



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 34

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 - Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33.

Cari Presidenti,

Si segnala per opportuna conoscenza che sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18-3-2024 è stato pubblicato il decreto legislativo indicato in oggetto di cui **si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse così come illustrate nel dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.**

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

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

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

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

b) promuove, acquisito il preventivo parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard (di cui all'art. 1, comma 29, della legge di stabilità 2016 - legge n. 208 del 2015), e in raccordo con la Cabina di regia di cui all'art. 1, comma 792, della legge di bilancio 2023 e con quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lett. h) n. 2 della legge n. 227 del 2021, ferme restando le competenze dei singoli Ministeri, l'armonizzazione dei LEPS rivolti alle persone anziane non autosufficienti e dei relativi obiettivi di servizio, con i LEA;

c) promuove l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

e l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi.

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

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

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

L'articolo 9 è volto alla promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, finalizzate a consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio, con prioritario riferimento alla persona cd. "grande anziana" (art. 2 che fa riferimento ai soggetti che abbiano compiuto 80 anni), affetta da almeno una patologia cronica (comma 1).

Tali prestazioni, ai sensi del **comma 2**, devono essere individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF ed il Ministro per le disabilità, sentito il CIPA - Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato Regioni ed autonomie locali, da adottare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto di attuazione, e in coerenza con le **progettualità dei servizi sanitari erogati in telemedicina**, così come stabiliti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas, in qualità di soggetto responsabile dell'attuazione della Missione 6 - Salute, Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale), Investimento 2 - Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina, con riferimento alla misura 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, del PNRR.

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

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

dalle farmacie nell'ambito del SSN, e secondo le modalità di cui al predetto decreto previsto al comma 2.

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

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

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

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

L'articolo 22, composto da due commi, dispone in ordine alle modalità di determinazione degli obiettivi di servizio e alle modalità della progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), nonché in ordine alle relative modalità di erogazione tramite gli ambiti territoriali sociali (ATS).

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

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

I richiamati commi 162 e 163 ineriscono, rispettivamente, al ruolo degli ATS nella erogazione dei servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, e ai punti unici di accesso (PUA) quali strumenti di accesso delle persone in condizioni di non autosufficienza ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari.

Dal rinvio operato dal comma in esame ai predetti commi 162 e 163 si desume che i LEPS, per quanto qui rileva, sono *in primis* i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane (comma 162), nonché i servizi sociali e i



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

servizi sociosanitari alle persone (anziane) in condizioni di non autosufficienza (comma 163).

Quanto al riferimento ai criteri per l'attuazione degli interventi, si ricorda che l'articolo 3 del presente provvedimento prevede che il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) individui le seguenti tipologie di criteri: criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale; criteri per assicurare l'attuazione e l'uniforme applicazione degli interventi, dei progetti e dei servizi anzidetti.

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

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

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

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

L'articolo 23, composto da 4 commi, disciplina il sistema di monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS).

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

Il comma 1 dell'articolo in esame demanda ad un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia delle finanze, con il Ministro della salute e con il Ministro per le disabilità, da adottare previa



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

intesa nella Conferenza Stato-regioni, in raccordo con la Cabina di regia per la determinazione dei LEP, la definizione, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, del sistema di monitoraggio e dei relativi criteri nonché degli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché degli interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP, in coerenza a quanto indicato nella legge delega n. 33 del 2023, articolo 4, comma 2, lettera e).

In base al comma 2 dell'articolo in disamina, con cadenza triennale, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali effettua una verifica, sulla base delle attività di monitoraggio specificamente previste e disciplinate per ciascuno dei settori considerati, del grado di adeguatezza dei LEPS.

Il successivo comma 3 prevede che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, l'INPS, le regioni e le province autonome, i comuni e gli ambiti territoriali sociali (ATS) favoriscano l'interoperabilità dei propri "sistemi", nel rispetto delle linee guida sull'interoperabilità tecnica delle pubbliche amministrazioni adottate dall'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) e delle linee guida definite dall'Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD).

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

L'articolo 24, composto da 5 commi, disciplina le funzioni degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS).

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

Il comma 1 dell'articolo in esame stabilisce che gli ATS provvedono a garantire, sulla base degli indirizzi forniti dallo SNAA e della programmazione regionale, lo svolgimento omogeneo di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, 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 1.295, del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale (di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77), in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e della missione 6, componente 1, riforma 196, del PNRR.

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone.

In base al comma 3 dell'articolo in disamina, agli ATS sono attribuite le seguenti funzioni:

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

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

Il comma 5 dell'articolo in disamina stabilisce che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ad adottare "entro centoventi giorni" e ad aggiornare periodicamente linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione dei LEPS nel limite delle risorse disponibili a legislazione vigente.

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

L'articolo 26 consta di un unico comma, recante disposizioni in materia di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

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

L'articolo in esame stabilisce che, al fine espresso di garantire la realizzazione integrata dei LEPS e LEA per le attività socio-sanitarie e sociali, gli ambiti territoriali sociali (ATS), le aziende sanitarie e i distretti sanitari, ciascuno per le proprie funzioni e competenze, sulla base della programmazione regionale integrata e in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, provvedono a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l'effettiva integrazione operativa dei processi.

