISEE per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n. 159, in corso di validità, non superiore a 6.000 euro;
- d) titolarità dell'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1, primo comma, della legge n. 18 del 1980, ovvero possesso dei requisiti per il riconoscimento del suddetto beneficio.

Il comma 2 dispone che le persone anziane non autosufficienti di cui al comma 1 possono richiedere la prestazione universale in modalità telematica all'INPS, secondo le relative modalità attuative e operative fissate dal decreto di cui all'articolo 34, comma 4. La richiesta può essere presentata anche presso gli istituti di patronato. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al secondo periodo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. L'INPS procede alla verifica dei requisiti di cui al comma 1, nel rispetto dei limiti di spesa di cui all'articolo 36, comma 6.

Il comma 3 stabilisce che l'opzione di cui al comma 2, a domanda, può essere revocata in qualsiasi momento, con conseguente ripristino dell'indennità di accompagnamento e delle ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge n. 234 del 2021 (contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, riconosciuti, a livello territoriale, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza), per i soggetti già titolari delle stesse prima dell'opzione.

**La RT** ribadisce il contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, si rinvia all'analisi svolta in relazione all'articolo 36.

### **Articolo 36** ***(Oggetto del beneficio)***

Il comma 1 stabilisce che la prestazione universale di cui all'articolo 34 è erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, previa individuazione dello specifico bisogno assistenziale gravissimo, definito ai sensi dell'articolo 34, commi 2 e 3.

Il comma 2 prevede che la prestazione universale, esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento, sia erogata su base mensile e sia composta da:

- a) una quota fissa monetaria corrispondente all'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1 della legge n. 18 del 1980;
- b) una quota integrativa definita «assegno di assistenza», pari a 850 euro mensili, finalizzata a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo n. 81 del 2015, o l'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e fogniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale.

Il comma 3 dispone l'applicazione, sull'importo della quota fissa monetaria di cui al comma 2, lettera a), dell'articolo 1, terzo comma, della legge n.18 del 1980 (che esclude il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento nel caso in cui la persona anziana risieda in strutture a totale carico pubblico).

Il comma 4 prevede che la prestazione universale di cui al comma 1, quando fruita, assorba l'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 del 1980 e le ulteriori prestazioni di cui all'articolo 1, comma 164, della legge n. 234 del 2021.

Il comma 5 dispone che, quando accerta che la quota integrativa di cui al comma 2, lettera b), non è stata utilizzata, in tutto o in parte, per la stipula di rapporti di lavoro o per l'acquisto di servizi ivi previsti, l'INPS procede alla revoca della sola quota integrativa definita «assegno di assistenza» e il beneficiario è tenuto alla restituzione di quanto indebitamente ricevuto, fermo restando il diritto della persona anziana non autosufficiente a continuare a percepire l'indennità di accompagnamento, in presenza dei presupposti di legge.

Il comma 6 riconosce la prestazione universale disciplinata ai sensi del presente Capo a domanda. L'«assegno di assistenza» di cui al comma 2, lettera b), è riconosciuto nel limite massimo di spesa di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 250 milioni di euro per l'anno 2026. L'INPS provvede al monitoraggio della relativa spesa, informando con cadenza periodica il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, del numero di domande rispetto alle risorse finanziarie di cui al primo periodo, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si provvederà a rideterminare l'importo mensile della quota integrativa di cui alla lettera b) del comma 2.

Il comma 7 dispone che alle attività amministrative derivanti dall'attuazione dal presente articolo, l'INPS provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

**La RT**, dopo aver illustrato l'articolo, afferma che, sulla base del numero dei beneficiari annui di indennità di accompagnamento con età almeno pari a 80 anni pari a circa 1,085 milioni e sulla base delle ipotesi che il numero dei beneficiari con bisogno assistenziale gravissimo sia riferito a circa il 23% di essi, stima un numero di potenziali beneficiari pari a circa 250.000. Sulla base poi delle basi tecniche rilevabili dalla prestazione dell'*home care premium* gestito dall'INPS la RT stima che di essi circa il 10% abbia un ISEE sanitario inferiore a 6.000 euro. Pertanto il numero di potenziali beneficiari della prestazione è pari a circa 25 mila, cui corrisponde una spesa per prestazione monetaria che viene finanziata dalla corrispondente mancata erogazione dell'indennità di accompagnamento, e una spesa per servizi pari a 250 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2025 e 2026.

