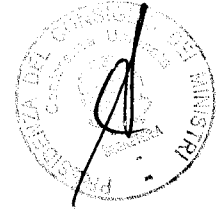


22-2-2024



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

24/27/CU02/C8



**POSIZIONE SULLO SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO RECANTE  
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE  
ANZIANE, IN ATTUAZIONE DEGLI ARTICOLI 3, 4, E 5 DELLA LEGGE 23  
MARZO 2023, N. 33**

**Intesa, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, della legge 23 marzo 2023, n. 33**

***Punto 02) O.d.g. Conferenza Unificata***

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime la mancata intesa, in quanto la mancata previsione di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali, inficia la portata innovativa della riforma depotenziandone l'efficacia sia nel processo di ampliamento dell'accesso ai servizi, sia nell'intensità e nella durata dei servizi offerti.

Le Regioni Campania, Puglia, Toscana ed Emilia-Romagna esprimono avviso contrario, non solo per l'assenza di una copertura finanziaria della Riforma, ma sull'impianto complessivo del provvedimento e sul mancato coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome nella stesura dello schema di decreto legislativo.

La Provincia autonoma di Bolzano, nell'esprimere avviso contrario per le suddette motivazioni, evidenzia la necessità che venga tolto il riferimento alle Province autonome all'articolo 21 laddove è previsto che *“Regioni e Province autonome elaborano Piani regionali corrispondenti ai Piani nazionali e li trasmettono al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione dei LEPS”*.

La Conferenza rileva, inoltre, che la proposta di ridurre la platea dei possibili beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie e dei LEPS collegati *“alle persone che abbiano compiuto 70 anni”* non rientra nei principi della Legge di delega che contempla solo *“l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente”* e non prevede dei limiti all'accesso alle prestazioni per fasce di età.

Per di più tale disposizione è in contraddizione con il decreto stesso laddove, definendo la persona anziana come *“la persona che ha compiuto 65 anni”*, specifica che le persone anziane hanno diritto all'accesso alle prestazioni di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria qualora valutate non autosufficienti.

Se l'articolo 40 rimanesse inalterato, significherebbe escludere dall'assistenza tutte le persone non autosufficienti tra i 65 e 69 anni di età, molte già in carico ai servizi con le risorse FNA.

Ad ogni buon fine, si allegano le proposte emendative condivise dalle Commissioni Politiche Sociali e Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

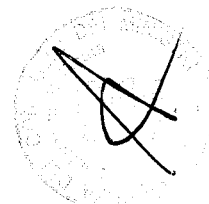
Roma, 22 febbraio 2024

**ART. 1**  
**(Oggetto e finalità)**

Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p><i>“Co. 1 ... (fine capoverso) 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.”</i></p>	<p>La parola “assicurare la sostenibilità dei servizi” risulta particolarmente vincolante se pensiamo che la riforma non prevede risorse aggiuntive rispetto all’esistente e quindi si propone o di sostituire la parola “assicurare” con la parola “promuovere”.</p>

**ART. 2**  
**(Definizioni)**

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
<p><i>Co. 1 lett. 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</i></p>	<p>Si propone di eliminare la parola “gravi”, in quanto non necessariamente i livelli di prestazione interverranno sulle persone gravi. meglio parlare di non autosufficienti per non limitare l’operatività del decreto che verrà approvato ai sensi dell’art. 27 comma 7 e che si auspica terrà conto dei sistemi di valutazione regionali ed in vigore.</p>
<p><i>Co. 1 lett. c) ..valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto, con riferimento delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)</i></p>	<p>Si propone di riformulare il periodo di cui al comma 1 lett c) nel seguente modo:   <i>“...valutate sulla base di metodologie standardizzate che terranno conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) e dei sistemi di valutazione in vigore presso le regioni, con riferimento agli strumenti vigenti o che entreranno in vigore per effetto dell’art. 27 comma 7,”</i></p>