È espressamente previsto che la predetta integrazione operativa avvenga secondo le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021, in coerenza con i principi di cui alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e alla legge 8 novembre 2000, n. 328.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Articolo 27 (Valutazione multidimensionale unificata)

L'articolo 27, composto da 19 commi, dispone in ordine alla valutazione multidimensionale unificata.

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

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

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

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

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

In base al comma 4, la valutazione circa l'esistenza dei requisiti di cui al comma 2 è effettuata - su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali - dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del Servizio sanitario nazionale, che indirizza l'interessato al PUA.

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

nazionale e agli Ambiti territoriali sociali (ATS), secondo quanto previsto dal succitato decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

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

Il comma 7 demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, la definizione dei criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, della composizione e delle modalità di funzionamento delle unità di valutazione multidimensionale (UVM), dello strumento della valutazione multidimensionale unificata (VMU).

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

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

Il comma 10 prevede che, nel caso sia esclusa la condizione di non autosufficienza e venga rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici previsti in materia di invalidità e disabilità, all'esito della VMA, l'UVM rediga apposito verbale con le risultanze della valutazione e lo trasmetta tempestivamente per via telematica, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.

Il comma 11 stabilisce che, quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale e lo trasmette all'INPS, attraverso la piattaforma informatica di cui al comma 4, per i provvedimenti di competenza. Detto verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai predetti benefici in materia di invalidità e disabilità e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati in precedenza citati.

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

condizione di non autosufficienza è presupposto per la redazione del PAI.

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

a) un professionista di area sociale degli ATS, operante come assistente sociale nell'ambito del sistema dei servizi sociali comunali;

b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.

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

In base al comma 15, il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei *caregiver* e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza. Inoltre, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, partecipano alla redazione gli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a contratto con comuni, ATS e distretti sociosanitari, secondo le normative di riferimento regionale, nei sistemi di cura e assistenza territoriali e che siano chiamati ad operare nel PAI condiviso con persone e famiglie anche tenendo conto delle analisi del fabbisogno già effettuate nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata.

Secondo quanto stabilito dal **comma 16**, nel PAI, che contiene gli obiettivi di cura, vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte.

Il comma 17 stabilisce che all'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente e dal suo rappresentante, sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione,

In base al comma 18, compete alla UVM, nell'ambito del PAI, individuare il budget di cura e assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

Il comma 19 stabilisce che il budget di cura e assistenza è aggiornabile, in relazione alla eventuale rimodulazione degli interventi previsti nel PAI effettuata nell'ambito del monitoraggio periodico di cui al comma 14.

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

L'articolo 29, composto da 6 commi, reca misure finalizzate a garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari.

Le disposizioni contenute nel presente articolo e nei restanti articoli del titolo II



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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

Il comma 1 dell'articolo in esame stabilisce che gli ATS, le Aziende sanitarie e i distretti, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal progetto individualizzato di assistenza integrata (PAI) finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate di cui all'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD).

Al comma 2 viene specificato che le cure domiciliari integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato, come indicato dal DM 23 maggio 2022, n. 77 (regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale), la cui implementazione - viene altresì evidenziato - è stata ulteriormente rafforzata ai sensi dell'articolo 1, comma 244, della legge 213 del 2023 (legge di bilancio 2024).

Si prevede poi che il monitoraggio delle prestazioni di cure domiciliari relative agli interventi sanitari e sociosanitari sia effettuato tramite il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute con il SIUSS del Ministero del lavoro e politiche sociali.

Il comma 3 dell'articolo in esame stabilisce che, con il decreto di cui articolo 27, comma 7, del presente provvedimento, su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale, sono, altresì, definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura. In base al comma 4, sono conseguentemente definite con disposizioni di legge regionale, nel rispetto delle succitate linee di indirizzo e delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 162, lett. a) e b), della legge n. 234 del 2021, le procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.

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

Il successivo comma 6 stabilisce che, in coerenza con la programmazione degli interventi delle Missioni 5 e 6 del PNRR, concorrono agli obiettivi di cui al comma 3 le misure di rigenerazione urbana, mobilità accessibile e sostenibile e



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

quelle del ricorso alle soluzioni abitative indicate dall'art. 3, comma 2, lettera a), numero 6), della legge n. 33 del 2023, quali: nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane; rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane; interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

Articolo 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)

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

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

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

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

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

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

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

Il comma 6 stabilisce che, nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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). Viene specificato che ciascuna unità d'offerta e di servizio funzionalmente integrati nel CRM mantiene il sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale previsto per le diverse attività erogate e si raccorda con le Case della comunità operanti presso il Distretto di riferimento.

Il successivo comma 7 demanda ad un decreto del Ministro della salute, da adottare "entro centoventi giorni", previa intesa in sede di Conferenza Stato - regioni, l'individuazione e l'aggiornamento, secondo principi di semplificazione dei procedimenti e di sussidiarietà delle relative competenze normative ed amministrative, di criteri condivisi ed omogenei al livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accredimento 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.

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

L'articolo 32, composto da 4 commi, reca misure finalizzate a garantire l'accesso alle cure palliative.

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

Il comma 1 dell'articolo in esame stabilisce che, in conformità a quanto previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, l'accesso alle cure palliative è garantito per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

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

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



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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

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

In conclusione, al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega il provvedimento indicato in oggetto (All. n. 1).

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

All.n.1

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005