

Piano nazionale per la non autosufficienza

2025-2027



Sommario

Introduzione	4
Continuità, per l'anno 2025, degli interventi previsti dal precedente Piano 2022-2024	7
Glossario.....	9
Capitolo 1 – Il quadro di contesto	11
1.1 Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024	11
1.2 Raccordo strategico con le programmazioni nazionali vigenti	12
Capitolo 2 – Le platee dei destinatari	19
2.1 Individuazione dei criteri per la definizione delle platee di persone non autosufficienti..	19
2.2 Definizione dei criteri di identificazione dei destinatari e di accesso alle prestazioni del Piano.	21
Capitolo 3 – La struttura della governance istituzionale	24
3.1 Riparto delle competenze tra i diversi attori istituzionali coinvolti	24
3.2 Modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria	25
3.3 Struttura, funzioni e articolazione territoriale degli ATS	28
3.4 Struttura, funzioni e articolazione territoriale del Punto unico di accesso (PUA)	31
Capitolo 4 – Il percorso valutativo integrato e progetti personalizzati della persona non autosufficiente	34
4.1 UVM e Progettazione personalizzata	35
4.2 Progetto assistenziale individualizzato (PAI)	37
4.3 Risorse a sostegno della progettazione personalizzata	40
Capitolo 5 – Le matrici di processo	42
5.1 Fase di transizione	42
5.2 Scenari per gli accertamenti della condizione di disabilità e non autosufficienza e l'elaborazione del progetto di vita	44
5.3 Matrice di programmazione	52
Capitolo 6 – Il sistema dei servizi	53
6.1 Obiettivi di servizio	54
6.2 Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari.	58
6.3 Servizi sociali di sollievo	59
6.4 Servizi sociali di supporto	60



6.5 Attività di formazione a favore del personale con professionalità sociale.....	61
6.6 Contributi.....	62
Capitolo 7 – Gli interventi a sostegno della vita indipendente.....	64
7.1 Progetti di vita indipendente 2025-2027	68
7.2 Beneficiari della progettualità	69
7.3 Finanziamento	72
Capitolo 8 – Il personale previsto e assunto per i PUA	75
8.1 Impegni delle Amministrazioni locali e delle Aziende sanitarie locali (ASL)	77
8.2 Azioni di supporto	78
8.3 Ambiti di intervento rispetto alle risorse	79
Capitolo 9 – Fondo per la non autosufficienza	80
9.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse	80
9.2 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)	93
9.3 Programmazione.....	97
9.4 Monitoraggio e rendicontazione	97



Introduzione

Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027, strutturato in coerenza con la programmazione precedente (PNNA 2022-2024), è orientato a garantire la continuità assistenziale e l'attuazione degli obiettivi di servizio in favore delle persone con disabilità non autosufficienti, individuati nel triennio precedente.

Destinatari di questo strumento di programmazione sono le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino ai 70 anni di età, fermo restando che ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 "Resta ferma la disciplina relativa alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti già prevista a legislazione vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto."

La ragione di questo riferimento anagrafico per la platea dei potenziali beneficiari trova la sua spiegazione nelle recenti riforme adottate per migliorare l'assistenza per le persone con disabilità e gli interventi per gli anziani non autosufficienti, concentrandosi sulla de-istituzionalizzazione e la promozione dell'autonomia e favorendo l'integrazione delle persone nella vita quotidiana, con interventi per quanto possibile personalizzati.

Come meglio specificato più avanti, alla platea delle persone anziane non autosufficienti sarà infatti dedicato il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", come previsto dall'articolo 2, comma 3, della legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". Nelle more della sua adozione, tuttavia, le regioni - in continuità con il precedente Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 - assicurano alle persone anziane non autosufficienti le prestazioni, gli interventi e i servizi assistenziali in esso previsti.

Tali riforme, previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 C2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", hanno avuto avvio con la legge 22 dicembre 2021, n. 227 "Delega al Governo in materia di disabilità", il cui fulcro è rappresentato dalla promozione dell'autonomia delle persone con disabilità, con l'obiettivo di dare piena attuazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.



Successivamente, la citata legge 23 marzo 2023, n. 33 ha disegnato un sistema organico di interventi in favore degli anziani, intesi come le persone di età pari o superiore a 65 anni ai sensi dall'articolo 2, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, ponendo particolare attenzione agli anziani non autosufficienti. Al riguardo, gli interventi previsti dal decreto legislativo sono destinati, fermo restando quanto disposto dagli articoli 33, commi 1 e 2, 34, 35 e 36, alle persone anziane che abbiano compiuto settant'anni, in coerenza con quanto stabilito dall'articolo 40 del citato decreto legislativo n. 29 del 2024.

In entrambe le riforme, assumono un ruolo centrale i Punti Unici di Accesso (PUA) ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali integrati. La legge n. 33/2023¹, che ha avuto attuazione con il citato decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane", con riguardo al riconoscimento della condizione di non autosufficienza delle persone anziane, promuove una valutazione multidimensionale unificata, in grado di individuare i bisogni della persona, la condizione di non autosufficienza e definire un progetto assistenziale individualizzato (PAI). Il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, attuativo della citata legge n. 227/2021, dispone che la valutazione di base effettuata a cura dell'Inps accerta la condizione di non autosufficienza *tout court* per le persone con disabilità, che poi attraverso la valutazione multidimensionale territoriale avranno accesso alle prestazioni per la non autosufficienza (incluso il PAI) e all'elaborazione del progetto di vita, ove richiesto.

Le citate riforme si basano su elementi comuni, quali il miglioramento di presa in carico coordinata, dei servizi di assistenza e di promozione di percorsi integrati volti a garantire un'assistenza adeguata e dignitosa; l'inclusione e la partecipazione attiva nella società; la tutela dei diritti delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti.

Nel contesto appena delineato, i recenti decreti attuativi delle suddette riforme, in particolare il d.lgs. n. 62/2024 rivolto alle persone con disabilità e il d.lgs. n. 29/2024 in favore delle persone anziane, segnano un'importante svolta nelle politiche nazionali.

