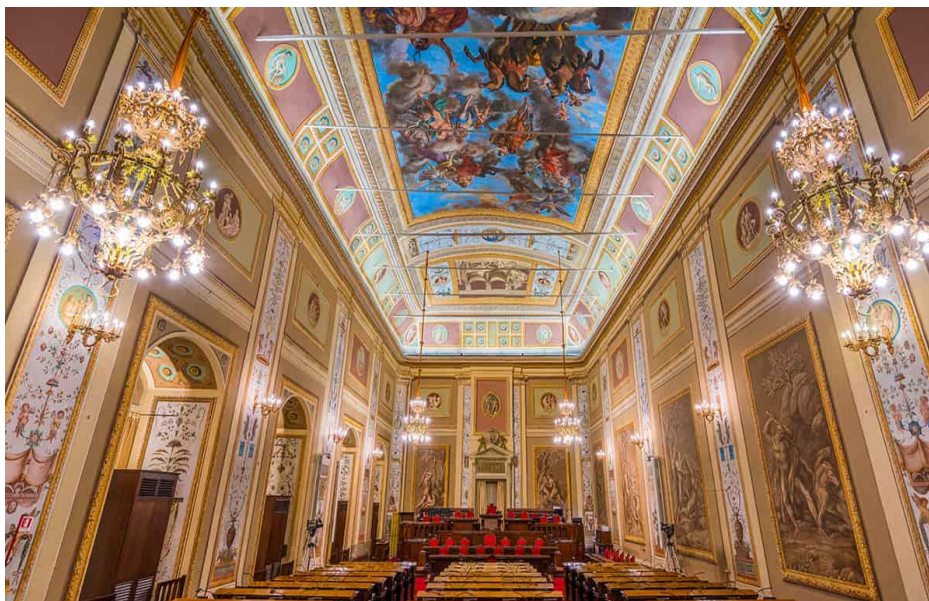




Repubblica Italiana
Assemblea Regionale Siciliana



Dossier sui disegni di legge

DDL n. 1018-145

*Interventi per la prevenzione e l'integrazione sociale, sanitaria e
assistenziale in favore della popolazione anziana*

Documento n. 13 - 2026

Servizio Studi
XVIII Legislatura - settembre 2026



Servizio Studi

Copia per uso interno

I documenti possono essere richiesti alla segreteria del Servizio:
tel. 091 705 4752 - fax 091 705 4371 - mail serviziostudi@ars.sicilia.it

I testi degli Uffici e dei Servizi dell'Assemblea regionale siciliana sono destinati alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei Parlamentari. L'Assemblea regionale siciliana declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini estranei e non consentiti dalla legge.

Indice

SCHEDA INFORMATIVA	4
NOTA INTRODUTTIVA	5
SCHEDE DI LETTURA	8
ARTICOLO 1 <i>FINALITÀ E PRINCIPI GENERALI</i>	9
ARTICOLO 2 <i>DEFINIZIONI</i>	9
ARTICOLO 3 <i>DESTINATARI</i>	10
ARTICOLO 4 <i>LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI PER LE PERSONE ANZIANE</i>	10
ARTICOLO 5 <i>PROGRAMMI DI PREVENZIONE SANITARIA</i>	11
ARTICOLO 6 PUNTO UNICO DI ACCESSO E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	12
ARTICOLO 7 PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)	13
ARTICOLO 8 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	14
ARTICOLO 9 SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI E RESIDENZIALI	15
ARTICOLO 10 RICONOSCIMENTO E SOSTEGNO DEI CAREGIVER FAMILIARI	16
ARTICOLO 11 PROMOZIONE DELLA DOMICILIARITÀ	17
ARTICOLO 12 COMPETENZE DEI COMUNI E DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI (ATS).....	17
ARTICOLO 13 COMPETENZE DELLE AZIENDE SANITARIE (ASP).....	18
ARTICOLO 14 SERVIZI SEMIRESIDENZIALI	18
ARTICOLO 15 SERVIZI RESIDENZIALI	19
ARTICOLO 16 PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO	20
ARTICOLO 17 PERCORSI DI PREVENZIONE INTEGRATI	21
ARTICOLO 18 NORMA FINANZIARIA	21

