



**Considerazioni generali sullo schema di decreto legislativo in materia di politiche
in favore delle persone anziane (Atto di governo 121)**

Audizione del 15 febbraio 2024

Lo schema di decreto legislativo, che rimanda alla legge delega 33/2023, appare nel complesso condivisibile nelle finalità, in quanto, anche alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione residente, non è più possibile rinviare il rafforzamento delle misure a sostegno delle persone anziane, anche attraverso l'ottimizzazione dell'esistente e la valorizzazione delle migliori pratiche raccolte negli anni.

In questo senso, il provvedimento può rappresentare un salto di qualità, pure culturale, nella gestione delle problematiche, comprese quelle legate alla tenuta del potere d'acquisto dei redditi delle persone anziane, cosa si riflette sulla qualità stessa della vita, e alla sicurezza quotidiana, ma anche delle potenzialità proprie delle persone anziane, in un'ottica di trasferimento delle competenze verso le giovani generazioni.

Correttamente, quindi, lo schema di decreto legislativo affronta le varie tematiche che riguardano la vita quotidiana di milioni di persone, tenendo conto delle diverse condizioni psico-fisiche delle stesse.

Una logica innovativa, anche se già sperimentata sul territorio, che mette al centro la persona, in quanto destinataria di interventi a carattere socio-sanitario, ma che può anche rappresentare una risorsa importante per la comunità.

Se la finalità del provvedimento è quindi condivisa, occorre, però, evidenziare il limite rappresentato dalla quasi assenza di risorse aggiuntive, sia finanziarie che umane, cosa che fa temere per l'effettiva attuazione delle misure contenute nel testo.

Il rischio concreto è che, al netto della definizione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, nella realtà molti territori, per la mancanza di risorse finanziarie e umane, potrebbero incontrare oggettive difficoltà nell'assicurare gli interventi richiesti nell'ambito della valutazione multidimensionale della persona.

In particolare, la rivisitazione del ruolo dei Punti unici di accesso, se concettualmente è condivisibile, si scontra, però, con le oggettive carenze di personale con le competenze professionali richieste.

Gli enti locali e le stesse Aziende sanitarie lamentano le enormi difficoltà che stanno incontrando nell'assunzione di assistenti sociali in numero sufficiente ad assicurare almeno il livello essenziale minimo di un operatore ogni 6.500 residenti, cosa destinata a ripercuotersi pesantemente sulle attività dell'unità di valutazione multidimensionale, così come la mancanza di altre professionalità: psicologi, psicoterapeuti, medici specializzati, ma anche di amministrativi. Una problematica che, peraltro, si sta riscontrando anche nella attuazione di alcune misure contenute nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, destinate nello specifico alla disabilità e agli stessi anziani.



A fronte di tale mancanza di personale, la nostra Organizzazione sindacale, in altre audizioni parlamentari, ha chiesto di introdurre delle misure straordinarie per permettere l'assunzione di assistenti sociali, sul modello di quanto fatto in questi anni per le professioni sanitarie per ridurre la pressione sul Sistema dell'emergenza-urgenza.

Soprattutto, molti territori potrebbero non essere in condizione di garantire l'attuazione delle misure destinate alle persone anziane autosufficienti, ma prive di legami familiari. Del resto, l'esperienza maturata nell'ambito dei servizi socio-assistenziali conferma che la privazione di opportunità sociali, affettive e relazionali è uno dei fattori che alimenta il disagio psico-fisico delle persone in generale e di quelle anziane in particolare. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, in quest'ottica, dovrebbe aiutare a realizzare le necessarie infrastrutture sociali e sanitarie, in particolare con le Missioni 5 e 6, comprese quelle per il cohousing, per cui è fondamentale accompagnare gli enti locali, gli ambiti territoriali sociali e le Aziende sanitarie nella realizzazione delle stesse.

In sintesi, rispetto al presente schema di decreto legislativo, si formulano alcune considerazioni generali, rinviando al documento allegato ulteriori riflessioni.

La realizzazione di politiche efficaci ed efficienti per le persone anziane presuppone la piena valorizzazione, anche nel rispetto del dettato costituzionale, del concetto di sussidiarietà. In questo senso, è utile inserire un momento di confronto a livello nazionale, favorendo una interlocuzione stabile del sindacato confederale con il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziane, da calare successivamente sul territorio, a livello regionale e dei singoli ambiti territoriali sociali. Il tutto tenendo conto anche degli Osservatori già istituiti, ad iniziare dalla disabilità e dai caregiver, che, per ragioni diverse, si connettono alle problematiche delle persone anziane.

La promozione della salute e l'invecchiamento attivo della popolazione sono strettamente interconnessi. L'Agenzia europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'Inail come focal point nazionale, hanno promosso nel recente passato una campagna di sensibilizzazione sull'invecchiamento attivo, chiarendo che le azioni volte a ridurre il rischio dell'insorgenza di patologie croniche devono essere attuate molto prima dei 65 anni di età.

Condivisibile, sempre in quest'ottica, l'impiego di persone anziane, ancora abili, in attività di utilità sociale e di volontariato; allo stesso tempo, però, sarebbe auspicabile una riflessione più complessiva sulla possibilità per i pensionati di svolgere una attività professionale o lavorativa. Questo per evitare il disperdere di competenze importanti, soprattutto nella pubblica amministrazione, e per favorire il ricambio generazionale attraverso l'affiancamento con i giovani neo assunti, pure nel privato, o con gli studenti nei percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento.



Il turismo, l'attività sportiva e la relazione con gli animali di affezione possono contribuire in maniera significativa alla qualità della vita della persona; l'articolo 8 potrebbe essere esteso anche alla promozione dell'ospitalità diffusa, in particolare nei borghi e nei paesi delle aree interne, soggette da tempo al fenomeno dello spopolamento.

L'articolo 14, oltre a prevedere specifici progetti di servizio civile universale a favore delle persone anziane, potrebbe estendersi in maniera proficua pure ai percettori dell'Assegno di inclusione e del Supporto per la formazione e il lavoro, in linea peraltro con quanto previsto al successivo articolo 38 sulla qualificazione professionale per assistente familiare.

La definizione degli standard formativi per il personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti è un passaggio centrale perché volto a favorire la qualificazione professionale nell'interesse della persona assistita e della sua famiglia, ma anche nell'ottica della piena realizzazione del Progetto di assistenza individuale. Un passaggio che ha riflessi diretti sulla figura del caregiver familiare, oggetto dell'articolo 39, fondamentale nell'assicurare la cura e l'assistenza delle persone anziane e con disabilità. In questo senso, è opportuna una riflessione più complessiva sulle misure da mettere in campo, favorendo, fra le altre cose, la condivisione dei carichi fra i componenti del nucleo familiare e il rafforzamento degli interventi di sollievo, così da evitare l'insorgere di fenomeni classificabili nel concetto di burnout.