In particolare, il d.lgs. n. 62/2024 riguarda le persone con disabilità e si propone di rafforzare i servizi sociali locali, semplificare l'accesso ai servizi sociosanitari, rivedere le procedure di

¹ Articolo 2, comma 2, lettera e).



accertamento delle condizioni di disabilità e promuovere la formulazione di progetti di vita individualizzati, costruiti intorno ai bisogni e ai desideri della persona.

Il d.lgs. n. 29/2024, invece, si rivolge agli anziani non autosufficienti, con l'obiettivo di realizzare un sistema integrato di assistenza che favorisca la permanenza a domicilio. Tra i punti chiave, rilevano il richiamo ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), introdotti con la riforma costituzionale del 2001, e i Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (LEA) introdotti con il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, aggiornati con il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e, da ultimo, definiti nel decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.", la semplificazione dell'accesso ai servizi e la creazione di progetti individualizzati, che consentano agli anziani di rimanere nelle loro abitazioni il più a lungo possibile ricevendo i sostegni necessari.

In sintesi, entrambe le riforme mirano a costruire un sistema di assistenza più flessibile, personalizzato, partecipato e integrato, mettendo al centro l'autonomia nella maggiore misura possibile delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti.

Il coordinamento delle politiche per la disabilità è attribuito al Ministro per la disabilità, che agisce come Autorità politica delegata dal Presidente del Consiglio dei ministri. In merito, invece, alle politiche per gli anziani, il coordinamento è affidato al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), istituito dall'articolo 2, comma 3, della legge n. 33/2023, con l'obiettivo 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 questa prospettiva, tra i compiti del CIPA è prevista, alla lettera a) del citato articolo 2, comma 3, anche l'adozione di due piani triennali che hanno l'obiettivo di garantire un approccio integrato e coordinato alle politiche per gli anziani, assicurando che le loro esigenze siano affrontate in modo efficace. Ci si riferisce al **Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana** e al **Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana**.



Più in particolare, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, il **Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana** una volta adottato, **“sostituisce, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza”**, il quale continua a produrre effetti e a regolare gli interventi in favore delle persone con disabilità non autosufficienti, secondo quanto previsto dalle disposizioni del decreto legislativo n. 62/2024, in attuazione della legge delega n. 227/2021.

Entrambi gli strumenti di programmazione sono finanziati dal Fondo nazionale per le non autosufficienze, la cui gestione è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ([articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#)). L'elaborazione dei piani è affidata alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale, istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (articolo 21 del d.lgs. n. 147/2017), quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla [legge n. 328 del 2000](#).

Continuità, per l'anno 2025, degli interventi previsti dal precedente Piano 2022-2024

Con riferimento al contesto illustrato e in coerenza con le recenti riforme, il Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 definisce l'impianto strategico e le misure da mettere in atto per assicurare alle persone con disabilità non autosufficienti un adeguato accompagnamento e supporto in favore di una vita quanto più possibile autonoma e indipendente.

In considerazione della progressiva attuazione di tali riforme e al fine, in particolare, di accompagnare in maniera graduale il processo di riforma in materia di disabilità, si provvede, per l'anno 2025, a garantire la continuità assistenziale per gli interventi già individuati e attivati nel precedente Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

È stata, infatti, condivisa l'esigenza di garantire la continuità degli interventi definiti nell'ambito del precedente Piano, in coerenza con le previsioni dell'articolo 1, comma 168, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e in analogia con le indicazioni già fornite nel 2022. Al riguardo, le regioni, al fine di garantire la continuità degli interventi, potranno anticipare l'utilizzo della quota FNA 2025, nei limiti delle risorse attribuite per l'annualità 2024.



Il Piano, che ha come riferimento temporale le annualità 2025, 2026 e 2027, oltre ad avere l'obiettivo di consolidare quanto già realizzato nella precedente programmazione, intende anche costruire un sistema di interventi che mettano al centro la persona e che sia in grado di rispondere in modo mirato alle esigenze espresse dalle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, assicurando anche una transizione sostenibile, graduale e progressiva, da forme di assistenza indiretta ad un'assistenza diretta in continuità con quanto programmato nel triennio precedente.



Glossario

Ai fini del presente Piano si intende per: **Progetto assistenziale individualizzato (PAI)**: il documento elaborato dall'Unità di valutazione multidimensionale nell'ambito della presa in carico sociosanitaria integrata (da parte di Ambito e Distretto) della persona a seguito di una valutazione multidimensionale, finalizzato a individuare l'insieme degli interventi, dei servizi e dei sostegni da attivare al fine di rispondere in modo coerente al bisogno rilevato.

Progetto personalizzato (PP): il documento elaborato nell'ambito della presa in carico della persona a seguito di una valutazione multidimensionale, finalizzato a individuare l'insieme degli interventi, dei servizi e dei sostegni da attivare al fine di rispondere in modo coerente al bisogno rilevato attraverso la costruzione di un percorso di inclusione ampio che può riguardare i diversi ambiti di vita della persona, come ad esempio l'inclusione scolastica o l'inclusione lavorativa, o ancora, la partecipazione attiva nella comunità. Il PP si armonizza con i contenuti del PAI, che ne costituisce la componente sociosanitaria.

Progetto di vita: progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

Budget di progetto: l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita.

Budget di salute e di comunità: l'insieme delle risorse finanziarie di provenienza sanitaria, sociale, della persona o di altra provenienza, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI o del più ampio PP, qualora si caratterizzino per un utilizzo ad elevata flessibilità e innovazione, in via privilegiata nell'ambito di un rapporto di co-gestione tra i soggetti pubblici e gli enti del terzo settore.

Disabilità gravissima: per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o che siano state comunque definite non autosufficienti e per le quali sia



verificata almeno una delle condizioni previste dall'articolo 3, comma 2, del decreto interministeriale 26 settembre 2016, recante il "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016".

Necessità di sostegno di livello elevato o molto elevato: la nuova terminologia in materia di disabilità introdotta dal d.lgs. n. 62/2024, che sostituisce, ove ricorrono, le parole: «con connotazione di gravità» e «in situazione di gravità», se riferite alle persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lett. c), del citato decreto legislativo.