ART. 10

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

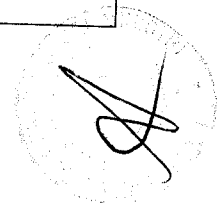
Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co. 1 Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è assicurata alle persone anziane la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata secondo i criteri e 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.</p>	<p>Si ritiene opportuno proporre un elemento di gradualità stante il livello difforme di attivazione delle case della comunità e l'esistenza di previgenti modelli regionali</p> <p><i>Ad oggi esiste una difformità territoriale a livello nazionale sulla attuazione della norma che disciplina i PUA presso le case della Comunità ed andrebbe aggiunta perciò una clausola di salvaguardia riferita ai modelli organizzativi in vigore presso le regioni a garanzia della continuità dei servizi raggiungimento graduale di questo passaggio</i></p> <p>Il testo sembra affidare alla valutazione multidimensionale unificata una funzione di "erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo destinati a favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e socio sanitari". È proprio questo che si vuole statuire o questa funzione rimane in capo ai PUA; in quest'ultima ipotesi deve essere meglio specificata la frase.</p> <p><u>Si propone pertanto di riformulare il comma 1 come segue:</u></p> <p><b>1. Nell'ambito dei punti unici di accesso (PUA), di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è assicurata sono assicurate alle persone anziane la erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo destinati a favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari e 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."</b></p> <p>Si propone, infine, di coordinare il testo dell'articolo in esame con quanto previsto dall'articolo 27 con particolare riferimento al comma 3 in cui sono individuati criteri di priorità per l'accesso ai servizi dei PUA.</p>



ART. 15

Linee guida in materia di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale

Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co.1 <i>“Al fine di incentivare e promuovere il ricorso a nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, il CIPA, sentita la Cabina di regia per l'individuazione delle direttive in materia di valorizzazione e dismissione del patrimonio immobiliare pubblico, istituita presso il Ministero dell'economia e delle finanze dall'articolo 28-quinquies del decreto- legge 22 giugno 2023, n. 75, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 agosto 2023, n. 112, predispose, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, 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 le finalità di cui al primo periodo, al CIPA partecipa il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti o un suo delegato, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, secondo periodo, della legge 23 marzo 2023, n. 33.”</i></p>	<p>Si propone di integrare il testo come segue:</p> <p><i>“...linee guida volte a definire le caratteristiche, i criteri di eleggibilità e di priorità dei destinatari ed i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (senior cohousing) e di coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale)”</i></p>
<p>Co. 3 <i>“Le forme di coabitazione di cui al comma 1 sono 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 di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117”.</i></p>	<p>Si propone di integrare il testo come segue:</p> <p>Le forme di coabitazione di cui al comma 1 sono realizzate nell'ambito di case, case- famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari, <del>ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi,</del> nonché ad iniziative e attività degli enti del terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117. <b>Tali forme sono da considerare domicilio della persona anziana, anche ai fini dell'accesso ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari territoriali, anche nel quadro del DM 77/2022.</b></p>



**ART. 16**

**Criteria e standard di realizzazione di progetti di coabitazione mediante rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito**

Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co. 2 "Per le finalità di cui all'articolo 15, con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro centoventi giorni dalla data di approvazione delle linee guida di cui all'articolo 15, comma 1, sono 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:</p> <p>.....</p> <p>c) prevedere servizi comuni aggiuntivi ideati per favorire la socialità e garantire l'assistenza medico-sanitaria;"</p>	<p>Si propone di riformulare la lettera c) come segue:</p> <p>c) prevedere servizi comuni aggiuntivi ideati per favorire la socialità e <b>garantire spazi per necessità di natura assistenziale l'assistenza medico-sanitaria;</b></p>

**ART. 17**

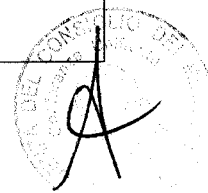
**(Progetti pilota sperimentali)**

Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co. 1 "Le regioni e i comuni, in coerenza con la pianificazione e la programmazione del territorio di rispettiva competenza, possono 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"</p>	<p>All'articolo 17, comma 1, dopo il primo periodo è inserito il seguente:</p> <p>"I comuni comunicano alla regione di appartenenza l'intenzione di avviare le azioni di cui al primo periodo, al fine di assicurare il necessario coordinamento tra le amministrazioni interessate."</p>

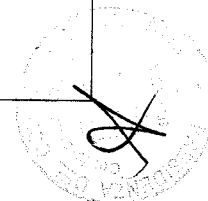
**ART. 21**

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

Testo Schema Dlgs	Proposte Regioni
<p>2. I soggetti responsabili dell'azione integrata dello SNAA sono le amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'Istituto nazionale</p>	