**Al riguardo**, va evidenziato che l'onere è configurato in termini di tetto di spesa, assistito dal meccanismo di monitoraggio con previsione di una eventuale rimodulazione dell'importo della quota integrativa in presenza di uno scostamento, anche in via prospettica, della spesa rispetto al limite stesso. Si osserva che, sulla base dei dati forniti dalla RT, l'onere dovrebbe essere leggermente più elevato, attestandosi su 255 milioni di euro annui e quindi, sulla base del meccanismo citato, l'importo mensile andrebbe rimodulato a circa 833 euro mensili.

In ordine ai parametri presentati dalla RT, si ritiene condivisibile il dato di circa 1.085.000 percettori ultra80enni di indennità di accompagnamento, atteso che nel 2022 la platea complessiva dei beneficiari si attestava sui 2.205.375 soggetti<sup>9</sup> e che da uno studio relativo al 2018<sup>10</sup> (sia pur non istituzionale), recante la ripartizione dei beneficiari per fasce di età, emerge che il 35% di loro aveva almeno 85 anni e il 25%

---

<sup>9</sup> V. [Rendiconto sociale INPS](#), anno 2022, pagina 89.

<sup>10</sup> Consultabile al seguente [link](#).

circa fra i 75 e gli 84 anni, per cui appare plausibile la percentuale di ultra80enni sul totale ipotizzata dalla RT, pari al 49% circa. Si chiede invece un chiarimento circa l'origine della percentuale del 23% (nell'ambito dei percettori di indennità di accompagnamento ultra80enni) che avrebbe un bisogno assistenziale gravissimo, atteso che, da un lato, tale valore sembra l'effetto di una valutazione precisa e che, dall'altro, le norme dello schema in esame non definiscono lo stato di bisogno gravissimo rinviando ad un provvedimento dell'INPS (cfr. art. 34).

In relazione all'individuazione della platea, nell'ambito dei 250.000 soggetti così individuati, con ISEE sanitario inferiore a 6.000 euro, la RT utilizza i dati relativi agli anziani che ricorrono all'*home premium care*, ovvero al servizio di assistenza domiciliare per persone non autosufficienti, che permette l'acquisizione di un contributo economico e di servizi di assistenza alla persona. L'ammontare del contributo appena citato si presenta molto diversificato sulla base del valore dell'ISEE e del grado di disabilità, risultando compreso fra un massimo di 1.380 euro mensili (disabili gravissimi, fascia I, con ISEE fino a 8.000 euro) e un minimo di 50 euro mensili (disabili medi, fascia I, con ISEE oltre 40.000 euro)<sup>11</sup>. Ciò potrebbe aver determinato una maggior propensione a presentare la domanda da parte dei soggetti con ISEE più basso e quindi la percentuale ipotizzata dalla RT, pari al 10%, potrebbe anche essere sovrastimata.

Nel complesso, comunque, fermo restando quanto osservato in premessa in merito all'esistenza del tetto di spesa, la quantificazione operata dalla RT sembra congrua.

### **Articolo 37**

#### ***(Riconoscimento delle agevolazioni contributive e fiscali)***

Il comma 1, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, lettera a), numero 2, della legge n. 33 del 2023, ricomprende nelle disposizioni dirette a favorire il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro, cura e assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti le agevolazioni fiscali e contributive previste dalle seguenti disposizioni:

a) l'articolo 10, comma 2, terzo periodo, del TUIR, di cui al DPR n. 917 del 1986, di seguito TUIR, che riconosce la deducibilità dal reddito complessivo, fino all'importo di 1.549,37 euro, dei contributi previdenziali e assistenziali versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare;

b) l'articolo 15, comma 1, lettera *i-septies*), del TUIR che riconosce, a favore dei contribuenti con reddito complessivo non superiore a 40.000 euro, la detraibilità del 19% delle spese, per un importo non superiore a 2.100 euro, sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;

c) l'articolo 51, comma 2, lettera *f-ter*), del TUIR che stabilisce che non concorrono a formare il reddito del lavoratore dipendente le somme e le prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti a carico;

d) l'articolo 51, comma 2, lettera *f-quater*), del TUIR che prevede che non concorrono a formare il reddito del lavoratore dipendente i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche assicurative, aventi per

---

<sup>11</sup> V. Bando *Home Care premium* 2022-2025, pagine 13-14, consultabile al seguente [link](#)

oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie.