SCHEDA INFORMATIVA

Numero	1018-145
Titolo	Interventi per la prevenzione e l'integrazione sociale, sanitaria e assistenziale
Iniziativa	Parlamentare
Settore di intervento	Salute e politiche sociali
Numero di articoli	19
Commissione competente	VI - Salute, Servizi sociali e sanitari
Commissione per il parere	

NOTA INTRODUTTIVA

Il disegno di legge n. 1018-145, “*Interventi per la prevenzione e l’integrazione sociale, sanitaria e assistenziale*” si compone di 19 articoli distribuiti in sette Titoli e si propone di costruire un **sistema organico di tutela della popolazione fragile e anziana** in Sicilia.

Esso **si inserisce in un preesistente quadro normativo stratificato e puntuale** che può essere brevemente sintetizzato nei seguenti atti normativi generali e di attuazione:

- legge 23 marzo 2023, n. 33 “Deleghe al Governo in materia di **politiche in favore delle persone anziane**”;
- 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.” e decreto legislativo 30 aprile 2025, n. 93, decreti **attuativi della riforma** di cui al punto precedente;
- decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 “Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di **contrasto alla povertà**”;
- decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni “Riordino della **disciplina in materia sanitaria**, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei **livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” cc.dd. **LEA**;
- DM 77 del 2022 “Regolamento recante la **definizione di modelli e standard** per lo sviluppo **dell'assistenza territoriale** nel Servizio sanitario nazionale”;
- **legge regionale** Sicilia 21 marzo 2024, n. 5 “Riconoscimento e valorizzazione della figura del **caregiver familiare**”;

- **D.A. dell'Assessore regionale** per la Famiglia, le Politiche sociali e il Lavoro di concerto con l'Assessore regionale per la Salute n. 80 del 23.05.2023 **“Piano per l'invecchiamento attivo”**.

Con riferimento al citato d.lgs. **n. 29 del 2024** pare opportuno evidenziare che esso traccia un ben determinato percorso normativo di attuazione da parte delle Regioni.

Il comma 3 dell'articolo 4, infatti, dispone l'adozione, da parte dei Ministeri competenti, del CIPA e della Conferenza unificata o permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delle **Linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio**.

In tale ambito, particolare importanza riveste il **successivo comma 4** del citato articolo 4 il quale prevede che, sulla base delle dette linee di indirizzo, **a livello regionale e locale** siano adottati – **nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente** – appositi **“Piani di azione”**, mediante i quali si promuova l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali. Il comma specifica che tali piani d'azione sono parte fondamentale degli strumenti di programmazione integrata.

Alla luce di tale quadro normativo, si rendono necessarie alcune considerazioni.

Sotto il profilo del riparto delle competenze legislative, si ricorda che la **determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, rientra nella competenza esclusiva dello Stato**. La Corte costituzionale ha ricondotto a tale competenza anche la determinazione degli standard delle prestazioni da garantire in modo uniforme sul territorio nazionale (Corte costituzionale, sentenze n. 296 del 2012 e n. 204 del 2025).

Ne consegue **che la Regione non può, mediante propria fonte legislativa, procedere autonomamente alla determinazione dei livelli essenziali, né modificarne**

o sostituirne i contenuti definiti dalla legislazione statale, in quanto un intervento regionale siffatto si porrebbe in contrasto con il riparto costituzionale delle competenze e sarebbe, pertanto, suscettibile di determinare l'illegittimità costituzionale della relativa disposizione.