Necessità di sostegno intensivo: la nuova terminologia in materia di disabilità introdotta dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, che sostituisce, ove ricorrono, le parole: «disabile grave», ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lett. d), del citato decreto legislativo.

Per ulteriori specifiche si rimanda ai contenuti del capitolo 4 *“Percorso valutativo integrato e progetti personalizzati della persona non autosufficiente”*



Capitolo 1 – Il quadro di contesto

1.1 Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024

Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il 3 ottobre 2022 (in G.U. n. 294 del 17 dicembre 2022), ha rappresentato uno strumento guida per il processo di transizione verso un sistema di servizi integrati, connotati dalla multidimensionalità delle risposte e dalla centralità della persona, che ha trovato progressivamente conferma nei provvedimenti normativi adottati nell'ambito della disabilità e della non autosufficienza delle persone anziane.

Già nella programmazione 2022-2024, infatti, è stata riconosciuta la centralità del principio dell'universalità, con l'obiettivo di garantire ai cittadini, in modo graduale e progressivo e sulla base delle risorse disponibili su tutto il territorio nazionale, "qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità"². In linea generale, tutte le azioni e gli interventi previsti nel PNNA 2022-2024 sono basati sui principi di prossimità, della complementarità, della non sovrapposizione degli investimenti e della prevenzione e della continuità degli interventi. Infatti, il Piano 2022-2024 ha previsto alcuni aspetti decisivi delle due riforme legate alla Missione M5C2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dall'articolo 1, commi 159-171, della legge di bilancio n. 234/2021.

Nell'ambito del Piano 2022-2024 sono, infatti, definiti gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e la programmazione nazionale delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, attraverso una matrice di programmazione che mette in correlazione gli obiettivi di servizio/LEPS, inclusi quelli previsti dal comma 162 lettere a), b) e c) della richiamata legge di bilancio n. 234/2021, con due gruppi di beneficiari: le persone con disabilità e le persone anziane non autosufficienti (che hanno superato il 65° anno di età).

Peraltro, la legge n. 227/2021, all'articolo 2, comma 2, lettera h), punto 2), ha previsto che si individuassero alcuni ulteriori obiettivi di servizio oltre agli attuali servizi e modalità di accesso, nelle more della definizione delle procedure volte alla determinazione dei livelli

² Articolo 1, comma 159, della legge 234/2021.

essenziali delle prestazioni in favore delle persone con disabilità e ferme restando le misure già connotate come LEPS (ad esempio gli interventi per la *Vita indipendente*)³.

1.2 Raccordo strategico con le programmazioni nazionali vigenti

La qualità della vita delle persone con maggiori fragilità rappresenta un obiettivo trasversale delle politiche pubbliche, in quanto essa coinvolge ambiti fondamentali quali l'inclusione sociale, la prevenzione delle situazioni di rischio e la promozione del benessere complessivo. Tali dimensioni, strettamente interconnesse tra loro, concorrono a delineare un approccio integrato che riconosce la necessità di interventi coordinati e coerenti.

In questa prospettiva appena delineata, il PNNA 2025-2027 rappresenta uno degli strumenti attraverso cui il sistema pubblico indirizza in modo coordinato le proprie politiche a favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, inserendosi in un più ampio quadro strategico, caratterizzato dalla condivisione di obiettivi comuni, quali la tutela della dignità, la promozione di condizioni di vita adeguate e inclusive e la prevenzione dell'acuirsi delle situazioni di vulnerabilità.

A tal fine, il PNNA 2025-2027 si configura come un documento di programmazione che opera in raccordo stabile con gli altri strumenti nazionali vigenti. Tale integrazione non costituisce un elemento meramente auspicabile, ma rappresenta una condizione indispensabile per assicurare coerenza istituzionale, continuità degli interventi e un'efficace complementarità tra le diverse strategie in atto. Tra i principali strumenti che concorrono a definire tale quadro complessivo si richiamano, in particolare, il **Piano d'azione per i diritti delle persone con**

³ Con riguardo agli obiettivi di servizio, oltre a quelli specificamente indicati nel presente Piano ed in particolare quelli riferiti agli articoli 162, a), b) e c) e 164 della legge n. 234/2021, si richiama l'attenzione a quanto previsto nella legge di riforma.

Il decreto legislativo n. 62 del 2024 (relativamente al progetto di vita) si è indicato, quale obiettivo di servizio, che la programmazione regionale e locale deve stabilire come i punti unici di accesso, nonché i servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali, che entrano in contatto a qualsiasi titolo con la persona con disabilità, la informano del diritto ad attivare un procedimento volto all'elaborazione del progetto di vita, individuale, personalizzato e partecipato (vedasi cap. §4). Tale obbligo di prestare le medesime informazioni deve essere previsto anche in capo a chi opera dimissioni protette e ai servizi sanitari specialistici.

Nel medesimo decreto legislativo si è anche stabilito che "Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle relative competenze, garantiscono l'effettività e l'omogeneità del progetto di vita, indipendentemente dall'età e dalle condizioni personali e sociali." (articolo 18, c. 5 del decreto) e un ruolo rilevante in questo lo garantiranno le nuove unità di valutazione multidimensionale (secondo l'organizzazione e il riassetto che le regioni e i territori locali stanno attuando in virtù dell'articolo 24 del citato decreto) entro le quali l'integrazione sociosanitaria sarà conseguita "in sede di valutazione multidimensionale attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, l'analisi dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta e contestuale degli interventi da attivare." (articolo 19, c. 2, del decreto).