L'articolo 24 prevede l'adozione di un decreto ministeriale con le linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ambiti territoriali sociali; in questo senso, è utile ipotizzare il superamento dell'attuale dicotomia fra gestione consortile e con alternanza del comune capofila. L'esperienza maturata negli anni e i vincoli introdotti nel tempo, in particolare sulla tenuta dei bilanci e sulle capacità assunzionali, vanno preferire la gestione dei servizi sociali sul territorio attraverso l'istituzione di un consorzio.

Da ultimo, l'introduzione di una prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti, seppure in forma sperimentale e con requisiti particolarmente stringenti, soprattutto quello riferito al valore Isee, è sicuramente apprezzabile. Per dare continuità, però, servono risorse adeguate, maggiori rispetto a quelle già stanziare. L'articolo 35 andrebbe anche rivisto in alcuni passaggi, soprattutto nei requisiti di accesso, visto il valore Isee molto basso, e laddove si prevede la restituzione di quanto indebitamente ricevuto, in caso di mancato utilizzo in tutto o in parte della quota relativa all'assegno di assistenza, e nell'ipotesi di rideterminazione dell'importo mensile, in presenza di un numero maggiore di domande presentate. Poiché non è chiaro, almeno per l'attuale formulazione del comma 6 dell'articolo 36, se la rideterminazione riguarda soltanto le domande presentate successivamente o quelle già accolte, le famiglie potrebbero trovarsi nella spiacevole situazione di dover modificare in corso d'opera il contratto di lavoro con l'assistente familiare.





Analisi dell'atto governo 121 (Politiche a favore delle persone anziane)

Articolo	Contenuto	Osservazioni
Art. 1 – Oggetto e finalità	Il presente decreto legislativo è volto ad introdurre misure in favore delle persone anziane, in attuazione della delega contenuta nelle legge 33/2023.	Le finalità del provvedimento sono condivisibili, in quanto volte ad intercettare le problematiche, ma anche le potenzialità della popolazione anziana.
Art. 2 - Definizioni	È persona anziana chi ha compiuto 65 anni; è persona grande anziana che ha compiuto 80 anni. È persona anziana non autosufficiente chi, anche in considerazione dell'età anagrafica e di disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita di autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale. Si richiama la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (International classification of functioning disability and health – ICF). Si valutano le condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale. Lo specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente avviene all'esito della valutazione multidimensionale unificata.	Le definizioni appaiono in linea con le indicazioni condivise. Si osserva come il titolo II preveda, però, una terza fascia, vale a dire le persone con almeno 70 anni di età. Tale previsione potrebbe essere successivamente rivista, al termine della sperimentazione della prestazione universale.
Art. 3 – Ruolo del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana	Il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), indica nel Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità e nella popolazione anziana i criteri generali di intervento, al fine di assicurare una uniforme applicazione, pur nel rispetto delle competenze delle diverse amministrazioni. Il CIPA garantisce il coordinamento e la programmazione integrate delle	È fondamentale assicurare, in un'ottica di sussidiarietà, il massimo coinvolgimento possibile degli enti del terzo settore e del sindacato, sia nella programmazione nazionale che su quella territoriale.



	politiche nazionali in favore delle persone anziane.	
Art. 4 – Misure per la prevenzione della fragilità e la promozione della salute delle persone anziane	<p>Il Ministero della salute realizza periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo, coerentemente con il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 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. Le azioni sono volte a promuovere stili di vita sani, l'adesione alle campagne vaccinali e agli screening oncologici e la conoscenza dei comportamenti da tenere per prevenire gli infortuni in ambito domestico. È atteso un decreto ministeriale con le Linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio; conseguentemente, a livello regionale e locale sono adottati appositi Piani di azione per la promozione dell'accessibilità universale delle persone anziane ai servizi sociali e sanitari, agli spazi urbani e dell'ambiente naturale e ai servizi ricreativi, commerciali e culturali. Non sono previsti oneri aggiuntivi.</p>	<p>Un elemento fortemente innovativo potrebbe essere quello di favorire il rafforzarsi della cultura della gestione delle emergenze. È noto, infatti, che larga parte degli accessi ai pronto soccorso, sia in età pediatrica che per gli anziani, avvengono per iniziativa della singola persona e dei suoi familiari, spesso anche in contrasto con le indicazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri e delle guardie mediche. Ciò contribuisce alla pressione sui pronto soccorso, già in forte sottorganico. Corsi di educazione alla gestione delle emergenze potrebbero essere previsti all'interno dei piani sociali di zona.</p>
Art. 5 – Misure per la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane da attuare nei luoghi di lavoro	<p>Il datore di lavoro garantisce la promozione della salute, la cultura della prevenzione e l'invecchiamento sano e attivo della popolazione anziana nei luoghi di lavoro, attraverso gli obblighi di valutazione dei fattori di rischio e di sorveglianza sanitaria, tenendo conto del modello sulla promozione</p>	<p>È importante promuovere l'invecchiamento attivo. Occorre, però, ricordare, come evidenziato dall'Agencia europea per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro e dall'Inail, che le azioni per contrastare il progressivo deterioramento psico-fisico vanno intraprese prima dei 65 anni, per cui</p>



	<p>della salute nei luoghi di lavoro (Workplace health promotion). Il datore di lavoro adotta ogni iniziativa per favorire il ricorso al lavoro agile, anche parziale, per i lavoratori anziani.</p>	<p>è fondamentale favorire dei comportamenti conseguenti all'interno delle aziende.</p>
<p>Art. 6 – Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato</p>	<p>Sono indicati gli impegni, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, che devono tenere i soggetti indicati. Nello specifico: a) il Dipartimento per le politiche della famiglia realizza periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione; b) il Dipartimento per le pari opportunità realizza azioni per contrastare le discriminazioni 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) e i fenomeni di abuso e violenza sulle persone anziane, donne in particolare; c) il Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale promuove azioni per favorire lo scambio intergenerazionale, anche con il coinvolgimento degli enti territoriali; d) le istituzioni scolastiche possono prevedere, nel Piano triennale dell'offerta formativa (Ptof), iniziative per promuovere la solidarietà intergenerazionale e ridurre il rischio isolamento delle persone anziane, anche in rete fra le scuole, con gli enti locali e il terzo settore. Le regioni e gli enti locali possono promuovere iniziative per favorire l'invecchiamento attivo; fra queste: esperienze di agricoltura sociale, orti urbani, creazione e manutenzione di giardini con presenza di giovani; attività di testimonianza e di insegnamento di persone in pensione; valorizzazione</p>	<p>L'invecchiamento attivo passa, indubbiamente, anche dalla capacità di alimentare le relazioni sociali. In questo senso, la previsione contenuta nel presente articolo è sicuramente condivisibile. Una riflessione più ampia andrebbe, però, fatta sulla possibilità per le persone in pensione di svolgere una attività lavorativa o professionale, visti gli attuali parametri molto stringenti. Le soglie potrebbero essere riviste, con benefici sia per la pubblica amministrazione, che rischia di perdere competenze molto elevate, sia per il settore privato, dando, peraltro, al pensionato la possibilità di incrementare il proprio reddito. Importanti i riferimenti alle azioni contro le discriminazioni legate all'età, come pure il potenziamento delle azioni per promuovere la solidarietà intergenerazionale.</p>