**La RT** evidenzia che l'articolo ha carattere ricognitivo della disciplina vigente in tema di agevolazioni contributive e fiscali e non determina nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Al riguardo**, nulla da osservare.

### **Articolo 38**

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

Il comma 1, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, lettera b), della legge n. 33 del 2023, e allo scopo di concorrere alla definizione degli *standard* formativi degli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane non autosufficienti, senza la previsione di requisiti di accesso per l'esercizio della professione stessa, stabilisce che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero dell'istruzione e del merito e il Ministero dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adottano, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi, alle quali le regioni possono fare riferimento, nell'ambito della propria autonomia, per il raggiungimento di *standard* formativi uniformi su tutto il territorio nazionale, finalizzati all'acquisizione della predetta qualificazione professionale. Nelle linee guida, tenuto conto della contrattazione collettiva nazionale di settore, sono individuate e definite le competenze degli assistenti familiari e i riferimenti per l'individuazione e la validazione delle competenze pregresse.

Il comma 2, al fine di concorrere alla riqualificazione del lavoro di cura, con intese stipulate dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale che hanno sottoscritto i contratti collettivi nazionali di lavoro, stabilisce che possono essere previsti percorsi di formazione, anche mediante gli enti bilaterali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), del decreto legislativo n. 276 del 2003, in possesso dell'accreditamento regionale alla formazione.

Il comma 3 dispone che le regioni, al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 162, lettera c), della legge n. 234 del 2021 (ai sensi del quale gli ATS erogano servizi socio-assistenziali per il supporto delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti), e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, istituiscono appositi registri regionali di assistente familiare, che contengono i nominativi di coloro che sono in possesso di una qualificazione regionale di assistente familiare rilasciata ai sensi delle linee guida di cui al comma 1, così come anche di ulteriori titoli di studio e di formazione attinenti all'ambito professionale, e sottoscrivono, altresì, appositi accordi di collaborazione interistituzionale tra centri per l'impiego (CPI) e ATS, con la finalità di favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari.

Il comma 4, al fine di potenziare e riqualificare l'offerta professionale dei servizi di assistenza familiare per le persone anziane non autosufficienti, prevede che le regioni promuovano, attraverso i propri enti accreditati, corsi di formazione professionale per acquisire la qualificazione di assistente familiare, rivolti anche alla platea dei destinatari dell'Assegno di inclusione e del Supporto per la formazione e il lavoro di cui al decreto-legge n. 48 del 2023.

Il comma 5 impone che dall'attuazione del presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** afferma che dal comma 3 non derivano nuovi o maggiori oneri, considerato il moderato impatto gestionale per le regioni delle attività correlate all'istituzione e gestione dei registri ivi indicati, ribadendo infine la sussistenza della clausola di invarianza finanziaria di cui al comma 5.

**Al riguardo**, sul comma 3, preso atto del chiarimento fornito dalla RT circa il limitato impatto gestionale dell'istituzione dei registri di assistente familiare, si osserva che la medesima norma prevede anche la sottoscrizione di accordi di collaborazione tra centri per l'impiego e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), con la finalità di favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari. Anche su tale attività andrebbe acquisita conferma della realizzabilità a valere delle risorse disponibili a legislazione vigente.

L'effettiva sostenibilità della clausola d'invarianza finanziaria andrebbe valutata anche in relazione alla previsione di cui al comma 4, che prevede la promozione, da parte delle regioni, attraverso i propri enti accreditati, di corsi di formazione professionale per l'acquisizione di assistente familiare, atteso che tali corsi sono rivolti anche alla platea dei destinatari dell'Assegno di inclusione e del Supporto per la formazione e il lavoro, il che suggerisce che – perlomeno per tali soggetti – i relativi oneri saranno posti a carico, in ultima istanza, delle PP.AA. promotrici.

### **Articolo 39** **(Caregiver familiari)**

Il comma 1, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, lettera c), della legge n. 33 del 2023, al fine di sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei *caregiver* familiari, individuati nei soggetti di cui all'articolo 1, comma 255, della legge n. 205 del 2017 (ovvero coloro che assistono e si prendono cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in alcuni specifici casi, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata o sia titolare di indennità di accompagnamento), nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, riconosce il valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità.

Il comma 2 precisa che il *caregiver* familiare, in relazione ai bisogni della persona assistita, si prende cura e assiste la persona nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali. Si rapporta con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato.