<p>della previdenza sociale (INPS), le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS). La coerenza della programmazione 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:</p> <p>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 23 marzo 2023, n. 33, adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e sentite le parti sociali, le associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;</p> <p>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;</p> <p>c) a livello locale, l'ATS e il distretto sanitario.</p>	<p>Al comma 2, le lettere b) e c) sono così riformulate:</p> <p><i>b) a livello regionale, gli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale con funzioni di programmazione a livello regionale, coordinamento e indirizzo;</i></p> <p><i>c) a livello locale, gli ATS e i distretti socio-sanitari con funzioni di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi.</i></p>
<p><i>Co. 4 "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"</i></p>	<p><i>Si propone di aggiungere dopo la parola "non autosufficienti", le seguenti: "nel rispetto dei modelli organizzativi regionali"</i></p>
<p><i>Co. 5 "...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</i></p>	<p><i>Si propone di aggiungere dopo la parola "organizzative", le seguenti: "nel rispetto dei modelli organizzativi regionali"</i></p>

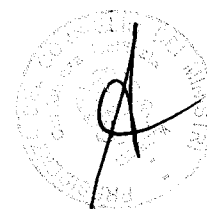


*degli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e assistenziali per le persone anziane non autosufficienti, nel rispetto delle prerogative del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli enti eroganti assistenza sociale nel rispetto delle competenze organizzative ”*

**ART. 22**

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

<b>Testo Schema Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>1. In coerenza con quanto recato dall'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011 n. 68, 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 30 dicembre 2021, n. 234, in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017.</p> <p>2. I LEPS o obiettivi di servizio di cui al comma 1 sono erogati dagli ATS nelle seguenti aree:</p> <p>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;</p> <p>b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;</p> <p>c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.</p>	<p><u>Si propone di riformulare i commi 1 e 2 come segue:</u></p> <p><i>“1. Ai fini del presente decreto i LEPS sono quelli individuati dall'articolo 1, commi 162, 163 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017.</i></p> <p><i>2. I LEPS di cui al comma 1 sono erogati dagli ATS nelle seguenti aree:</i></p> <p><i>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;</i></p> <p><i>b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;</i></p> <p><i>c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.”</i></p> <p><u>Si propone, altresì, di inserire il seguente nuovo terzo comma</u></p> <p><i>“3. Sono progressivamente individuate le modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e della progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di cui all'articolo 1, commi 162 e 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in coerenza con i criteri per l'attuazione dei relativi interventi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 147 del 2017.”</i></p>



**ART. 24**  
*(Funzioni degli ambiti territoriali sociali)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>1. 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 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 30 dicembre 2004, n. 311, e della Missione 6, Componente 1, Riforma 1, del PNRR.</p>	<p>Dopo le parole: "(ATS)", aggiungere: "attraverso un'idonea e stabile organizzazione, nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente"</p>

**ART. 26**  
*(Integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>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), gli ATS e le aziende sanitarie..."</p>	<p><u>Si propone di riformulare nel seguente modo:</u> "Al fine di garantire la <b>progressiva</b> realizzazione integrata dei LEPS e LEA, per le attività socio- sanitarie e sociali, <b>richiamata anche dal DPCM 3/10/2022 e in conformità con quanto previsto dall'articolo 21, comma 2, lettere b) e c), gli ATS e le aziende sanitarie...</b>"</p>

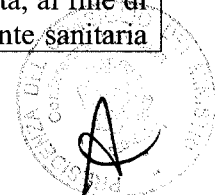
**ART. 27**  
*(Valutazione multidimensionale unificata)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>Co. 1 Il Servizio sanitario nazionale (SSN), gli ambiti territoriali sociali e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano ...</p>	<p>Si ritiene opportuno inserire anche le regioni. Si propone di integrare la formulazione del comma 1 valorizzando anche l'integrazione con gli sportelli e i servizi sociali territoriali come segue: "1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), <b>le Regioni</b>, gli ambiti territoriali sociali e l'INPS, per i profili di competenza, assicurano alla persona anziana, avente i requisiti previsti dal</p>