	<p>del ruolo dei centri per la famiglia; educazione finanziaria pure allo scopo di prevenire truffe a loro danno; promozione di corretti stili di vita in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale. È prevista una relazione annuale (entro il 30 aprile) sulle attività svolte e su quelle che si vorrebbe svolgere; successivamente il Dipartimento per le politiche della famiglia elabora una relazione per l'aggiornamento del Piano nazionale (entro il 31 dicembre). Non sono previsti oneri.</p>	
<p>Art. 7 – Promozione della mobilità delle persone anziane</p>	<p>Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è atteso un decreto del Ministro delle infrastrutture per l'individuazione dei livelli di servizio funzionali all'adeguamento dei servizi di trasporto pubblico locale urbano e extraurbano alle esigenze delle persone anziane.</p>	<p>Una delle iniziative da mettere in campo potrebbe prevedere il coinvolgimento delle cooperative dei tassisti, così da assicurare corse dedicate a prezzi ridotti. Quello dello spostamento delle persone anziane nelle città rappresenta, infatti, una problematica, sia con riferimento alla gestione del tempo libero, sia, soprattutto, quando la persona anziana deve recarsi presso una struttura sanitaria per degli accertamenti.</p>
<p>Art. 8 – Misure volte a favorire il turismo del benessere e il turismo lento</p>	<p>Il Ministero del turismo: promuove la stipula di convenzioni su base nazionale tra strutture residenziali e semiresidenziali e le strutture ricettive, termali, balneari, agrituristiche e parchi tematici per assicurare soggiorni a prezzi vantaggiosi, anche nei giorni infrasettimanali e nei periodi di bassa stagione; promuove la realizzazione di soggiorni di lungo periodo in strutture ricettive in luoghi legati al turismo del benessere e alla cura della persona; promuove, anche attraverso convenzioni con associazioni di volontariato e di promozione sociale, programmi di turismo intergenerazionale, con giovani che accompagnano persone anziane;</p>	<p>Fra i progetti che potrebbero caratterizzare questo specifico punto, potrebbe rientrare anche la stipula di convenzioni con le amministrazioni locali dei piccoli borghi e dei paesi, in particolare delle aree interne, per esperienze di ospitalità diffusa.</p>



	<p>promuove iniziative di socializzazione fra persone anziane e persone anziane non autosufficienti pure per lo svolgimento di attività ricreative e di cicloturismo leggero; promuove programmi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche in strutture ricettive, termali e balneari; promuove l'accessibilità turistico-culturale negli istituti e nei luoghi della cultura. Sono indicate le modalità per la definizione dei relativi decreti.</p>	
<p>Art. 9 – Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane</p>	<p>Con prioritario riferimento alle persone grandi anziani, affette da almeno una patologia cronica, è promosso l'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La tipologia di prestazione da erogare è individuata con decreto ministeriale, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in coerenza con la progettualità definita da Agenas e in linea con i contenuti della Missione 6 del Pnrr. Il territorio nazionale è suddiviso in tre grandi aree geografiche, al fine di attivare entro 180 giorni, in via sperimentale e per diciotto mesi, almeno un servizio di telemedicina domiciliare in ciascuna di tale area. L'erogazione degli interventi può essere effettuata dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate, anche per il tramite della rete delle farmacie territoriali. Agenas monitora l'andamento e riferisce al Cipa. Non sono previsti oneri aggiuntivi.</p>	<p>L'articolo si collega strettamente alle Missioni 5 e 6 del Pnrr. Naturalmente, serve favorire un rafforzamento delle conoscenze digitali nella popolazione anziana.</p>
<p>Art. 10 – Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane</p>	<p>Nell'ambito dei Punti unici di accesso (Pua) è assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale,</p>	<p>È importante rafforzare la dotazione organica dei Punti unici di accesso, oggi con personale fortemente ridotto per la mancanza di assistenti sociali, psicologi, medici specializzati</p>



	favorendo così il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari.	e altre professionalità, compresi gli amministrativi.
Art. 11 – Valorizzazione delle attività volte a promuovere l'incontro e il dialogo intergenerazionale nelle istituzioni scolastiche e nelle università anche mediante il riconoscimento di crediti formativi	Le istituzioni scolastiche possono promuovere l'incontro e il dialogo intergenerazionale. Le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione individuano, nell'ambito del Ptof, le esperienze di volontariato che gli studenti possono maturare in strutture residenziali, semiresidenziali e presso il domicilio di persone anziane. Le istituzioni scolastiche provvedono a riportare nel curriculum dello studente le esperienze maturate, da valorizzare durante lo svolgimento del colloquio dell'esame di Stato. Anche le università e le istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica (Afam) si adoperano per favorire esperienze simili. È previsto il riconoscimento di crediti formativi nelle classi di laurea e di laurea magistrale indicate, con particolare riferimento alle attività svolte in convenzione con gli enti locali, le aziende sanitarie e le cooperative sociali e assistenziali. Ministero dell'istruzione e Ministero della cultura promuovono azioni e attività volte a valorizzare e tramandare alle nuove generazioni la conoscenza del patrimonio culturale immateriale. Non sono previsti nuovi oneri.	Si tratta di disposizioni condivise, oggetto peraltro di riflessioni nel corso dei mesi passati con i ministeri competenti.
Art. 12 – Misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana	Il Ministro per lo sport e i giovani, anche avvalendosi della società Sport e salute spa, promuove nel triennio 2024-2026 iniziative e progetti finalizzati per la diffusione della cultura del movimento nella terza età e dello sport come strumento di prevenzione per migliorare il benessere psico-fisico, con, a titolo esemplificativo, attivazione di gruppi di cammino e	Lo sport rappresenta un importante di socialità, anche per favorire l'invecchiamento attivo. Chiaramente, il concetto di sport è da intendersi nella sua accezione più ampia, comprese quindi tutte le attività legate, ad esempio, al ballo. Andrebbero previste maggiori risorse.