Diversamente, **nelle materie riconducibili alla competenza regionale, anche concorrente**, quale la tutela della salute, l'esistenza di una disciplina statale non esclude, di per sé, l'intervento del legislatore regionale, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale. In tale ambito, la Corte costituzionale ha escluso che la mera presenza di una disciplina statale determini una novazione della fonte, ove l'intervento regionale sia riconducibile alla competenza legislativa regionale e si ponga in coordinamento con la disciplina statale (Corte costituzionale, sentenza n. 66 del 2017).

Va comunque assicurata, in tali casi, la coerenza delle disposizioni del disegno di legge con la normativa statale e regionale vigente, evitando sovrapposizioni o duplicazioni di discipline e strumenti di programmazione.

Tale profilo assume particolare rilievo con riferimento al decreto legislativo n. 29 del 2024, che ha già previsto specifici strumenti e percorsi di attuazione a livello regionale e locale.

Ne consegue che, con riferimento a ciascuna disposizione, occorre verificare se la stessa si limiti a dare attuazione o integrazione alla disciplina statale nell'ambito della competenza regionale, ovvero incida su contenuti o standard riservati alla competenza esclusiva dello Stato, nonché se risulti coordinata con gli strumenti programmatici già previsti dalla normativa vigente.

SCHEDE DI LETTURA

Articolo 1

Finalità e principi generali

Il comma 1 elenca finalità della legge: tutela della dignità e autonomia degli anziani, prevenzione dell'isolamento, integrazione socio-sanitaria, invecchiamento attivo, sostegno ai caregiver, domiciliarità, cure palliative (lett. h), attività fisica (lett. i) - richiamando gli artt. 2, 3, 32 e 38 Cost. e la legge n. 33/2023.

Il comma 2 enuncia i principi di universalità, equità, accessibilità, appropriatezza, personalizzazione e continuum assistenziale.

Osservazioni:

Le finalità generali **reformulano in chiave sintetica l'oggetto dell'art. 1 del d.lgs. n. 29 del 2024** “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.”

In particolare, La lett. h) (cure palliative) riprende tematicamente l'art. 32 d.lgs. e la lett. i) (attività fisica sportiva) riprende l'art. 12 d.lgs.

Articolo 2

Definizioni

Il comma 1 definisce: persona anziana, grande anziana, anziana fragile (lett. c), anziana non autosufficiente (lett. d), invecchiamento attivo (lett. e), percorso di prevenzione integrato (lett. f), LEPS (lett. g), ATS (lett. h), PUA (lett. i), caregiver familiare (lett. l), PAI (lett. m).

Osservazioni:

Si rileva che le **definizioni sono parzialmente difformi** rispetto a quelle del d.lgs. n. 29 del 2024, che ha un sistema definitorio **vincolante** perché determina l'accesso alle prestazioni finanziate con risorse statali (INPS, SSN, fondi nazionali).

Si segnalano, inoltre, **criticità sotto il profilo della legittimità costituzionale della lett. g)** con cui vengono definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali, **LEPS**, che, com'è noto, costituiscono materia di **competenza esclusiva del legislatore statale**.

Infine, si osserva che **la lettera l) “caregiver familiari” si sovrappone alla legge regionale n. 5 del 2024 “Riconoscimento e valorizzazione della figura del caregiver familiare”** che reca una disciplina organica della figura del *caregiver familiare*.

Articolo 3 *Destinatari*

La norma individua i destinatari della legge, ovvero, le persone anziane residenti o domiciliate nel territorio regionale, con attenzione prioritaria ai fragili, ai non autosufficienti, alle persone sole ovvero affette da patologie croniche o neurodegenerative, ovvero ancora in povertà.

Osservazioni:

Si rileva che l'art. 40 d.lgs. n. 29 del 2024 **fissa a 70 anni** la soglia per le disposizioni sulla non autosufficienza. La soglia unica di 65 anni prevista dal DDL, ampliando la platea dei destinatari, **potrebbe generare disallineamenti applicativi per i servizi sociosanitari intensivi**.