	<p>comma 2, l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale di cui al presente decreto, alle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, 30 marzo 1971, n. 118 e 11 febbraio 1980 n. 18 e di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), n. 3 e lettera b) della legge 22 dicembre 2021, n. 227, 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 Servizio sanitario nazionale denominate "Case della comunità", <b>stante la progressiva realizzazione delle stesse, anche in integrazione con gli sportelli e i servizi sociali territoriali, per garantire la massima prossimità e capillarità di presenza sul territorio, rendendo quindi facilmente accessibile l'accesso alla rete dei servizi, ed evitando all'utente di doversi rivolgere a più sedi e servizi.</b>"</p>
<p>Co 4. <i>“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 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute”.</i></p>	<p>Al comma 4, si propone di aggiungere nell'elenco dei soggetti che possono effettuare la segnalazione, anche gli infermieri delle cure territoriali (cure domiciliari, cure palliative, infermieri di famiglia o di comunità) previsti dal DM 77.</p> <p><i>“4. La valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, degli <b>infermieri delle cure territoriali</b>, 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 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.”</i></p> <p>L'estensione della valutazione multidimensionale a tutti i casi (semplici e complessi) implica la necessità di una valutazione congiunta, al fine di garantire la presenza della componente sanitaria</p>



	unitariamente a quella sociale, che deve prevedere il coinvolgimento delle professionalità sociali afferenti all'ATS non solo per i casi previsti al comma 13 dell'art. 27 (nel momento della redazione del PAI), ma per tutte le valutazioni, permettendo l'esplorazione di tutte le dimensioni del bisogno sociale, sanitario e sociosanitario e la relativa risoluzione.
<p>co. 7 "Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, avvalendosi del supporto dell'Istituto superiore di sanità, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e della componente tecnica della Rete della protezione e dell'inclusione sociale di cui all'articolo 21, comma 1, del decreto legislativo n. 147 del 2017, sentito l'INPS e previa intesa acquisita in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021.."</p>	<p>Si propone di inserire dopo le parole "dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali" le parole "delle Regioni".</p> <p>Il comma sembra prevedere l'accesso ai PUA e alla conseguente valutazione multidimensionale unificata esclusivamente dal domicilio. In realtà è altissima la richiesta di servizi direttamente dai servizi ospedalieri in conseguenza di un episodio di acuzie che determina l'instaurarsi o un aggravarsi della situazione di non autosufficienza. Il decreto sembra non interessarsi di questa fase di "continuità assistenziale" che sempre più presenta difficoltà per i servizi territoriali (sanitari e sociali) di una pronta presa in carico. Sarebbe opportuna una riflessione e un'integrazione del testo normativo su questo tema.</p>
<p>co. 12 lett. b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.</p>	<p>Andrebbe aggiunto il ruolo del coordinatore dell'UVM. Tale aspetto potrebbe essere demandato alle Regioni.</p>
<p>Co. 18 "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,</p>	<p>Il comma 18 è così riformulato: "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. <b>Il budget di cura previa adozione dei relativi atti amministrativi, nel rispetto dei criteri di accesso</b></p>



<p>tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale. ..... omissis”</p>	<p><i>definiti a livello regionale e locale, per le prestazioni di competenze, viene approvato e sottoscritto dall’UVM e dalla persona nel rispetto delle risorse disponibili e delle specifiche finalità. Resta ferma la disciplina della compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n.159. 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. ..... omissis”</i></p>
<p>co.18 dopo lett. b) inserire nuova lettera</p>	<p><u>Si propone di aggiungere:</u>  “<i>Resta ferma la disciplina della compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159.</i>”</p>
<p>co.18 alla fine del comma</p>	<p><u>Si propone di aggiungere:</u>  “<i>Il budget di cura, previa adozione dei relativi atti, anche amministrativi, nel rispetto dei criteri di accesso definiti a livello regionale e locale per le prestazioni di competenza, viene approvato e sottoscritto dai professionisti dell’UVM e dalla persona nel rispetto delle risorse disponibili</i>”  Tale specificazione è necessaria in quanto l’aspetto economico-amministrativo può svolgersi in tempistiche diverse dall’approvazione del PAI</p>

**Art. 31**

**“Servizi residenziali e semiresidenziali socio-sanitari”**

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co. 2 “<i>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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.</i>”</p>	<p>Il comma 2 è riformulato come segue: “<i>Il SSN garantisce alle persone con <b>disabilità divenute anziane anziane</b> <del>con</del> <b>disabilità fisiche, psichiche e sensoriali</b>, di cui all’art 33 del presente decreto, trattamenti riabilitativi e di mantenimento, previa valutazione multidimensionale unificata e stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI), che definisce obiettivi, modalità e durata dei trattamenti, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.</i>”</p>