	<p>promozione della socialità e dell'integrazione intergenerazionale. Le attività sono realizzate con risorse fino a 500mila euro complessivi del fondo per la promozione dell'attività sportiva di base sui territori. È atteso un decreto ministeriale con i criteri per la presentazione dei progetti. Non sono previsti ulteriori oneri.</p>	
<p>Art. 13 – Misure per incentivare la relazione con animali di affezione</p>	<p>Le regioni e le province autonome promuovono l'adozione di misure per incentivare la relazione con animali da affezione da parte degli anziani, attraverso l'accesso degli animali nelle strutture residenziali e nelle residenze protette. È prevista la formazione degli operatori che si prendono cura delle persone anziane. Gli interventi sono realizzati in coerenza con le linee guida per gli interventi assistiti con gli animali. Nel triennio 2024-2026, le regioni promuovono la realizzazione di progetti per la corresponsione di agevolazioni per le spese medico-veterinarie o alimentari e per incentivare l'adozione di cani ospitati in canili e di gatti ospitati in colonie da parte di anziani soli e con Isee non superiore a 16.215 euro. Si rimanda ad un decreto ministeriale per rendere possibile la donazione, l'utilizzazione e la distribuzione gratuita di medicinali veterinari per animali di affezione, tenuti da persone anziane con Isee non superiore a 16.215 euro, da parte di enti del terzo settore; sono escluse alcune tipologie di farmaci (da conservare in frigorifero a temperatura controllata, contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope o antimicrobiche). Con decreto, sono definiti i requisiti dei locali e delle attrezzature idonee alla conservazione dei farmaci che non</p>	<p>Il ruolo che gli animali di affezione svolgono nel favorire le relazioni sociali e l'invecchiamento attivo è, ormai, patrimonio condiviso. È sufficiente richiamare quanto successo nei mesi più difficili della pandemia da Covid-19. È importante valorizzare le tante iniziative adottate sul territorio, sia dal vasto mondo dell'associazionismo, sia dagli enti locali, i quali, direttamente o per il tramite delle farmacie partecipate, assicurano l'accesso ai farmaci veterinari a prezzi calmierati. Si fa riferimento ai cani e ai gatti, ma il concetto di animale di affezione è per sua natura più ampio, per cui è possibile tarare meglio l'articolo in questione.</p>



	possono essere ceduti a titolo oneroso.	
Art. 14 – Progetti di servizio civile universale a favore delle persone anziane	Nel rispetto del Piano triennale 2023-2025, gli enti abilitati a presentare progetti per il Servizio civile universale possono presentare progetti afferenti alle Aree Animazione culturale con gli anziani e Adulti e terza età in condizioni di disagio, nei settori di intervento Educazione e promozione culturale, paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport e Assistenza. I progetti sono volti a sviluppare e rafforzare il rapporto relazionale fra le generazioni, a promuovere un sistema di sostegno, solidarietà e aiuto anche alle persone anziane in condizioni critiche e alle loro famiglie (caregiver). Non sono previsti nuovi oneri.	Si tratta di una disposizione assolutamente condivisibile che andrebbe attuata in sinergia con gli enti locali e gli ambiti territoriali sociali, favorendo in questo modo una migliore integrazione con l'assistenza domiciliare. Progetti specifici potrebbero essere pensati anche con il coinvolgimento dei percettori dell'Assegno di inclusione e del Supporto per la formazione e il lavoro.
Art. 15 – Linee guida in materia di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale	Il Cipa, sentita la Cabina di regia per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico (art. 28-quinquies, decreto-legge 75/2023), predispone, entro 180 giorni, delle linee guida volte a definire le caratteristiche essenziali degli interventi di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale), in particolare con giovani in condizioni svantaggiate. Oltre al Ministro per le infrastrutture, alla redazione delle linee guida possono essere invitati altri soggetti (istituzioni, enti, organismi, associazioni, esperti). Le forme di coabitazione sono realizzati presso case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, volontari,	È importante operare per il recupero urbanistico delle aree dismesse, in particolare delle periferie urbane e dei paesi immediatamente vicini ai grandi centri.



	prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari, enti del terzo settore.	
Art. 16 – Criteri e standard di realizzazione di progetti di coabitazione mediante rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito	<p>La promozione di nuove forme di coabitazione avviene prioritariamente attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito, sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale, secondo i seguenti criteri: mobilità e sostenibilità accessibili; ristrutturazione e efficientamento energetico e rigenerazione delle periferie; protezione della dimensione culturale, ambientale e sociale dei beneficiari; soddisfacimento in autonomia dei bisogni primari e promozione della socialità; coerenza con altri interventi già finanziati sul territorio. Con decreto del Ministro delle infrastrutture, sono individuati gli standard edilizi e costruttivi, con garanzia di accesso a una rete di servizi (ricreativi, ludici, culturali, sportivi, scuole, supermercati, trasporto pubblico locale, sanitari anche nell’ottica di favorire interventi di sanità preventiva a domicilio) nonché a servizi comuni aggiuntivi per la socialità e l’assistenza medico-sanitaria e per la mobilità dei beneficiari.</p>	Nel complesso, i criteri indicati sono condivisibili.
Art. 17 – Progetti pilota sperimentali	<p>Regioni e comuni possono avviare azioni sperimentali per iniziative di coabitazione, tenendo conto anche di quanto realizzato nell’ambito della Missione 5, componente 2, del Pnrr e delle linee guida individuate all’articolo 16. Il Ministero delle infrastrutture può promuovere progetti pilota sperimentali a livello nazionale, pure attraverso modelli di partenariato pubblico-privato. Per gli interventi di rigenerazione urbana e riuso, si fa riferimento in</p>	Le iniziative sperimentali potrebbero coinvolgere anche l’Agenzia che gestisce i beni sequestrati alla criminalità organizzata.



	via prioritaria agli immobili a destinazione pubblica.	
Art. 18 - Monitoraggio	Il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti trasmette al Parlamento una relazione annuale descrittiva degli interventi realizzati e dello stato di avanzamento dei medesimi. Successivamente, in caso di esito positivo, sono determinate le modalità per la messa a regime delle sperimentazioni. Non sono previsti ulteriori oneri.	Corretto il monitoraggio.
Art. 19 – Rete dei servizi di facilitazione digitale	In coerenza con la Missione 1 del Pnrr, la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri competente in materia di innovazione tecnologica e trasformazione digitale promuove, fino al 31 dicembre 2026, d'intesa con le regioni, presso i punti di facilitazione digitale, attività di formazione digitale per gli anziani e di supporto nell'utilizzo dei servizi erogati dalla Pubblica amministrazione. Sono adottati delle linee guida di indirizzo. All'attuazione di tale disposizione, si provvede mediante le risorse già assegnate con il Pnrr.	La rete dei servizi di facilitazione digitale andrebbe estesa il più possibile, con il coinvolgimento, ad esempio, anche delle strutture di derivazione sindacale, presenti su tutto il territorio nazionale.
Art. 20 – Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale	Al fine di ridurre il divario generazionale, le istituzioni scolastiche promuovono dei percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento per favorire la costituzione di percorsi formativi per far acquisire competenze digitali nelle persone anziane. Non sono previsti ulteriori oneri.	La norma dovrebbe inserirsi nel più ampio progetto di riforma dei percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento.
Art. 21 – Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente	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. I soggetti che compongono lo SNAA operano in coerenza con le strategie raccomandate dall'Oms. Tali	Torna la richiesta di favorire la massima condivisione possibile nelle varie fasi di costruzione delle politiche in favore delle persone anziane.