Articolo 4 *Livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane*

La disposizione in esame 'determina' i LEPS per le persone anziane. Il comma 2 elenca sei categorie (ADI, centri diurni, telemedicina, caregiver, adattamento domicilio, prevenzione). Il comma 3 demanda a un decreto regionale la definizione degli standard entro sei mesi.

Osservazioni:

La norma presenta criticità sotto il profilo della legittimità costituzionale.

Com'è noto, infatti, la '**determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali**' spetta in via esclusiva allo Stato *ex art. 117, co. 2, lett. m) Cost.*

Al riguardo, il 40 d.lgs. n. 29 del 2024, all'art. 22, co. 1, è esplicito: '*i LEPS sono quelli individuati dall'articolo 1, commi 162 e 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234*'.

Peraltro, la Corte costituzionale ha costantemente ribadito che tale competenza '*si riferisce alla determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che devono essere garantiti con carattere di generalità a tutti gli aventi diritto*' (sent. n. 296/2012).

In assenza di vincoli finanziari particolari (come piano di rientro dal disavanzo sanitario) la Regione potrebbe attuarli, integrarli in *melius*, ma non '*determinarli*' autonomamente in modo difforme.

Articolo 5

Programmi di prevenzione sanitaria

Il comma 1 dispone che la Regione, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, preveda programmi di prevenzione per anziani: *screening*, prevenzione cadute, malnutrizione, sarcopenia, declino cognitivo, attività fisica adattata, aderenza terapeutica.

Il comma 2 prevede che tali programmi siano realizzati con Dipartimenti di Prevenzione delle ASP, i medici di medicina generale e gli enti del terzo settore.

Osservazioni:

Le aree di intervento indicate **ricalcano in parte i contenuti dell'art. 4, co. 1-2 e dell'articolo 5 del 40 d.lgs. n. 29 del 2024.**

Al riguardo si segnala che, in questa materia, il comma 3 del citato articolo 4 prevede che “Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità e per le disabilità, sentito il CIPA e previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all' articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono adottate, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le **«Linee di indirizzo nazionali per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio».**”

Inoltre, il successivo comma 4 stabilisce che “(...) a **livello regionale** e locale sono adottati **appositi Piani d'azione**, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili, mediante i quali si promuove l'accessibilità universale delle persone anziane alla corretta fruizione dei servizi sociali e sanitari, degli spazi urbani, dell'ambiente naturale e delle iniziative e dei servizi ricreativi, commerciali e culturali. I Piani d'azione formano parte integrante degli strumenti di programmazione integrata.”.

Articolo 6

Punto Unico di Accesso e Valutazione Multidimensionale

La norma, al comma 1, prevede che la Regione assicuri un Punto Unico di Accesso (PUA) per ciascun distretto sanitario.

Il comma 2 elenca le funzioni dei PUA, ovvero, accoglienza, orientamento, prima valutazione, attivazione Valutazione Multidimensionale (VMU), monitoraggio.

Il comma 3 prevede che la suddetta VMU sia effettuata da un' *équipe* multiprofessionale con strumenti standardizzati nazionali.

Il comma 4 demanda a un successivo “atto” della Regione l’individuazione dei requisiti attuativi della norma.

Osservazioni:

Il d.lgs. n. 29 del 2024 disciplina già i PUA in maniera puntuale e vincolante agli artt. **10, 27 e 28**.

Si segnala che, in base al combinato disposto del citato **art. 27, co. 5 e del DM 77/2022**, i **PUA devono avere sede operativa presso le Case della comunità** e non presso i distretti socio sanitari come previsto dalla norma in commento.

Quanto alla VMU, dopo un periodo di sperimentazione nel 2027 (art. 27, co. 8-bis, modificato dal d.l. 200/2025), a partire dal 2028 (art. 27, co. 8-ter), sarà disciplinata da **strumento unico standardizzato con decreto ministeriale entro 30 mesi dall'entrata in vigore del decreto**.

La composizione delle unità di valutazione multidisciplinare (UVM) è definita puntualmente dall'art. 27, co. 13.