<p>6. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale nonché cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri residenziali multiservizi (CRM). Ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrati nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate e si raccordano con le Case della comunità operanti presso il distretto di riferimento.</p>	<p>Al comma 6, si condivide il modello dei centri multiservizi, che si propone di allargare alle attività semiresidenziali e alle attività di natura sociale e socioassistenziale, quindi non solo ad attività residenziali e domiciliari di carattere sanitario e sociosanitario. Si propone pertanto la seguente riformulazione del comma 6.</p> <p><i>“6. Nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le strutture residenziali e <b>semiresidenziali</b> sociosanitarie possono essere dotate di moduli distinti per l'erogazione di trattamenti con diverso livello di intensità assistenziale nonché cure domiciliari di base e integrate, connotandosi come Centri <del>residenziali</del>-multiservizi (CRM). Ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrati nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate e si raccordano con le Case della comunità operanti presso il distretto di riferimento. <b>Presso i Centri Multiservizi possono essere previste anche attività e unità di offerta diurna, residenziale e domiciliare di carattere sociale e socioassistenziale.</b>”</i></p>
<p>Co.7 “Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centoventi giorni, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'individuazione e all'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei al livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private, anche appartenenti ad enti del terzo settore, che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario di cui al comma 2, in coerenza con le previsioni di cui agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del decreto legislativo n. 502 del 1992. Nell'ambito dei suddetti criteri è dato valore, in particolare: .....omissis .....</p>	<p>Dopo le parole: “Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano” aggiungere le parole: “e previo raccordo con le previsioni attuative di cui alla legge 5 agosto 2022, n. 118”.</p> <p>Dopo le parole: “che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali” eliminare le parole “e domiciliari”</p> <p><b>Osservazioni:</b> Si rappresenta in ogni caso che l'individuazione di ulteriori requisiti di autorizzazione e accreditamento determina costi aggiuntivi con conseguente necessità di valutazione della copertura economica.</p>



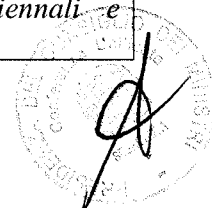
**ART. 34**  
**Prestazione universale**

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>Co. 3 “<i>Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è nominata 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</i>”.</p>	<p>Si propone di integrare il testo come segue:  <i>“...è nominata una <b>commissione tecnico-scientifica con il coinvolgimento delle Regioni.....</b>”.</i></p> <p>Osservazione:            Si fa presente in ogni caso la necessità di:            - chiarire come gli interventi di cui al presente articolo si coordinano con quelli già previsti per l’assegno di cura nell’ambito dell’FNA.  <b>chiarire le finalità della misura proposta, considerato che rischia di sovrapporsi con quella dell’assegno di cura e in ogni caso non è adeguata agli scopi (perché 850 euro mensili non sono sufficienti a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza necessari per questa tipologia di utenti).</b></p>

<p><b>Si propone di inserire il seguente articolo aggiuntivo:</b>  <b>Articolo aggiuntivo Art. 39-bis (Clausola di salvaguardia)</b></p> <p><i>“1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.”</i>  <u><i>Le proposte sono volte a tutelare le competenze attribuite alle province autonome dall’articolo 8, punto 25, dello Statuto speciale in materia di assistenza e beneficenza pubblica.</i></u></p>
--

**ART. 3**  
**(Ruolo del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana)**

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<p>Co. 1 (meta capoverso) ...<i>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.</i></p>	<p>Si propone la seguente riformulazione:  <i>“della legge n. 33 del 2023, gli <b>indirizzi per la formulazione dei piani specifici, nonché dei servizi di carattere sociale...</b>”</i>  <i>Se a livello statale gli interventi sull’invecchiamento attivo non vengono finanziati perchè devo adeguare e adattare i piani regionali al piano nazionale?</i>  <i>Si rappresenta infatti che alcune regioni hanno già una normativa regionale (legge) vigente in materia di invecchiamento attivo che prevede la modalità di collaborazioni con gli stakeholder e la predisposizione di Piani pluriennali e programmi attuativi annuali</i></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)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Co. 3 Entro il 30 aprile di ogni anno, le amministrazioni di cui ai commi 1, lettere b), c) e d), e 2, trasmettono alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia una relazione sulle attività previste dal presente articolo, svolte nell'anno precedente	<p>In assenza del piano nazionale, di una definizione delle risorse a disposizione e di uno schema tipo di relazione risulta difficile sostenere l'obbligo.</p> <p>L'art. 6 prevede che le Regioni trasmettano entro il 30 aprile di ogni anno alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia una relazione sulle attività previste. Senza un'adeguata copertura finanziaria, tale previsione appare irragionevole. Si chiede pertanto di prevedere delle risorse specifiche ovvero eliminare il riferimento alla relazione.</p>