soggetti: amministrazioni centrali, Inps, regioni, province autonome, Asl, comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociale. Essi operano in coerenza e in concorso. Spetta al CIPA, la redazione e l'aggiornamento, sentite le parti sociali, del 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. I soggetti sono impegnati a garantire il massimo livello possibile di cooperazione amministrativa. Lo SNAA persegue i propri obiettivi attraverso la programmazione integrata delle misure sanitarie e sociali a titolarità pubblica rivolte agli anziani, sulla base dei principi di appropriatezza, tempestività e efficacia. Il CIPA si avvale del monitoraggio dei soggetti che compongono lo SNAA, al fine di promuovere, in sinergia con la Cabina di regia (articolo 1, comma 792, legge 197/2022), una migliore armonizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) con i livelli di assistenza (Lea) per l'allocazione delle risorse, nel rispetto delle prerogative del Servizio sanitario nazionale e degli enti eroganti assistenza sociale. il Cipa adotta il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana che costituisce parte del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (articolo 18, legge 328/2000). Regioni e province autonome elaborano i corrispondenti piani regionali che sono trasmessi al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per il monitoraggio



	e la verifica dello stato di attuazione dei Leps. Alla realizzazione concorrono le attività legate al Pnrr.	
Art. 22 – Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali	Sono progressivamente individuate, nei limiti delle risorse disponibili, le modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e di progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps). I livelli essenziali sono erogati negli ambiti territoriali sociali nelle seguenti aree: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; servizi sociali di supporto.	L'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali non dovrebbe essere subordinata alle risorse, per cui è importante agire per priorità, tenendo conto della carenza di personale e delle forti differenziazioni territoriali oggi esistenti.
Art. 23 – Sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali	Con decreto ministeriale, da emanarsi entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono definiti il sistema di monitoraggio, i relativi criteri, gli indicatori specifici, gli obiettivi di servizio e gli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o Lep. Con cadenza triennale, lo stesso Ministero del lavoro e delle politiche sociali effettua una verifica del grado di adeguatezza dei Leps. I soggetti del sistema favoriscono l'interoperabilità dei sistemi, allo scopo di favorire le attività di presa in carico e di trasmissione obbligatoria alla banca dati del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (Siuss). L'attività è volta anche alla verifica della sussistenza dei requisiti per garantire l'effettiva erogazione ai cittadini aventi diritto. Trovano applicazione le disposizioni contenute all'articolo 1, comma 198, della legge 213/2023, sul monitoraggio delle regioni sulle attività degli ambiti territoriali sociali.	Il decreto ministeriale dovrebbe essere oggetto di approfondimento con le parti sociali.



<p>Art. 24 – Funzioni degli ambiti territoriali sociali</p>	<p>Gli ambiti territoriali sociali (ATS) provvedono a garantire lo svolgimento omogeneo di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi in favore delle famiglie e delle persone, anche ai fini dell’attuazione del Pnrr. Gli ATS si avvalgono della collaborazione delle infrastrutture sociali (sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza di cui al dlgs 207/2001) e di ogni altro soggetto pubblico o privato cui sono assegnati compiti e funzioni nell’ambito dei servizi sociali. agli ATS sono attribuite le seguenti funzioni: coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali; pianificazione e programmazione sulla base dell’analisi dei bisogni; erogazione di interventi e servizi; gestione del personale nelle diverse forme associative adottate. ATS e distretti sanitari provvedono ad individuare modalità semplificate di accesso agli interventi sanitari, sociali e sociosanitari attraverso i punti unici di accesso (PUA). Con decreto ministeriale, entro 120 giorni, sono adottate linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all’attuazione del Leps.</p>	<p>La riuscita delle politiche sociali, ad iniziare da quelle in favore delle persone anziane, passa dagli ambiti territoriali sociali. Resta il grave limite rappresentato dalla governance degli stessi, stante l’attuale disciplina che prevede una doppia ipotesi, tramite consorzio oppure con alternanza del comune capofila. Andrebbe avviata una azione per favorire il progressivo e rapido passaggio verso i consorzi.</p>
<p>Art. 25 – Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale</p>	<p>Viene promossa l’implementazione di servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per contrastare l’isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie. A ciò concorrono in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali, la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, inclusa la rete delle farmacie. Sono coinvolti</p>	<p>Il richiamo alla sussidiarietà è sicuramente utile e condivisibile.</p>



	<p>soggetti pubblici, soggetti privati accreditati e convenzionati, le organizzazioni del terzo settore, dei familiari, le associazioni di volontariato, le reti informali di prossimità e il servizio civile universale. L'insieme dei servizi di comunità e di prossimità concorre all'integrazione e all'attuazione dei Leps con i Lea. Gli enti del terzo settore concorrono attraverso la coprogrammazione e la coprogettazione (articoli da 55 a 57 del dlgs 117/2017). La logica di rete e di sussidiarietà orizzontale è orientata sulla persona, basandosi sull'integrazione fra le varie risposte disponibili e sulla loro modulazione nel tempo, tenendo conto degli obiettivi definiti nel Progetto di assistenza individuale integrato (PAI). Ciò per dare una risposta ai molteplici profili della non autosufficienza. Non sono previsti nuovi oneri.</p>	
<p>Art. 26 – Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali</p>	<p>ATS e distretti sanitari 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.</p>	<p>L'integrazione passa da convenzioni e altre tipologie di accordi.</p>
<p>Art. 27 – Valutazione multidimensionale unificata</p>	<p>Il Servizio sanitario nazionale, gli ambiti territoriali sociali e l'Inps assicurano alla persona anziana l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale, di cui al presente decreto, alla legge 104/1992 (inclusione delle persone con disabilità), alla legge 118/1971 (invalidi civili), alla legge 18/1980 (indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili) e alla legge 227/2021 (legge su disabilità, in particolare percorsi valutativi specifici per gli anziani), e l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari</p>	<p>Il concetto di valutazione multidimensionale unificata è condivisibile, in quanto dovrebbe servire a mettere insieme i vari aspetti, tenendo conto delle diverse problematiche emerse. Naturalmente, occorre definire bene i ruoli e mettere gli ambiti territoriali sociali e i distretti sanitari in condizione di operare in maniera efficace e efficiente. Serve investire risorse importanti, finanziarie e umane, sui PUA, per ridurre il rischio di lunghe liste di attesa per effettuare la valutazione della persona, anziana in questo caso.</p>



attraverso i PUA, i quali hanno la sede operativa presso le Case della comunità. L'accesso ai servizi è assicurato alla persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti: almeno una patologia cronica; condizioni cliniche caratterizzate, vista anche l'età, della progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, con possibile aggravamento con l'invecchiamento tale da determinare il rischio di perdita dell'autonomia. Si valutano anche le condizioni sociali, ambientali e familiari. I criteri di priorità nell'accesso al PUA sono individuati con decreto ministeriale, valutando anche la qualità di persona grande anziana e la presenza di più patologie croniche. La sussistenza dei requisiti è effettuata su richiesta dell'interessato o su segnalazione (ospedale, farmacia, comuni, ambiti territoriali sociali, medico di medicina generale, medico del Ssn). Se il medico accertatore del PUA valuta la non sussistenza dei requisiti, egli informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo su richiesta dell'interessato all'Inps (legge 227/2021). I PUA sono organizzati secondo le linee guida del Ministero della salute, avvalendosi anche di equipe presso strutture pubbliche e private. Si avvalgono di unità di valutazione multidimensionale unificata (UVM). I PUA svolgono a livello locale funzioni di front office (informazione, orientamento, accoglienza, primo accesso), di raccolta di segnalazioni da parte dei medici di medicina generale e della rete ospedaliera, avviando l'iter