disabilità, composto da 66 linee d'azione articolate in sette aree di intervento – accessibilità universale; progetto di vita; benessere e salute; sicurezza inclusiva e cooperazione internazionale; inclusione lavorativa; sistemi di monitoraggio; istruzione, università e formazione – che forniscono un quadro strategico essenziale per l'inclusione e l'autonomia, in coerenza con la Convenzione ONU e con il nuovo impianto nazionale delineato dalla riforma in materia di disabilità. Parallelamente, il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026**, adottato con Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, definisce le priorità e gli indirizzi per l'attuazione dei LEPS e garantisce un orientamento unitario alle regioni e agli enti locali, così da assicurare servizi sociali uniformi e di qualità sull'intero territorio. Da ultimo, il **Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana**, previsto dall'articolo 3, comma 1, del d.lgs. 29/2024, che, seppur destinato alla platea delle persone anziane autosufficienti, promuove interventi di prevenzione, partecipazione sociale e sostegno all'autonomia nella fase dell'invecchiamento, consentendo in tal modo di contrastare l'insorgere di condizioni di vulnerabilità che potrebbero evolvere verso situazioni di non autosufficienza. Tutto ciò premesso, giova evidenziare che, nella redazione del presente Piano, è stata prestata particolare attenzione a garantire la piena coerenza dei contenuti con quanto già previsto nei Piani precedentemente adottati, mantenendo costante riferimento al quadro generale dei principi e degli interventi riformatori, nonché assicurando la continuità con il percorso delineato dagli strumenti attualmente vigenti.

1.3 Le recenti riforme

Le recenti riforme in favore delle persone in condizione di disabilità e delle persone anziane, anche non autosufficienti, sono state la risposta concreta alle criticità messe in evidenza dalla pandemia e dai suoi impatti economici, sociali e sanitari.

Le proiezioni demografiche, con l'aumento della speranza di vita e il calo della natalità, indicano una sempre crescente pressione sul nostro sistema di *welfare*, con un incremento di queste platee bisognose di assistenza.

A livello nazionale, già i Piani previsti dall'articolo 21, comma 6, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (Piano sociale nazionale, Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e Piano per la non autosufficienza), sono volti a migliorare il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e a garantire la coerenza tra le politiche e la loro



attuazione locale, attraverso il potenziamento delle infrastrutture. L'obiettivo è creare un sistema integrato di servizi sociosanitari, con un approccio multidimensionale che risponda ai diritti e ai bisogni individuali, promuovendo, in primo luogo, la collaborazione tra comuni, Ambiti territoriali, Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Terzo settore.

La realizzazione di tali obiettivi, per le persone anziane non autosufficienti, si basa sui Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), garantiti ai sensi dell'articolo 117, lettera m), della Costituzione e da attuare su tutto il territorio nazionale.

Proseguendo, le due riforme menzionate — rispettivamente in materia di disabilità e di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti — costituiscono obiettivi strategici del PNRR. Come anticipato nell'introduzione, esse condividono un elemento fondante: la centralità della persona, intesa quale principio guida per la costruzione di un sistema integrato di interventi, capace di promuovere autonomia, inclusione e qualità della vita e nel rispetto dei diritti fondamentali.

1.2. a) La riforma in materia di disabilità

Partendo dalla riforma sulla disabilità, di cui alla legge n. 227/2021 recante “Delega al Governo in materia di disabilità”, è evidente la finalità di garantire alle persone con disabilità il pieno godimento dei diritti civili e sociali, incluso “il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa”, e di “promuovere l'autonomia della persona con disabilità e il suo vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione” (ai sensi dell'articolo 1 della citata legge).

L'obiettivo concreto che si intende realizzare è il cambiamento di paradigma introdotto dalla Convenzione ONU nel 2006 e recepito dall'Italia nel 2009, spostando l'attenzione – anche a livello terminologico – dalle limitazioni alla persona, con i suoi desideri, aspettative e preferenze e il diritto ad avere un proprio percorso di vita, liberamente scelto, seppur adeguatamente supportato. In questa prospettiva, si è superato il modello medico tradizionale a favore di un approccio bio-psico-sociale, secondo cui la disabilità non deve essere trattata come una questione meramente assistenziale e di cura dell'individuo. Le persone con disabilità vanno supportate nell'ottica di favorirne l'indipendenza nella vita individuale e la piena partecipazione alla vita collettiva, in piena coerenza con i principi sanciti dalla Convenzione ONU.



In tale contesto, un ruolo centrale assume il “progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”, come richiamato all’articolo 2, comma 2, lett. c) della legge n. 227/2021, che - partendo dai desideri, dalle aspettative e dalle preferenze della persona - è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri, valorizzando il principio di autodeterminazione.

Al fine di perseguire tale obiettivo, acquista particolare rilevanza la concreta integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari, poiché solo attraverso l’implementazione di un sistema integrato dei servizi sociosanitari risulta possibile soddisfare le esigenze dei cittadini in ottica di autonomia e vita indipendente.

In attuazione della legge delega n. 227 del 2021, sono stati adottati i seguenti decreti legislativi.

- Il primo decreto legislativo emanato in attuazione della legge delega è il decreto n. 222 del 13 dicembre 2023, recante “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità”, che mira a garantire l’uniformità della tutela dei lavoratori con disabilità sul territorio nazionale e l’accessibilità ai servizi forniti dalle pubbliche amministrazioni ai fini della loro piena inclusione, anche attraverso l’introduzione di una figura qualificata nell’ambito delle pubbliche amministrazioni, preposta alla programmazione strategica della piena accessibilità delle amministrazioni da parte delle persone con disabilità.
- Il secondo decreto legislativo è il n. 20 del 5 febbraio 2024, “Istituzione dell’Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità”. Il Garante costituisce un’articolazione del sistema nazionale per la promozione e la protezione dei diritti delle persone con disabilità, in attuazione della Convenzione ONU già richiamata in premessa.
- Il terzo, adottato più recentemente, è il **decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62**, recante “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”.

Con specifico riguardo al **d.lgs. n. 62/2024**, che rappresenta il fulcro per l'attuazione della riforma, si intende assicurare alla persona il riconoscimento della condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti, nonché l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione.

Il decreto n. 62 del 2024 ha un particolare valore nell'ambito della riforma, in quanto semplifica le procedure di accertamento della disabilità (c.d. valutazione di base) e definisce la successiva valutazione multidimensionale finalizzata all'elaborazione del progetto di vita individuale.