**ART. 11**

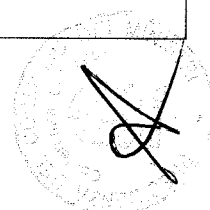
*(Valorizzazione delle attività volte a promuovere l'incontro e il dialogo intergenerazionale nelle istituzioni scolastiche e nelle università anche mediante il riconoscimento di crediti universitari)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Dopo il Co. 7 dovrebbe essere aggiunto un ulteriore comma	<p>Si propone di aggiungere un ulteriore comma:  <i>“Va promosso nelle linee di indirizzo il coordinamento della programmazione di tali azioni con quelle programmate nell'ambito dei piani sull'invecchiamento attivo.”</i></p>

**ART. 12**

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

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Co. 2 “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”	<p>Si propone di aggiungere alla fine del comma 2 il seguente periodo:  <i>“Va promosso nelle linee di indirizzo il coordinamento della programmazione di tali azioni con quelle programmate nell'ambito dei piani sull'invecchiamento attivo.”</i></p>



**ART. 15***(Linee guida in materia di senior cohousing e di cohousing intergenerazionale)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Co. 1 "...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...."	Risulta necessario tracciare il modello per la presa in carico a partire dalla valutazione per l'accesso alle misure in quanto trattasi di soggetti svantaggiati e non auto

**ART. 19***(Rete dei servizi di facilitazione digitale)*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Co. 2 alla fine del comma andrebbe aggiunto un ulteriore comma	Si propone di aggiungere un ulteriore comma: "Va promosso nelle linee di indirizzo il coordinamento della programmazione di tali azioni con quelle programmate nell'ambito dei piani sull'invecchiamento attivo."

**ART. 21***Definizione e articolazione multilivello del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente*

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
Co. 6 "Il CIPA, con le modalità previste dall'articolo 21, commi 6, lettera c), e 7 del decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147, 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 8 novembre 2000, n. 328".	Alla fine del comma 6, aggiungere il seguente periodo: "..... <b>tenendo conto anche della componente dei servizi sociosanitari e dei modelli organizzativi regionali</b> ".
Co 7 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.	<u>Si propone di riformulare il comma 7 come segue:</u> Le regioni <del>e le province autonome</del> 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. <b>Sulla base</b>



	<i>dei dati di monitoraggio e della relativa valutazione, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali esercita gli opportuni poteri di indirizzo nel rispetto delle previsioni di legge.</i>
Co 8 Alla realizzazione della programmazione integrata concorrono le attività concernenti l'attuazione delle linee di intervento progettuale a valere sulla Missione 5 - Inclusion e coesione e sulla Missione 6 – Salute ....	Le regioni non hanno visibilità sui dati della M5C2  <i>Si propone quindi di aggiungere alla fine del capoverso, il seguente periodo: "In relazione al monitoraggio di tali attività vale la disciplina di specie"</i>

#### ART. 24

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

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
Co. 2 Gli ATS, per lo svolgimento delle funzioni proprie, si avvalgono della collaborazione delle infrastrutture sociali in capo alle istituzioni di cui al decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 ovvero di quelle di ogni altro soggetto pubblico o privato operante sul territorio, cui sono assegnati secondo le previsioni di legge nazionali e regionali, compiti e funzioni nell'ambito dei servizi sociali	<i>Si propone di inserire dopo le parole "sono assegnati sulla base dei modelli organizzativi regionali, secondo le previsioni"</i>
Co. 5 "Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, ad adottare entro centoventi giorni e aggiornare periodicamente, anche ai sensi dell'articolo 1, comma 161, della legge n. 234 del 2021, linee guida finalizzate al delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione dei LEPS nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente."	Peccato sia scomparso ogni riferimento alla forma organizzativa richiesta agli ATS per garantire l'effettivo assolvimento dei compiti. Peraltro, le linee guida previste dalla legge 234/21 non sono ancora state approvate. Il riferimento al vincolo di risorse scarica sugli EELL gli oneri organizzativi  Si propone di inserire dopo la parola: <i>"degli ATS e all'attuazione <b>progressiva</b> dei LEPS nel limite..."</i>