della presa in carico della persona anziana (back office). Ove occorra, il PUA attiva la valutazione multidimensionale unificata finalizzata all'identificazione dei bisogni della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale. Con decreto del Ministro della salute, adottato entro dodici mesi, sono individuati i criteri di priorità per l'accesso ai PUA, la composizione e il funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale (informatizzato e validato per l'accertamento e per la definizione del PAI) e le eventuali misure di armonizzazione con la disciplina di valutazione della disabilità. Sono previste iniziative formative integrate fra l'Istituto superiore di sanità e la componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale. I commi 9, 10 e 11 sono strettamente interconnessi fra loro e producono effetti dopo la valutazione multidimensionale unificata. Il comma 10 trova applicazione in caso di esclusione della condizione di non autosufficienza, con accertamento, però, delle condizioni per accedere ad altri benefici di legge. L'UVM redige apposito verbale che è trasmesso all'Inps per l'accertamento dei requisiti e l'erogazione del trattamento connesso allo stato di invalidità e, se necessario, per accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario. Il comma 11 si applica quando l'UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza. Viene redatto



apposito verbale che è trasmesso all'Inps per i provvedimenti di competenza, tenendo conto dei criteri individuati utili a graduare il fabbisogno assistenziale in relazione al livello crescente di compromissione e a supportare le decisioni di eleggibilità in ordine alle misure previste al comma 10 e all'articolo 34. Il comma 9, viceversa, si applica nel caso non si presentino le condizioni previste ai commi 10 e 11: il PUA, previa individuazione del fabbisogno, fornisce alla persona le informazioni per l'accesso ai servizi sociali o sanitari disponibili. Ai sensi del comma 12, quando nella valutazione emergono fabbisogni di cura e di assistenza, si può procedere alla redazione del PAI. Le UVM, nella definizione del PAI, si avvalgono: di un professionista di area sociale degli ATS; uno o più professionisti di area sanitaria designati dalla Asl o dal distretto, incluso il responsabile clinico del processo di cura. In relazione all'ambito prevalente degli interventi, uno dei componenti dell'unità assume la funzione di referente per il coordinamento, attuazione e monitoraggio del PAI, che è soggetto a monitoraggio periodico per eventuali e tempestive modifiche. Il PAI è redatto con la partecipazione del destinatario, del caregiver e dei familiari indicati, eventualmente del tutore o dell'amministratore di sostegno. È possibile richiedere la presenza di enti del terzo settore che operano come soggetti accreditati e a contratto con comuni, ATS e distretti. È valutata la capacità di esprimere il consenso da parte della persona con compromissione cognitiva e



	<p>demenza. Nel PAI vengono indicati gli interventi modulati per durata e intensità e le figure professionali coinvolte. Se necessario, il PAI comprende anche il PRI (Piano di riabilitazione individuale). All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai responsabili dei servizi e dalla persona anziana (o suo rappresentante), sono individuate responsabilità, compiti e modalità di svolgimento degli operatori sanitari e sociali, l'apporto della famiglia e di eventuali altri soggetti, compresi gli enti del terzo settore. L'UVM individua il budget di cura e assistenza, al quale concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Tali risorse rimandano a: risorse derivanti dal trasferimento alle regioni di quote del finanziamento del Sistema sanitario nazionale; risorse trasferite nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze, del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità e di altri fondi, sempre con riferimento agli anziani non autosufficienti. Il budget di cura e assistenza è aggiornabile, anche in via d'urgenza, in presenza di esigenze indifferibili clinico-assistenziali.</p>	
Art. 28 – Attività dei Punti unici di accesso e piattaforma digitale	Gli ATS e i distretti sanitari provvedono a individuare modalità semplificate di accesso agli interventi e ai servizi sanitari e sociali, assicurando l'attuazione della governance integrata e il funzionamento delle equipe integrate. Le attività dei PUA si svolgono in collaborazione con la Centrale operativa 116117, sede del	È fondamentale assicurare delle linee guida nazionali da applicare sui singoli territori, in un'ottica di ottimizzazione dei servizi e delle attività svolte.



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 altri servizi territoriali. È assicurato il coordinamento con le funzioni del Segretariato sociale (articolo 22, comma 4, lettera a, della legge 328/2000). La valutazione multidimensionale unificata concorre agli obiettivi di semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione. Attraverso la certificazione della condizione persona anziana non autosufficiente, si punta a superare duplicazioni e a contenere i costi, con l'attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi e l'invio delle comunicazioni necessarie alle altre amministrazioni e al cittadino. Lo strumento della valutazione multidimensionale unificata è istituito ai sensi dell'articolo 27 per promuovere la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della persona anziana non autosufficiente; i risultati sono resi disponibili su piattaforme interoperabili, attraverso la condivisione delle seguenti informazioni: documentazione sanitaria per l'accesso del PUA, fascicolo sanitario elettronico, posizione del cittadino nella piattaforma Inps, cartelle sociali presso il comune. Il decreto interministeriale (Ministro della salute e Ministro del lavoro) definisce le modalità di condivisione delle banche dati. Non sono previsti oneri. Fino a non oltre il 31 dicembre 2025, continuano ad applicarsi le procedure per l'accesso



	alle misure e ai provvedimenti di competenza statale.	
Art. 29 – Misure per garantire un’offerta integrata di assistenza e cure domiciliari	<p>Gli ATS, le ASL e i distretti provvedono a garantire gli interventi definiti dal PAI, mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD). Il livello di intensità e di complessità delle cure domiciliari è variabile nell’ambito di specifici percorsi di cura e del progetto di assistenza individuale integrato. Il monitoraggio è affidato al Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (SIAD). Con il decreto di cui all’articolo 27, sono definite anche le linee di indirizzo nazionale per l’integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari e per l’adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia. Con disposizioni regionali, sono definite le procedure di accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale. In coerenza con le Missioni 5 e 6 del Pnrr concorrono agli obiettivi di integrazione anche le misure di rigenerazione urbana, mobilità accessibile e sostenibile, il ricorso alle soluzioni abitative indicate al precedente articolo 3.</p>	<p>La domiciliarità delle cure e dell’assistenza è un fenomeno in forte crescita, in ragione anche del progressivo invecchiamento della popolazione residente. Pure in questo caso è fondamentale assicurare risorse aggiuntive.</p>
Art. 30 – Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali	<p>Gli ATS, per contrastare l’isolamento sociale delle persone anziane, provvedono ad offrire servizi socioassistenziali di tipo residenziale, semiresidenziali e diurno. I servizi residenziali sono tenuti presso strutture non sanitarie, in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire adeguati livelli di intensità assistenziale. I servizi sociali diurni e semiresidenziali sono offerti presso</p>	<p>È importante operare per assicurare gli ospiti le migliori condizioni residenziali possibili.</p>