Nello specifico, il procedimento valutativo di base ricondotto tutto in capo ad Inps può essere inteso come sistema unitario volto a riunire i procedimenti esistenti al fine di: riconoscere la condizione di disabilità; accertare l'invalidità civile; accertare la cecità civile; accertare la sordità civile e la sordocecità; accertare la condizione di disabilità ai fini scolastici e lavorativi e la stessa individuazione della condizione di non autosufficienza della persona con disabilità.

In considerazione delle rilevanti innovazioni introdotte con la riforma in materia di disabilità, l'entrata a regime dei nuovi processi di accertamento e di valutazione di base della condizione di disabilità e di non autosufficienza, nonché di elaborazione del progetto di vita, sono sottoposti ad una fase di sperimentazione fino al 31 dicembre 2026, prevedendo l'entrata a pieno regime su tutto il territorio nazionale a partire dal 1° gennaio 2027.

In una prima fase, la sperimentazione è stata limitata a nove province e ha avuto avvio dal 1° gennaio 2025, con una graduale estensione ad altre 11 province (a partire dal 30 settembre 2025), come previsto dal decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi, interessando quindi, già per l'annualità 2025, complessivamente 20 province. Nel corso del 2026 altri territori saranno coinvolti dalla sperimentazione, per raggiungere gradualmente l'intero territorio nazionale.



Il presente Piano tiene quindi conto di questa progressiva applicazione della riforma su base territoriale per le annualità 2025 e 2026 e della successiva entrata a regime su tutto il territorio nazionale dal 2027. Coerentemente con i principi della Convenzione ONU, la riforma interviene anche rispetto al linguaggio utilizzato nella normativa dedicata alla disabilità, recependo espressamente nell'ordinamento nazionale le definizioni di "persona con disabilità" e di "disabilità";

1.2. b) legge 23 marzo 2023, n. 33 recante delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane e **decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29** recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane.

La legge n. 33 del 23 marzo 2023, che ha attribuito al Governo la delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, fissa i principali obiettivi della riforma dedicata agli anziani, ovvero, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale, prevenire la fragilità, migliorare l'assistenza e la cura, contrastare la solitudine e la deprivazione relazionale.

Per quanto concerne l'attuazione della legge delega, il 15 marzo 2024 è stato emanato il decreto legislativo n. 29, recante "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". Tale provvedimento ha come obiettivo principale quello di promuovere la dignità e l'autonomia delle persone anziane, nonché la loro inclusione sociale, riconoscendo loro il diritto a proseguire la propria vita così come le cure di cui potrebbero necessitare, presso il proprio domicilio, affrontando quindi il tema dell'invecchiamento attivo e la prevenzione delle fragilità della persona anziana. Le disposizioni prevedono l'accesso a servizi di valutazione multidimensionale e sanità preventiva, anche attraverso dispositivi di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e la coabitazione intergenerazionale economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. Il decreto mira, inoltre, a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per gli anziani non autonomi. Si prevede, infatti, l'effettuazione, in una sede unica, mediante i "Punti Unici di Accesso" (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire e riconoscere la condizione di non autosufficienza e il "Progetto Assistenziale Individualizzato" (PAI), che indicherà le



prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana. Pur rientrando nella platea generale dei beneficiari di tale riforma le persone anziane definite tali dall'articolo 2, comma 1, lettera a) del d.lgs. n. 29/2024, tuttavia solo coloro che hanno compiuto 70 anni, potranno accedere alle specifiche valutazioni ed interventi per la non autosufficienza previste dall'articolo 27 e ss. del decreto legislativo n. 29/2024; le persone non autosufficienti sotto i 70 anni sono inserite nelle procedure e saranno beneficiari degli interventi della sopra citata riforma della disabilità.



Capitolo 2 – Le platee dei destinatari

2.1 Individuazione dei criteri per la definizione delle platee di persone non autosufficienti

Come già rappresentato in apertura, il Piano si pone in linea di continuità con quanto già definito e realizzato nell’ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022 – 2024, perimetrando il campo dell’intervento sociale in relazione alle condizioni culturali, socioeconomiche, simboliche e relazionali che caratterizzano la condizione di non autosufficienza nei diversi contesti di riferimento.

Di norma, per finalità programmatiche e organizzative, i destinatari delle politiche di assistenza continuativa vengono distinti in anziani e persone con disabilità. Mentre nei primi la perdita dell’autonomia è una conseguenza dell’età avanzata, per i secondi la condizione di non autosufficienza può essere presente sin dalla nascita, oppure intervenire in un momento successivo, accompagnandosi quindi in varie fasi della vita in cui i bisogni e gli interventi per supportare la persona sono tendenzialmente diversificati (ad esempio, il supporto alla partecipazione di contesti educativi). Le persone con disabilità, ancor più degli anziani, costituiscono un gruppo sociale eterogeneo, all’interno del quale le differenti condizioni psico-fisiche e socioeconomiche determinano bisogni assistenziali specifici e differenziati.

Ciò premesso, la legge n. 33/2023 ha introdotto alcuni elementi innovativi, come ad esempio all’articolo 3, comma 2, lett. a), ove si prevede la predisposizione di un nuovo strumento di programmazione denominato “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana” destinato a sostituire il Piano per la non autosufficienza per la sola parte inerente alla popolazione anziana.

Pertanto, il presente documento si rivolge esclusivamente alle persone con disabilità non autosufficienti⁴ o parzialmente non autosufficienti⁵, che abbiano un’età fino a 70 anni. Quindi anche le persone non autosufficienti di età tra i 65 ed i 70 anni, seppure anziane, sono destinatarie di tale Piano. Ciò premesso, nelle more dell’attuazione di quanto previsto dal

⁴ Persone con disabilità non autosufficienti in possesso dei requisiti di cui al Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, (gravissimi) e/o già definiti gravi dal Piano della non autosufficienza 2022-2024 formulato dalla regione per effetto del d.P.C.M. del 03 ottobre 2022 (cfr. par. §5.1).