#### ART. 27

##### *(Valutazione multidimensionale unificata)*

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
4. La valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 è effettuata, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, dal medico di	L'estensione della valutazione multidimensionale a tutti i casi (semplici e complessi) implica la necessità di una valutazione congiunta, al fine di garantire la presenza della componente sanitaria





<p>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 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della legge 22 dicembre 2021, n. 227, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.</p>	<p>unitariamente a quella sociale, che deve prevedere il coinvolgimento delle professionalità sociali afferenti all'ATS non solo per i casi previsti al comma 13 dell'art. 27 (nel momento della redazione del PAI), ma per tutte le valutazioni, permettendo l'esplorazione di tutte le dimensioni del bisogno sociale, sanitario e sociosanitario e la relativa risoluzione.</p>
<p><i>Co. 17 All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente e dal suo rappresentante, sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona.</i></p>	<p><b>Si propone di riformulare nel seguente modo:</b>  <i>"All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente e dal suo rappresentante, <b>previa adozione dei relativi atti anche amministrativi, nel rispetto dei criteri di accesso definiti a livello regionale e locale per le prestazioni di competenza</b> sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona.</i></p>

#### ART. 28

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

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
<p>Com. 3  <i>"...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..."</i></p>	<p>Comma 3            Non ci condivide la previsione di una "attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi", incompatibile con un sistema che ha dei limiti, e lo esplicita, nelle disponibilità finanziarie.</p> <p>Si chiede quindi la cancellazione del seguente periodo del comma 3 "attivazione immediata e automatica dei benefici ammessi".</p>
<p>Com. 3</p>	<p>Al comma 3 le parole: "e le province autonome", sono soppresse.</p>



**ART. 29**

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

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
Co. 3 .... Con disposizioni di legge regionale, nel rispetto delle linee di indirizzo di cui al comma 3 e ...	Forse è un refuso le Linee sono quelle richiamate al comma 2 dell'art.

**ART. 30**

*(Servizi residenziali e semiresidenziali socioassistenziali)*

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
Co. 3 "...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 ..."	Al comma 3, si propone di eliminare il riferimento ai servizi accreditati in quanto poco chiaro e poco aderente ai modelli regionali vigenti e di riformulare come segue: "3. I servizi sociali diurni e quelli semiresidenziali <b>possono essere offerti anche presso strutture polifunzionali che erogano anche interventi sono offerti presso centri di servizio accreditati anche per l'offerta di</b> 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 e 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017."

**Art. 31**

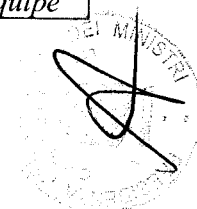
*"Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari"*

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
Co. 7 c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più nuclei abitativi diversificati per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale CRM;	Si propone anche seguente riformulazione del comma 7 lettera c). "c) all'attitudine della struttura a contenere al proprio interno più <b>attività e unità di offerta nuclei abitativi</b> diversificate per tipologie di prestazioni, rappresentando un potenziale CRM;"

**ART. 32**

*Misure per garantire l'accesso alle cure palliative*

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
Co. 2 "Le reti locali delle cure palliative assicurano sul territorio di riferimento, attraverso equipe di cure palliative dedicate	<b>Si propone di integrare il testo come segue:</b> "Le reti locali delle cure palliative assicurano sul territorio di riferimento, attraverso equipe



<p>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:</p> <p>a. nelle strutture di degenza ospedaliera, ivi inclusi gli hospice in sede ospedaliera;</p> <p>b. nelle attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;</p> <p>c. a domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM);</p> <p>d. nelle strutture residenziali sociosanitarie e negli hospice”.</p>	<p>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:</p> <p>a. nelle strutture di degenza ospedaliera, ivi inclusi gli hospice in sede ospedaliera;</p> <p>b. nelle attività ambulatoriali per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee;</p> <p>c. a domicilio del paziente attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCP-DOM);</p> <p>d. <b>in raccordo con gli enti gestori delle nelle strutture residenziali sociosanitarie</b></p> <p>e. negli hospice.”</p> <p><b>Osservazione: pur condividendone il principio, l'articolo ha un impatto organizzativo ed economico non sostenibile in assenza di risorse dedicate in particolare per garantire il diritto al fine vita nelle strutture sociosanitarie ed anche al domicilio.</b></p>
---	--