	centri di servizio accreditati. Agli interventi si provvede a valere sulle risorse del Fondo politiche sociali (articolo 20 della legge 328/2000).	
Art. 31 – Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari	<p>Nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, previa valutazione multidimensionale unificata, è definito il PAI, al fine di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della persona. Il SSN garantisce i trattamenti sanitari, secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa previsti dall'articolo 30 del dpcm 12 gennaio 2017. Il SSN garantisce alle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi e di mantenimento, previa valutazione e stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI). Il PAI e il PRI sono redatti con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta disponibile. Le strutture assicurano anche processi di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con i servizi sociali, nell'ambito delle risorse disponibili ai sensi della legge 33/2023. I servizi promuovono la qualità degli ambienti di vita, in modo da renderli amichevoli, familiari, sicuri, riservati e decorosi. Le strutture possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione dei trattamenti e di cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri residenziali multiservizi (CRM). È atteso entro 120 giorni un decreto ministeriale per l'individuazione di requisiti minimi di sicurezza e di qualità, dando valore: all'attitudine della struttura a favorire la continuità di vita e di relazione delle persone accolte; alla congruità del personale, cui si applica il Ccnl, rispetto alle persone accolte; alla</p>	Valgono le medesime condizioni espresse all'articolo 30.



	<p>presenza di più nuclei abitativi diversificati per tipologia di prestazione; alla dotazione da parte della struttura di soluzioni tecnologiche per la sicurezza del lavoro di cura e delle persone accolte (videosorveglianza, telemedicina, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio).</p>	
<p>Art. 32 – Misure per garantire l’accesso alle cure palliative</p>	<p>L’accesso alle cure palliative è garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti, affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico e evolutivo, per le quali non esistono terapie o le stesse sono inadeguati o inefficaci. Il diritto si esercita tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative. Le reti locali assicurano attività di consulenza, di identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura, assistenza, percorsi di dimissioni protette e l’assistenza nell’ambito dei PAI: nelle strutture di degenza ospedaliera; nelle attività ambulatoriali per le cure palliative; a domicilio; nelle strutture residenziali sociosanitarie e negli hospice. Le persone anziani fragili ricevono azioni coordinate e integrate con il coinvolgimento del malato, della famiglia o delle varie figure di rappresentatività legale. È possibile realizzare una pianificazione delle cure condivisa fra il paziente e il medico, nel caso in cui il paziente si trovi nelle condizioni di non poter esprimere il proprio consenso, ai sensi della legge 219/2017 (consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento).</p>	<p>L’accesso alle cure palliative rappresenta un salto di qualità necessario per dare dignità alla persona in un momento complesso della sua esistenza che ha implicazioni anche sulla famiglia.</p>
<p>Art. 33 – Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità</p>	<p>Le persone anziane che non sono state dichiarate non autosufficienti possono presentare istanza per l’accertamento della condizione di disabilità. Le persone con disabilità</p>	<p>Corretto il principio di continuità, utile ad evitare un appesantimento burocratico in persone destinate, peraltro, ad avere ancora più bisogno di assistenza. Resta il</p>



	<p>già accertata, al compimento del 65° anno di età, hanno diritto alla continuità assistenziale nella medesima misura, salva la cessazione della prestazione di invalidità civile che si converte, se ne ricorrono i requisiti, in assegno sociale. Le medesime persone hanno diritto ad accedere ai servizi e alle attività specifiche per la condizione di disabilità, sulla base del progetto di vita, individuale, partecipato e personalizzato. Le medesime persone possono, su richiesta, accedere a servizi e prestazioni per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti, con redazione del PAI che integra il progetto di vita.</p>	<p>principio per cui è la persona che, eventualmente, può chiedere un aggiornamento della propria posizione.</p>
<p>Art. 34 – Prestazione universale</p>	<p>Viene istituita, in via sperimentale per il periodo 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2026, una prestazione universale, subordinata allo specifico bisogno assistenziale, per promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per la domiciliarità e l'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti. Spetta all'Inps individuare lo stato di bisogno assistenziale, di livello gravissimo, sulla base delle informazioni sanitarie a sua disposizione e delle indicazioni fornite dalla commissione tecnico scientifica prevista al comma 3. La commissione è nominata con decreto ministeriale con l'obiettivo di individuare gli indicatori per definire lo stato di bisogno assistenziale gravissimo. Non sono previsti compensi per i partecipanti alla commissione. Sono attesi, entro novanta giorni, uno o più decreti per le modalità attuative e operative della prestazione universale, dei relativi controlli e dell'eventuale</p>	<p>La valutazione sullo strumento è positiva, al netto, naturalmente, della sperimentaltà e delle poche risorse disponibili. È importante favorire un confronto preventivo in vista della definizione dei decreti attuativi.</p>



	revoca. Non sono previsti maggiori oneri.	
Art. 35 – Beneficiari e opzione	<p>La prestazione è erogata dall’Inps, su espressa richiesta, alla persona anziana, in possesso dei requisiti: almeno 80 anni di età; livello di bisogno assistenziale gravissimo; valore Isee per le prestazioni di natura sociosanitaria, in corso di validità, non superiore a 6mila euro; titolarità dell’indennità di accompagnamento o in possesso dei requisiti per ottenerla. La richiesta è possibile per via telematica; può anche essere presentata per il tramite di un Patronato. Non sono previsti maggiori oneri. L’Inps verifica i requisiti. L’erogazione della prestazione, a domanda, può essere revocata in qualsiasi momento, con ripristino dell’indennità di accompagnamento e delle ulteriori prestazioni per i soggetti già titolari.</p>	<p>È opportuno rivedere i requisiti di accesso alla prestazione, in particolare il valore Isee. Non convince neanche la disposizione sul recupero dell’indebitato.</p>
Art. 36 – Oggetto del beneficio	<p>La prestazione è erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona, previa individuazione dello specifico bisogno assistenziale gravissimo. La prestazione è esente da imposizione fiscale e non è soggetta a pignoramento. È composta da: una quota fissa monetaria corrispondente all’indennità di accompagnamento e da una quota integrativa definita “assegno di assistenza”, pari a 850 euro mensili, destinata alla remunerazione del costo di lavoro e di cura svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona, con rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi, oppure all’acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza forniti da imprese qualificate. Sull’assegno di assistenza, si applica la disposizione contenuta al terzo comma</p>	<p>È da valutare l’opzione dell’equivalente in servizi in luogo del trasferimento monetario diretto, anche in un’ottica di garanzia della qualità del servizio erogato.</p>



	<p>dell'articolo 1 della legge 18/1980, per effetto del quale l'indennità non si percepisce in caso di ricovero in istituto gratuitamente. La prestazione universale, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento e le altre prestazioni erogate in ambito territoriale, ai sensi dell'articolo 1, comma 164, della legge 234/2021. Quando si accerta che la quota integrativa "assegno di assistenza" non è stata utilizzata, in tutto o in parte, per la stipula di rapporti di lavoro o per l'acquisto di servizi, l'Inps procede alla revoca della quota integrativa e il beneficiario è tenuto alla restituzione di quanto indebitamente ricevuto, fermo restando il diritto a continuare a percepire l'indennità di accompagnamento. La prestazione è riconosciuta a domanda. L'assegno di assistenza è riconosciuto nel limite massimo di spesa di 250 milioni di euro annui per il 2025 e il 2026. L'Inps provvede al monitoraggio della spesa; è possibile, attraverso decreto del Ministro dell'economia, una rideterminazione dell'importo mensile, in caso di superamento, anche prospettivo, delle risorse finanziarie stanziare. Non sono previsti ulteriori oneri per la gestione amministrativa da parte dell'Inps.</p>	
Art. 37 – Ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali	Rientrano nelle disposizioni dirette a favorire il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro, cura e assistenza per le persone anziane non autosufficienti le agevolazioni fiscali e contributive le seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 2, terzo periodo, del Dpr 917/1986 (deducibilità fino a 1.549,37 euro dei contributi previdenziali e assistenziali versati	In prospettiva, è utile una riflessione sui livelli di agevolazione contributiva e fiscale.