Articolo 7

Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il comma 1 definisce il PAI quale strumento unitario di programmazione degli interventi personalizzati.

Il comma 2 prevede che esso sia elaborato dall'*équipe* multiprofessionale con la persona anziana e il *caregiver* e che contenga obiettivi, interventi, durata, *case manager* (lett. d), modalità di verifica.

Il comma 3 dispone la rivalutazione del PAI almeno annualmente.

Osservazioni:

L'art. 27 del d.lgs. 29/2024 disciplina il PAI in modo dettagliato (co. 12-19) la disposizione andrebbe pertanto coordinata con la normativa statale.

In particolare, a livello statale, PAI include il *budget* di cura e assistenza (co. 18) quale lo strumento per ottimizzare tutte le risorse disponibili per ciascun assistito.

Per gli anziani con compromissione cognitiva e demenza l'art. 27, co. 15 del d.lgs. richiede una valutazione della **capacità di esprimere il consenso**.

Infine, si osserva che il '*case manager*' del DDL corrisponde al 'referente per il coordinamento operativo' del d.lgs. (co. 14) e al referente del *caregiver* previsto dalla l.r. 21 marzo 2024 (art. 6, co. 2, lett. a): occorrerebbe dunque un coordinamento per evitare il sovrapporsi delle denominazioni per la stessa figura.

Articolo 8

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

La disposizione, al **comma 1**, prevede che la Regione garantisca l'assistenza domiciliare integrata in quanto LEPS.

Il comma 2 elenca una serie di prestazioni che l'ADI dovrebbe comprendere.

Il comma 3 individua la promozione delle cure domiciliari quale strumento privilegiato per l'assistenza della persona anziana.

Il comma 4 prevede che Regione definisca i livelli essenziali di assistenza domiciliare.

Osservazioni:

In via preliminare, si segnalano criticità sotto il profilo della **legittimità costituzionale del comma 4** della disposizione di commento, laddove prevede che **sia la Regione a definire i LEA** di assistenza domiciliare in **aperto contrasto con art. 117, co. 2, lett. m) Cost.**

Nel merito, di evidenza che il catalogo di prestazioni di cui si compone **l'ADI, a livello nazionale, è più ampio e più complesso** di quello previsto dalla norma in commento.

L'art. 29 del d.lgs. 29/2024, infatti, disciplina l'offerta integrata di cure domiciliari in **maniera dettagliata** tenendo conto, peraltro, del **quadro normativo già vigente** in materia costituito dall'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, dall'articolo 1, comma 162, lettere a) e b), della legge 30 dicembre 2021, n. 234, dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 e dall'articolo 24 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

In particolare, il citato art. 29 struttura l'ADI quale **sistema integrato tra tutela della salute e prestazioni sociali**: da un lato, il SSN e i LEA, dall'altro, il Sistema di assistenza domiciliare, i Comuni, gli ATS e i LEPS. Il monitoraggio avviene tramite il Sistema informatico di assistenza domiciliare, SIAD.

Si segnala che il comma 4 del citato art. 29 **demanda alla legge regionale esclusivamente** la disciplina delle procedure per l'accreditamento del SAD in conformità con le **linee di indirizzo nazionali**.

Articolo 9

Servizi semi-residenziali e residenziali

La norma prevede, al **comma 1**, un sistema di servizi semi-residenziali e residenziali composto da centri diurni integrati modulati per livelli di non autosufficienza, strutture differenziate per intensità assistenziale, *co-housing*, servizi di sollievo.

Il comma 2 dispone che le strutture operano in rete con i servizi domiciliari e adottano modelli centrati sulla persona.

Osservazioni:

La materia è **disciplinata nel dettaglio dagli articoli 30 e 31 del d.lgs. 29/2024** i quali fissano i **livelli minimi** dei i servizi socioassistenziali (ATS, Fondo politiche sociali) sociosanitari (SSN, LEA).