**ART. 33**

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

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
<p>Co. 2 Le persone con disabilità già accertata, al compimento del sessantacinquesimo 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 ricorrerne dei requisiti, in assegno sociale. Le medesime persone hanno diritto ad accedere, anche dopo il sessantacinquesimo 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 22 dicembre 2021, n. 227.</p>	<p>Si propone di riformulare nel seguente modo:  “Le persone con disabilità già accertata, al compimento del sessantacinquesimo anno di età, <b>a seguito di valutazione dell’UVM valuta l’appropriatezza dell’intervento</b>, hanno diritto (recupera passaggio sulla disabilità) 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 ricorrerne dei requisiti, in assegno sociale. Le medesime persone hanno diritto ad accedere, <b>sempre su indicazione dell’UVM</b>, anche dopo il sessantacinquesimo anno di età, ai servizi e alle attività specifiche per la condizione di disabilità, secondo quanto previsto dal progetto di vita;</p>



	<i>individuale, partecipato e personalizzato, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227."</i>
<i>Co. 3 "...si predisporre il budget di cura e di assistenza, in coerenza con il budget del progetto di vita, ove già predisposto."</i>	<i>Si propone di inserire alla fine del comma, il seguente periodo: "Si richiama la necessità che il budget di cura e il budget del progetto di vita, previa adozione dei relativi atti, anche amministrativi, vengano approvati e sottoscritti dai professionisti dell'UVM e dalla persona nel rispetto delle risorse disponibili"</i>

**ART. 34**  
**(Prestazione universale)**

<b>Testo Schema di Dlgs</b>	<b>Proposte Regioni</b>
<i>Co. 3 .... Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è nominata 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...</i>	<p><i>E' necessario considerare che la definizione della non autosufficienza gravissima attualmente influisce sulla platea dei beneficiari delle risorse del FNA e quindi tali criteri andrebbero ad incidere sulle platee dei beneficiari così come individuati dalle rispettive programmazioni regionali sono necessarie clausole di salvaguardia alla continuità delle prestazioni.</i></p> <p><i>La previsione del requisito del valore ISEE non superiore a Euro 6.000 ai fini del riconoscimento della prestazione universale di cui all'art. 34 restringe notevolmente la platea dei beneficiari, in particolare se posta in confronto con la previsione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, la quale dispone che "Gli interventi previsti dal presente piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. Nel caso di interventi forniti a persone in condizioni di gravissima disabilità le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria."</i></p> <p><i>Tra l'altro l'indeterminatezza dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, criteri rimessi all'individuazione a mezzo di successivo decreto ministeriale, rende non ponderabile la</i></p>



	<i>platea dei beneficiari, platea che potrebbe non essere corrispondente a quella degli attuali beneficiari di misure in qualità di persone con grave disabilità.</i>
--	---

**ART. 40**  
*(Ambito di applicazione del titolo II)*

Testo Schema di Dlgs	Proposte Regioni
<p>1. 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.</p>	<p>La proposta di ridurre la platea dei possibili beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie e dei LEPS collegati (cfr art. 22 che ricade nell'ambito di applicazione dell'art. 40) <b><i>“alle persone che abbiano compiuto 70 anni”</i></b> non rientra nei principi della Legge di delega che contempla solo <i>“l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente”</i> e non prevedeva dei limiti all'accesso alle prestazioni per fasce di età. Per di più tale disposizione è in aperta contraddizione con il decreto stesso laddove, definendo la persona anziana come <i>“la persona che ha compiuto 65 anni”</i> (art. 2), e nell'oggetto <i>“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 <b>popolazione anziana</b> [...] nonché volte a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di <u>assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti</u> [...]”</i> specifica che le persone anziane sono quelle che hanno compiuto 65 anni e hanno diritto all'accesso alle prestazioni di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria qualora valutate non autosufficienti.</p> <p>Questo anche in relazione alle ricadute sulla previsione dell'art. 4 del decreto in materia di promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi.</p> <p>Se l'articolo rimanesse in vita significherebbe escludere dall'assistenza tutte le persone non autosufficienti tra i 65 e 69 anni di età, molte già in carico ai servizi con le risorse FNA, facendo prevalere un lettura “finanziaria” rispetto a quella dei bisogni, contraria allo spirito del Piano per la non autosufficienza e non condivisibile da parte della nostra regione.</p> <p><u>Pertanto, si propone di sopprimere l'art. 40.</u></p>