Il comma 3 stabilisce che il ruolo e le attività del *caregiver* familiare ed i sostegni necessari per il *caregiver* a fronte di tale attività sono definiti in apposita sezione dei PAI di cui all'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge n. 33 del 2023, tenuto conto anche dell'esito della valutazione dello stress e

degli specifici bisogni, degli obiettivi e degli interventi a sostegno del *caregiver* stesso, nonché di quelli degli altri eventuali componenti del nucleo familiare, con particolare riferimento alla presenza di figli minori di età.

Il comma 4 consente al *caregiver* familiare di partecipare alla valutazione multidimensionale unificata della persona anziana non autosufficiente, nonché all'elaborazione del PAI e all'individuazione del budget di cura e di assistenza, anche ai sensi dell'articolo 21 del DPCM 12 gennaio 2017 (che prevede percorsi assistenziali integrati), e di quanto previsto dal Piano d'indirizzo per la riabilitazione adottato con Accordo in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011. Nel PAI si individuano l'apporto volontario ed informale del *caregiver* familiare per l'attuazione degli interventi nonché i relativi supporti, anche ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 328 del 2000 (che prevede progetti individuali per le persone disabili), e dell'articolo 1, commi 163 (ai sensi del quale il SSN e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità») e 164 (ai sensi del quale gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale), della legge n. 234 del 2021.

Il comma 5 prevede che, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dai commi 1, 2, 3 e 4, le regioni programmino e individuino 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, all'interno delle unità di valutazione multidimensionale unificate di cui all'articolo 4, comma 2, lettera 1), numero 2, della legge n. 33 del 2023.

Il comma 6 stabilisce che i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito oppure del suo rappresentante legale e nel rispetto delle norme in materia di trattamento e protezione dei dati personali, forniscono al *caregiver* familiare le informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.

Il comma 7 dispone che le regioni e le province autonome valorizzano l'esperienza e le competenze maturate dal *caregiver* familiare nell'attività di assistenza e cura, al fine di favorire l'accesso o il reinserimento lavorativo dello stesso al termine di tale attività.

Il comma 8 consente il riconoscimento al *caregiver* familiare della formazione e dell'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).

Il comma 9, in attuazione dell'articolo 5, comma 2, lettera c), numero 2), della legge n. 33 del 2023, al fine di riconoscere e valorizzare l'esperienza maturata dallo studente *caregiver* familiare, prevede che le istituzioni scolastiche del secondo ciclo, nell'ambito della loro autonomia, possano individuare, all'interno del Piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), i criteri e le modalità per promuovere specifiche iniziative formative coerenti con l'attività di cura del familiare adulto fragile, anche attraverso i percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO) e con il coinvolgimento delle associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiari, ai fini della valorizzazione delle competenze acquisite durante l'attività di cura e assistenza.

Il comma 10 dispone che, per le finalità di cui al comma 9, i Centri provinciali di istruzione per gli adulti (CPIA), nell'ambito della loro autonomia, possono individuare i criteri e le modalità, nelle



attività finalizzate al riconoscimento dei crediti, per valorizzare l'esperienza maturata dagli adulti *caregiver* familiari.

Il comma 11, al fine di assicurare la partecipazione delle rappresentanze dei *caregiver* familiari nelle programmazioni sociali nazionali, stabilisce che la Rete di cui all'articolo 21 del decreto legislativo n. 147 del 2017 (Rete della protezione e dell'inclusione sociale), nella definizione dei piani nazionali di cui al comma 6 del medesimo articolo, consulta le associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiari per l'individuazione degli specifici bisogni da soddisfare e degli interventi a tal fine necessari, individuando le modalità di realizzazione degli stessi e l'allocazione delle risorse disponibili.

Il comma 12 dispone che le regioni prevedono i criteri di individuazione delle associazioni maggiormente rappresentative dei *caregiver* familiare a livello regionale, nonché le modalità di partecipazione delle stesse ai piani regionali sociali, sociosanitari e sanitari relativamente agli aspetti di loro interesse. Le regioni, nel fornire direttive per la definizione delle programmazioni locali, sociali, sociosanitarie e sanitarie, individuano anche le forme di consultazione e partecipazione delle associazioni rappresentative dei *caregiver* del territorio di riferimento.