⁵ (cfr. par. §2.2).

d.lgs. n. 62/2024, in relazione ai procedimenti valutativi per l'accertamento della condizione di non autosufficienza, ai fini del presente Piano, sono considerate persone con disabilità in condizione di non autosufficienza coloro che siano titolari di una certificazione della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992 e dell'indennità di accompagnamento, o che siano comunque considerati non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

In sintesi, nel seguente box vengono illustrati i destinatari ⁶ cui si rivolge il presente Piano:



Persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino a 70 anni

Coloro che, anche in considerazione della propria condizione di disabilità, presentano **gravi limitazioni o perdita dell'autonomia** nelle attività fondamentali e strumentali della vita quotidiana e del **funzionamento bio-psico-sociale**, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo conto anche dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei **bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità**, di **multimorbilità e di vulnerabilità sociale**, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona, anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali. Rispetto a tale condizione sarà l'INPS a fornire appositi elementi per il suo **riconoscimento** in coerenza con i criteri definiti dal decreto che sarà emanato dal Ministero della Salute, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 12 del d.lgs. 62.

Figura 1 Definizione di persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino a 70 anni

Ciò in armonizzazione con la nuova definizione di “disabilità”, quale riconoscimento di una condizione dettata da un'interazione negativa tra la persona e i contesti in cui si muove e dalla necessità di intervenire con appositi sostegni, dettata dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, in attuazione della legge 22 dicembre 2021, n. 227.

Considerato che il presente Piano costituisce una misura transitoria, adottata nelle more della conclusione delle sperimentazioni previste dai decreti legislativi n. 29/2024 e n. 62/2024, nonché dell'adozione dei relativi decreti attuativi recanti la definizione dei criteri e delle modalità di accertamento e di valutazione di base, continuano a trovare applicazione, ai fini dell'individuazione della condizione di disabilità e di non autosufficienza nelle persone di età compresa tra 0 e 70 anni, i requisiti di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016, come declinati in sede regionale in conformità a quanto previsto dal d.P.C.M. del 3 ottobre 2022.

⁶ Più analiticamente definiti nel capitolo §5 “Matrici di processo”.

2.2 Definizione dei criteri di identificazione dei destinatari e di accesso alle prestazioni del Piano.

I destinatari diretti cui si rivolge il presente Piano, alla luce di quanto previsto dal Legislatore, sono le persone con disabilità non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. Rientrano nelle condizioni di parziale non autosufficienza quelle persone che, in virtù di particolari condizioni di salute bio-psico-fisica o sociali o di relazione e senza un'assistenza continua, vedono comunque fortemente limitata la partecipazione ai propri contesti di vita, esponendole a rischi di marginalizzazione o al peggioramento delle proprie condizioni di vita e relazione.

In questa prospettiva, gli interventi previsti dal Piano possono essere destinati anche a coloro che risultano in possesso di una certificazione rilasciata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992 per la loro ridotta autonomia personale, che sia tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

Nell'attuale fase di transizione in cui, a seguito della progressiva entrata in vigore della riforma in materia di disabilità, si sta via via introducendo, su un numero sempre maggiore di territori, un nuovo riconoscimento della condizione di disabilità (attraverso la c.d. "valutazione di base") che incorpora anche la valutazione dell'esistenza o meno di una condizione di non autosufficienza per le persone con disabilità (*cf.* articolo 5 del d.lgs. n. 62/2024), **occorre individuare le "persone con disabilità non autosufficienti"**.

In tal senso, per il presente Piano si considerano persone non autosufficienti coloro che già prima dell'entrata in vigore della "nuova valutazione di base" sono state considerate "non autosufficienti" dalle unità di valutazione multidimensionali e quindi in possesso dei requisiti di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016 (gravissimi), e/o già definiti gravi dal Piano per la non autosufficienza 2022-2024 formulato dalla regione per effetto del d.P.C.M. del 3 ottobre 2022 (cfr. par. §5.1). Sul punto si ricorda che rientravano nella platea delle persone non autosufficienti anche coloro che, comunque, avevano almeno acquisito la certificazione di cui all'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992.

Rimane salva la circostanza che se tali persone, per una qualsiasi ragione, saranno successivamente sottoposte alla nuova "valutazione di base" e quindi anche ad una nuova



valutazione circa l'esistenza o meno di una condizione di non autosufficienza, si dovrà tener conto dell'esito di tale ultima valutazione.

Al tempo stesso, occorre ulteriormente precisare (così come poi evidenziato nel par. §5.1) in quali territori e con che tempistiche si sta introducendo la nuova “valutazione di base” per **capire per ciascun territorio quando ci si possa avvalere del diverso accertamento da parte di Inps (dentro la c.d. “valutazione di base”) della condizione di non autosufficienza utile per comporre la platea dei possibili beneficiari del presente Piano** (Piano che, tra l'altro, si sviluppa per tre anni, nel corso dei quali uno stesso territorio può trovarsi ad avere diverse modalità di valutazione). Relativamente all'introduzione di tale nuova modalità di accertamento della condizione di disabilità e di non autosufficienza occorre chiarire che:

- a partire dal 1° gennaio 2025 nelle province di Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari, Trieste è entrata in vigore, in via sperimentale, la nuova “valutazione di base” e quindi il rilascio di un certificato della condizione di disabilità unitamente al riconoscimento della condizione di non autosufficienza per tre condizioni di salute: disturbo nello spettro autistico, diabete mellito e sclerosi multipla. Nel corso del 2025 si aggiungono anche altre condizioni di salute per le quali la certificazione della condizione di disabilità contiene anche la valutazione di non autosufficienza: artrite reumatoide, cardiopatie, broncopatie e malattie oncologiche.
- a partire dal 30 settembre 2025, la “nuova valutazione di base” con i criteri per l'accertamento della non autosufficienza (per tutti i sette gruppi di condizioni di salute sopra ricordati) si applicano anche alle province: Alessandria, Aosta, Genova, Isernia, Lecce, Macerata, Matera, Palermo, Teramo, Trento, Vicenza;
nel corso del 2026 la nuova valutazione di base si potrebbe estendere ad altri territori per i quali appunto varrà l'accertamento dell'Inps, incluso quello della non autosufficienza, con la nuova disciplina;
- nel periodo 1° gennaio 2025- 31 dicembre 2026, tutti coloro che non rientrano nell'attuazione della sperimentazione nei termini sopra specificati seguono i preesistenti criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza per la disabilità.


a partire dal 1° gennaio 2027, su tutto il territorio nazionale, si avranno le valutazioni della non autosufficienza delle persone con disabilità dentro la “valutazione di base”, ferma restando la validità delle valutazioni rilasciate prima del nuovo corso di valutazione e della non necessità di revisionare la valutazione stessa.