La disposizione andrebbe quindi coordinata con la normativa statale la quale prevede anche **istituti ulteriori di tutela e garanzia degli aventi diritto**: un esempio in tal senso è il comma 6 dell'art. 31 citato, il quale introduce il modello dei Centri residenziali multiservizi (**CRM**) **non presente nel DDL**.

Si segnala, infine, che il comma 7 dell'art. 31 demanda a un successivo decreto del Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, per l'individuazione dei **criteri nazionali omogenei per i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture** — pubbliche, private e del terzo settore — che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari sanitarie e sociosanitarie, in coerenza con gli artt. 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-octies del d.lgs. n. 502 del 1992. Anche sotto questo aspetto, dunque, la disposizione in esame andrebbe coordinata con la normativa statale, anche con rinvio.

Articolo 10

Riconoscimento e sostegno dei caregiver familiari

La disposizione in esame intende riconoscere e disciplinare il ruolo del *caregiver* familiare.

Osservazioni:

La norma va coordinata con la **legge regionale 21 marzo 2024, n. 5** successive modificazioni, che **disciplina organicamente il caregiver familiare con 11 articoli** e ha portata generale in quanto rivolta ai *caregiver* di qualunque persona con malattia, infermità o disabilità grave, dunque anche delle persone anziani.

Articolo 11

Promozione della domiciliarità

La norma prevede, al **comma 1**, la promozione di diversi interventi a favore della domiciliarità dell'assistenza delle persone anziane quali il supporto all'acquisto di tecnologie assistenziali e domotiche (lett. a), la teleassistenza e telesoccorso (lett. b) e il trasporto sociale (lett. c).

Il comma 2 demanda a un successivo decreto dell'Assessorato alla salute l'adozione di linee guida relative alle abitazioni adatte agli anziani.

Osservazioni:

Si evidenzia che la domiciliarità è il principio cardine del d.lgs. n. 29 del 2024 (art. 29, co. 6) infatti, soluzioni domotiche, telesoccorso e teleassistenza **sono espressamente inclusi tra i servizi ADI** domiciliari, si rinvia, pertanto, alle osservazioni già rassegnate all'art. 8.

Con riferimento al comma 2, si segnala che le linee guida per la progettazione delle abitazioni per le persone anziane afferiscono al settore **dell'edilizia e del governo del territorio**.

Il decreto dell'Assessorato della salute ivi previsto andrebbe coordinato con l'Assessorato dell'ambiente e del territorio.

Con riferimento specifico al **co-housing**, gli artt. **15-17 del decreto legislativo** rinviano a specifiche **linee guida del CIPA e a prescrizioni MIT**. Le Regioni e i Comuni possono avviare progetti pilota in osservanza di dette linee guida e prescrizioni.

Articolo 12

Competenze dei Comuni e degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS)

Il comma 1 prevede che i comuni, in forma singoli o associata negli ATS, concorrano alla programmazione regionale e siano titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale.

Il comma 2 ne individua i compiti, tra cui: elaborare il Piano di Zona (lett. a), assicurare prestazioni sociali di base (lett. b), garantire integrazione socio-sanitaria (lett. c), promuovere partecipazione anziani (lett. d), realizzare progetti di prossimità (lett. e), coordinare il caregiver (lett. f), contrastare l'isolamento (lett. g), nomina di un garante per le persone anziane (lett. h).

Articolo 13 *Competenze delle Aziende Sanitarie (ASP)*

La norma assegna alle ASP il coordinamento del percorso assistenziale nella fase PUA-PAI e dispone che esse garantiscano l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria (lett. a), assicurino la VMU tramite unità di valutazione multidisciplinare (lett. b), elaborino il PAI con i servizi sociali (lett. c), garantiscano la continuità ospedale-territorio (lett. d), promuovano la prevenzione (lett. e).

Osservazioni:

Si evidenzia che l'art. **26 del d.lgs. n. 29 del 2024 disciplina l'integrazione tra ATS, aziende sanitarie e distretti sanitari** tramite accordi di collaborazione organizzativi e che il successivo art. 27, co. 13 specifica la composizione delle unità di valutazione multidisciplinare UVM la quale costituisce **livello essenziale di assistenza**.