	<p>per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare); articolo 15, comma 1, lettera i-septies, del dpr 917/1986 (per i contribuenti con reddito non superiore a 40mila euro, detraibilità del 19% delle spese, per un importo non superiore a 2.100 euro, sostenute per gli addetti all'assistenza personale in caso di non autosufficienza); articolo 51, comma 2, lettera f-ter (non concorrono a formare il reddito del lavoratore dipendente le somme erogate dal datore di lavoro per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti a carico); d) articolo 51, comma 2, lettera f-quater (i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore dei dipendenti per prestazioni, anche assicurative, contro il rischio di non autosufficienza o di gravi patologie).</p>	
<p>Art. 38 – Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti</p>	<p>Al fine di concorrere alla definizione di standard formativi degli assistenti familiari, privi dei requisiti di accesso alla professione stessa, Ministero del lavoro e delle politiche, Ministero dell'istruzione e del merito e Ministero dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza permanente, adottano, entro novanta giorni dalla approvazione del presente decreto, linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi. Le regioni, fatta salva la loro autonomia, possono fare riferimento alle linee guida nel definire i percorsi per l'acquisizione della qualificazione professionale. Nelle linee guida, tenendo conto anche di quanto stabilito nella contrattazione collettiva di settore, sono definite le competenze e i riferimenti per l'individuazione e la</p>	<p>Si tratta di un punto decisivo: la qualificazione professionale del personale addetto all'assistenza e al supporto alla cura delle persone ha effetti sulle categorie più fragili, non solo anziani, ma anche disabili. Un ruolo centrale lo possono avere gli enti paritetici per la formazione continua.</p>



	<p>validazione delle competenze pregresse. 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 Ccnl, possono essere previsti percorsi formativi. È possibile l'intervento degli enti bilaterali, in possesso dell'accreditamento regionale. Le regioni, senza nuovi oneri, istituiscono appositi registri regionali di assistente familiare, con indicazione dei nominativi di coloro che sono in possesso di una qualificazione regionale e di ulteriori titoli di studio e di formazione attinenti alla professione. Le regioni sottoscrivono accordi di collaborazione con i centri per l'impiego e gli ambiti territoriali sociali per favorire l'incontro fra domanda e offerta di lavoro. Le regioni promuovono corsi di qualificazione professionale per assistenti familiare rivolti anche alla platea dei destinatari dell'Assegno di inclusione e del Supporto per la formazione e il lavoro. Non sono previsti nuovi oneri.</p>	
Art. 39 – Caregiver familiari	<p>Al fine di sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei caregiver familiari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, è riconosciuto il valore sociale ed economico per l'intera collettiva dell'attività di assistenza e di cura non professionale e non retribuita. Il familiare è assistito in ambito domestico, nella vita di relazione, nella mobilità, nelle attività quotidiane. Si rapporta con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari,</p>	<p>Vale, per molti versi, la considerazione espressa all'articolo 38. Accanto alla qualificazione del caregiver familiare, utile pure per favorire un possibile e successivo rientro nel mondo del lavoro, è però fondamentale operare per assicurare il massimo supporto possibile alla famiglia, favorendo la condivisione dei carichi ed evitando, così, di scaricare sulla singola persona, spesso donne, il peso totale dell'assistenza familiare.</p>



secondo il progetto personalizzato. Il ruolo, le attività e i sostegni al caregiver sono definiti in apposita sezione del PAI, tenuto conto anche del caregiver stesso e degli altri eventuali componenti del nucleo familiare, ad iniziare da minori. Il caregiver può partecipare alla valutazione multidimensionale unificata, alla elaborazione del PAI e alla individuazione del budget di cura e di assistenza. Di conseguenza, le regioni programmano le modalità di riordino delle attività svolte dalle unità di valutazione multidimensionale. I servizi sociali, sociosanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito o del rappresentante legale, forniscono al caregiver le informazioni sulle diverse problematiche della persona assistita. Regioni e province valorizzano l'esperienza e la competenza maturata dal caregiver al fine del reinserimento lavorativo della stessa persona. Al caregiver può essere riconosciuta la formazione e l'attività svolta, al fine del conseguimento della qualifica professionale di operatore sociosanitario (OSS). Le istituzioni scolastiche del secondo ciclo possono valorizzare l'attività di caregiver svolta dallo studente in favore del familiare adulto fragile, anche attraverso i percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento. I centri provinciali di istruzione per gli adulti (CPIA) possono individuare criteri e modalità per il riconoscimento di crediti, valorizzando l'esperienza maturata in ambito familiare. La Rete della protezione e dell'inclusione sociale, istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'articolo



	<p>21 del dlgs 147/2017, nella definizione dei piani nazionali consulta le associazioni dei caregiver familiari maggiormente rappresentative, per individuare specifici bisogni e modalità realizzative. Le regioni individuano i criteri per la rappresentatività delle associazioni in ambito regionale per la partecipazione alla stesura dei piani regionali e del territorio di riferimento. Non sono previsti oneri.</p>	
<p>Art. 40 – Ambito di applicazione del titolo II</p>	<p>Gli articoli da 21 a seguire (titolo II – Disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti e valutazione multidimensionale unificata) trovano applicazione per le persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo quanto stabilito agli articoli 34, 35 e 36, sulla prestazione universale dell'assegno di assistenza.</p>	<p>In prospettiva, andrebbe eliminato il riferimento ai 70 anni.</p>
<p>Art. 41 – Disposizioni finanziarie</p>	<p>Agli oneri derivanti dall'introduzione per il 2025 e il 2026 dell'assegno di assistenza, si provvede mediante ricorso al Fondo per le non autosufficienze (75 milioni annui), al Programma nazionale Inclusione e lotta alla povertà (125 milioni annui) e alle disponibilità della Missione 5 del Pnrr (50 milioni annui).</p>	<p>Si definiscono, nell'ambito delle risorse stanziato per interventi a carattere sociale, le coperture relative all'introduzione della prestazione universale.</p>
<p>Art. 42 – Entrata in vigore</p>	<p>Il decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione in gazzetta ufficiale.</p>	