La matrice riportata al par. §5.2 indica, per ciascun tipo di territorio e per ciascun periodo temporale, quale valutazione della non autosufficienza sia valida.

In linea con i contenuti della riforma sulla disabilità, il Piano si rivolge dunque alle persone con disabilità la cui necessità di sostegno elevato o molto elevato è ridefinita dall'articolo 4, comma 1, lettere c) e d) del decreto legislativo n. 62/2024.

In virtù di ciò, non si parla più di “**disabilità grave**”, ma della “**necessità di sostegno intensivo**” (livello elevato o molto elevato). Resta ferma, invece, la

definizione di “disabilità gravissima” ai sensi dall'articolo 3, comma 2, del decreto interministeriale 26 settembre 2016, recante il *Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016*. Al riguardo, l'articolo 3, comma 2, della legge n. 104/1992 stabilisce che la persona con disabilità ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo, correlata ai domini della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie. La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio, mentre il **sostegno intensivo** è sempre di **livello elevato o molto elevato**. L'articolo 3, comma 3 della medesima legge, stabilisce che qualora la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, il sostegno è intensivo e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.



La valutazione di base è il procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a) del d.lgs. 62/2024, che comprende ogni accertamento dell'invalidità civile previsto dalla normativa vigente, tra cui l'individuazione degli elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima, ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016 (art. 5, comma 1, lett. h) del d.lgs. 62/2024).

Figura 2 Valutazione di base

Capitolo 3 – La struttura della governance istituzionale

3.1 Riparto delle competenze tra i diversi attori istituzionali coinvolti

Il sistema di governance istituzionale in materia di politiche per la non autosufficienza si fonda su un'articolazione multilivello che coinvolge una pluralità di attori istituzionali, ciascuno dotato di specifiche competenze. In tale prospettiva, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute e il Ministro per le disabilità, unitamente alle regioni e agli Ambiti territoriali sociali (ATS) e ai Distretti socio-sanitari e alle Aziende sanitarie, sono chiamati a concorrere alla definizione e alla concreta attuazione di un sistema coordinato e unitario di interventi e servizi rivolti alle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, che si sviluppi nell'ambito dell'integrazione tra dimensione sociale e sociosanitaria.

Il presente Piano si colloca in continuità con la programmazione 2022-2024, con l'obiettivo di proseguire e consolidare le azioni già avviate, in un quadro coerente con le competenze e le responsabilità dei diversi livelli di governo – statale, regionale e locale. Esso intende promuovere un processo di riordino e di coordinamento delle politiche e delle prestazioni, volto a superare la frammentazione degli interventi e a garantire, in modo progressivo, la piena effettività dei diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale, in conformità a quanto previsto dall'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

Il Piano, comunque, salvaguarda le prese in carico in essere attivate secondo le modalità e i criteri individuati nella precedente programmazione in materia di non autosufficienza 2022-2024. (cfr. par 5.1, matrice 1).

In tale contesto, è utile richiamare i principali elementi di novità del presente Piano:

- il rafforzamento del ruolo dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) nella governance istituzionale, in coerenza con quanto previsto dal decreto legislativo n. 62/2024, in merito al procedimento per l'accertamento della disabilità e della condizione di non autosufficienza;
- nel caso dell'elaborazione del progetto di vita, gli interventi finanziati con il Fondo per le non autosufficienze devono essere inquadrati all'interno della governance delineata dal decreto legislativo n. 62/2024. Tali interventi, individuati ai sensi degli articoli 25 e 26, rientrano in un progetto più ampio, per il quale è previsto un budget di progetto da

definire e gestire secondo le regole dell'articolo 28, con l'esecuzione e il monitoraggio a cura del referente per l'attuazione del progetto di cui all'articolo 29.

3.2 Modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria

3.2.1 Gli accordi

In continuità con quanto previsto dal Piano per la non autosufficienza 2022-2024, e con l'obiettivo di rafforzare la capacità del sistema di operare al fianco della comunità, per realizzare un'efficace integrazione sociosanitaria a livello territoriale, è essenziale prevedere una programmazione congiunta, da attuarsi attraverso la stipula di specifici accordi di programma tra Ambiti territoriali sociali (ATS) e Distretti sanitari. Tali accordi si pongono in linea di continuità con quelli già siglati in attuazione del precedente Piano, definiti "Accordi interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità", che definiscono e regolano i contenuti della collaborazione sia organizzativa che professionale, necessaria per garantire un'azione integrata nell'erogazione degli interventi rivolti alla persona. Il raggiungimento dell'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria, infatti, dipende in larga misura dalla sinergia tra servizi sanitari e sociali, indispensabile per rispondere in modo adeguato ai bisogni della popolazione. Tale sistema integrato di servizi trova la sua concreta evidenza nel Progetto di vita/PAI, con il quale si mira a fornire una presa in carico globale della persona più efficace, valorizzando l'autonomia dei beneficiari attraverso misure finalizzate alla prevenzione dell'istituzionalizzazione anche tramite soluzioni innovative in merito alla sistemazione alloggiativa e alle dotazioni strumentali innovative, all'interno di una politica che promuova la domiciliarità in favore delle persone non autosufficienti.