Il comma 13 impone che dall'attuazione del presente articolo non derivino nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

**La RT** nulla aggiunge al contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, in generale le disposizioni in esame non sembrano suscettibili di determinare oneri finanziari diretti, né aggravii di adempimenti tali da rendere difficoltosa l'attuazione dell'articolo nel rispetto della clausola d'invarianza finanziaria, e va notato che una parte dei compiti previsti dalle norme è configurata come mera possibilità.

Tuttavia, un approfondimento sarebbe utile sul comma 5, che prevede misure di sostegno e sollievo ai *caregiver* familiari, e sul comma 7, che prevede la valorizzazione dell'esperienza e delle competenze maturate dal *caregiver* familiare al fine di favorire l'accesso o il reinserimento lavorativo. Su tali aspetti andrebbero chiarite le risorse disponibili da parte delle regioni per realizzare le finalità citate.

## **Articolo 40**

### ***(Ambito di applicazione del titolo II)***

Il comma 1 stabilisce che le disposizioni di cui al titolo II, fermo rimanendo quanto previsto dagli articoli 34, 35 e 36, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni.

**La RT** ribadisce il contenuto dell'articolo.

**Al riguardo**, nulla da osservare, trattandosi di disposizione limitativa della platea teoricamente qualificabile come anziana (età maggiore di 65 anni).

## **Articolo 41** **(Disposizioni finanziarie)**

Il comma 1 provvede alla copertura degli oneri derivanti dall'articolo 36, comma 2, lettera b), pari a 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 250 milioni di euro per l'anno 2026:

a) quanto a 75 milioni di euro per l'anno 2025 e 75 milioni di euro per l'anno 2026 mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006;

b) quanto a 125 milioni di euro per l'anno 2025 e 125 milioni di euro per l'anno 2026 a valere sul Programma nazionale «Inclusione e lotta alla povertà» 2021-2027, nel rispetto delle procedure e criteri di ammissibilità previsti dal Programma medesimo;

c) quanto a 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 50 milioni di euro per l'anno 2026 a valere sulle disponibilità della Missione 5 del PNRR.

**La RT** assicura che il Fondo per le non autosufficienze presenta la necessaria disponibilità. Nulla aggiunge in merito alla copertura di cui alla lettera b), mentre, per quanto attiene alle risorse della missione 5 del PNRR, afferma che il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, in qualità di amministrazione responsabile per gli interventi in questione, assicura la coerenza degli interventi ammessi a finanziamento con gli obiettivi specifici della citata missione ai fini del soddisfacente conseguimento degli stessi e il corretto utilizzo delle relative risorse anche in funzione della rendicontazione all'Unione europea.

**Al riguardo**, preso atto dei chiarimenti forniti dalla RT in ordine alla lettera c), verificata l'effettiva disponibilità delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze (iscritto sul capitolo 3538 dello stato di previsione del Ministero del lavoro, con una dotazione annua di circa 914 milioni di euro per il 2025 e di 961 milioni per il 2026), si chiede conferma che l'utilizzo di 75 milioni di euro per ciascuno dei due anni a valere sulle risorse in questione non pregiudichi interventi già avviati o programmati a valere su tale linea di finanziamento.

Infine, per quanto attiene ai 125 milioni di euro per il 2025 e per il 2026 a valere sul Programma nazionale «Inclusione e lotta alla povertà» 2021-2027, rilevato che l'intervento in esame appare in effetti rientrare nell'ambito degli obiettivi perseguiti con tale programma che mira, fra le altre cose, “a mantenere e rafforzare le azioni volte a intercettare *target* specifici di destinatari, in particolare [...] persone con disabilità o non autosufficienti”<sup>12</sup>, che tale programma dispone, nel complesso (finanziamento UE e cofinanziamento nazionale), di oltre 4 miliardi di euro, e che le spese prospettabili sulla base delle indicazioni del Pon-inclusione<sup>13</sup> appaiono anch'esse generalmente di natura corrente come quelle così coperte, non vi sono rilievi da formulare.

---

<sup>12</sup> <https://poninclusione.lavoro.gov.it/Notizie/Pagine/Approvato-nuovo-PN-Inclusione-e-lotta-alla-poverta-2021-2027#:~:text=La%20Commissione%20Europea%20ha%20approvato,del%20nostro%20stile%20di%20vita.>

<sup>13</sup> <https://poninclusione.lavoro.gov.it/PN-2021-2027/Pagine/default>

Comunque, andrebbe fornito il prospetto riepilogativo degli effetti finanziari sui saldi, in modo da verificare che non siano alterati i profili di spesa già scontati sulle risorse utilizzate a copertura.