Articolo 14 *Servizi semiresidenziali*

Il comma 1 definisce l'offerta dei servizi semiresidenziali.

Il comma 2 prevede la composizione della rete dei servizi semiresidenziali composta da: centri diurni integrati per non autosufficienti e con demenza (prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, riabilitative; centri diurni sociali per autosufficienti (ricreazione, socializzazione), centri specializzati per demenza.

Il comma 3 prevede che la Regione definisca requisiti, tariffe e modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

Osservazioni:

L'art. 30 del d.lgs. n. 29 del 2024 disciplina i servizi semiresidenziali socioassistenziali ponendoli a carico degli ATS a valere sul Fondo politiche sociali, e l'art. 31 quelli sociosanitari a carico del SSN, in quanto LEA.

Il comma 7 del citato art. 31 demanda a successivo decreto del Ministro della salute l'individuazione dei **criteri minimi nazionali di autorizzazione e accreditamento**.

In assenza di vincoli finanziari particolari (come piano di rientro dal disavanzo sanitario) le Regioni possono imporre *standard* superiori ai minimi nazionali.

Articolo 15

Servizi residenziali

Il comma 1 definisce l'offerta dei servizi residenziali.

Il comma 2 prevede la composizione della rete dei servizi residenziali composta da RSA per non autosufficienti con elevati bisogni sanitari e case residenza per anziani con bisogni di medio-alta intensità

Il comma 3 prevede che la Regione definisca requisiti, tariffe e modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti

Il comma 4 dispone la promozione di modelli centrati sulla persona.

Osservazioni:

L'art. 31 del d.lgs. n. 29 del 2024 disciplina le strutture residenziali sociosanitarie e introduce, al comma 6, il modello CRM (Centro Residenziale Multiservizi), ovvero, un'unica struttura con moduli per diversi livelli di intensità assistenziale che prevede cure domiciliari integrate. Si segnala che il modello CRM è del tutto assente nel DDL.

Il comma 7 del citato art. 31 demanda a successivo decreto del Ministro della salute l'individuazione dei criteri minimi nazionali di autorizzazione e accreditamento.

In assenza di vincoli finanziari particolari (come piano di rientro dal disavanzo sanitario) le Regioni possono imporre standard superiori ai minimi nazionali.

Articolo 16

Promozione dell'invecchiamento attivo

La disposizione prevede la promozione, da parte della Regione, di stili di vita sani (lett. a), partecipazione sociale e culturale (lett. b), scambio intergenerazionale (lett. c), volontariato (lett. d), alfabetizzazione digitale (lett. e), adattamento ambiente urbano (lett. f), attività fisica sportiva (lett. g).

Osservazioni:

La materia dell'invecchiamento ricade nell'ambito della **potestà legislativa regionale residuale**.

Infatti, l'art. 6, comma 2 del d.lgs. n. 29 del 2024 prevede che *“le regioni e gli enti locali possono promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, iniziative per favorire l'invecchiamento attivo”*

Articolo 17

Percorsi di prevenzione integrati

La norma prevede, al **comma 1**, che la Regione definisca percorsi di prevenzione integrati rivolti alla popolazione anziana, con particolare attenzione ai più fragili.

Il comma 2 individua i percorsi di prevenzione integrata comprendenti: *screening*, vaccinazioni, prevenzione cadute, contrasto malnutrizione, prevenzione declino cognitivo, prevenzione depressione, educazione sanitaria.

Il comma 3 dispone che i detti percorsi siano realizzati da ASP con Comuni, terzo settore, volontariato.

Osservazioni:

Si osserva che le **attività di prevenzione vaccinale e gli screening oncologici sono LEA** la cui erogazione, essendo obbligatoria, è **già vincolante** per il legislatore regionale.

Articolo 18

Norma finanziaria.

La norma non indica la copertura degli interventi previsti.