3.2.2 Il budget di progetto

Nel caso in cui, per una persona con disabilità non autosufficiente, sia previsto un progetto di vita che comprende interventi a valere sul Fondo per le non autosufficienze, occorre evidenziare che, mediante il *budget* di progetto, risulta più agevole realizzare la compartecipazione delle diverse risorse attivabili nei vari comparti, favorendo anche risposte del tutto innovative. Basti pensare a quanto previsto dall'articolo 28, comma 9, del decreto legislativo n. 62 del 2024, laddove si precisa che, fermi restando i singoli interventi da attivare secondo le regole dei vari comparti e l'appropriatezza dei LEA sanitari, al fine di



poter rispondere ai bisogni specifici delle persone con disabilità, emersi dalla valutazione multidimensionale, “il budget di progetto è impiegato senza le limitazioni imposte dall’offerta dei singoli servizi, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e dei relativi tetti di spesa statali e regionali a legislazione vigente, per garantire prestazioni integrate e trasversali agli ambiti sociali e sanitario e alle rispettive competenze”.

Pertanto, nel progetto di vita il *budget* diviene un **paniere di risorse, economiche e non**, messe a disposizione dai vari soggetti coinvolti (in primo luogo dal comparto sociale e da quello sanitario), con l’obiettivo di garantire l’attuazione del progetto stesso, nonché la sua continuità e sostenibilità nel tempo, anche qualora siano attivati servizi non rientranti nelle consuete unità di offerta. In tal modo, si supera l’attuale organizzazione del sistema dei servizi alla persona, finora strutturato in settori rigidamente definiti e non comunicanti tra loro (quali, ad esempio, quello universitario, quello per la vita indipendente, ecc.), ciascuno dei quali destinatario di singoli flussi finanziari per ogni servizio, prestazione o attività, secondo un assetto predefinito, a fronte delle molteplici variabili di intervento richieste dalle progettazioni personalizzate, che richiedono un significativo incremento di flessibilità.

Allo stesso tempo, i sostegni alla persona sono orientati – esattamente quelli individuati come necessari dalla valutazione multidimensionale – con un’efficacia trasversale tra i vari ambiti, anche tramite interventi del tutto nuovi e con una chiara prospettiva di sostenibilità del progetto nel tempo, non più legato a singoli ed estemporanei finanziamenti o attivazioni di servizi.

3.2.3 L’integrazione sociosanitaria: profili organizzativi

È dunque necessario potenziare i servizi assistenziali territoriali riducendo le disuguaglianze e costruendo contestualmente un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale, in modo da configurare un sistema di servizi universalmente accessibili e integrati, centrati sulla persona in continuità con il modello già delineato dalla precedente programmazione.

Pertanto, in continuità con il precedente Piano, particolare attenzione dovrà comunque essere rivolta ai profili di organizzazione dei PUA, quali: la costituzione delle équipes di valutazione multidimensionale, l’assunzione e la formazione del personale sociale, amministrativo e sociosanitario. Ciò consentirà a ciascuna Amministrazione responsabile,



di trovarsi pronta all'attuazione della riforma in materia di disabilità, anche al fine di inserire l'operato inerente alla non autosufficienza entro una prospettiva più ampia di progetto di vita.

A tal riguardo, l'organizzazione delle reti dei servizi nel contesto territoriale di riferimento (distretto/ATS) riveste un ruolo fondamentale ai fini della ricomposizione (anche organizzativa) dei servizi e degli interventi propri, sia del sistema dei servizi locali sociali che di quelli sanitari, a superamento delle frammentarietà dei diversi settori coinvolti, in una logica sistemica che vede obiettivi di servizio, livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) e livelli essenziali di assistenza (LEA), accomunati dall'unico obiettivo di rispondere alle esigenze delle persone in modo complessivo. Questo approccio evolutivo, nel quadro di riferimento delineato dall'articolo 1, comma 162, lett. a), b), c), comma 163 e comma 164 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e dagli articoli 23, 24, 25, 29 e 30 del decreto legislativo n. 62 del 2024, permette, quindi, di guardare verso la progressiva costruzione di LEPS e di effettiva applicazione dei LEA di organizzazione e di gestione integrata, in cui poter definire le pertinenze organizzativo/gestionali di riferimento per conferire ai livelli di erogazione e di processo maggiore appropriatezza, omogeneità, tempestività, efficienza ed efficacia.

Dall'effettiva realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari deriva la conseguente integrazione tra obiettivi di servizio, LEPS e LEA, che in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire la continuità nei percorsi di salute, cura e assistenza sociale. Tuttavia, attualmente i LEPS sono stati definiti solo per le persone anziane, pertanto, nei confronti delle persone con disabilità non autosufficienti sono individuati obiettivi di servizio connessi alle aree di intervento dei LEPS, fatta eccezione per le misure di vita indipendente e per il Dopo di noi.

Occorre quindi delineare le competenze degli ATS, che nei PUA possono:

- agire direttamente per la presa in carico e l'erogazione di singoli servizi per la non autosufficienza, attraverso un Piano di assistenza individuale, pur integrato con il sociosanitario PAI;
- essere a supporto del percorso di elaborazione del progetto di vita all'interno del procedimento delineato negli articoli 23, 24, 25, 26, 28 e 29 del decreto legislativo n. 62/2024.

3.3 Struttura, funzioni e articolazione territoriale degli ATS

L'ATS è individuato dalle regioni, ai sensi della legge n. 328/2000, che tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati definisce le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Le regioni esercitano, quindi, la funzione di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata degli obiettivi di servizio e dei LEPS sul territorio, facilitando, in tal modo, la piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. Si osserva pertanto che mediante un'attenta azione di monitoraggio, le regioni contribuiscono concretamente a tale attuazione.

All'Ambito territoriale, pertanto, sono attribuite le seguenti funzioni a livello locale/territoriale:



coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali



pianificazione e programmazione degli interventi in base ad un'analisi dei bisogni



realizzazione degli interventi sociali e, congiuntamente al Distretto sanitario, gli interventi socio-sanitari

Gli ATS svolgono altresì, una funzione strategica nel sistema integrato di assistenza socio-sanitaria, in quanto concorrono all'attuazione del modello di Assistenza socio-sanitaria integrata domiciliare (ASSID), mediante la sottoscrizione dell'Accordo di programma con le Aziende Sanitarie Locali (ASL), che ne promuovono l'implementazione.

La strategia di intervento è sostenuta da un accordo di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale, il cui schema-tipo è allegato al presente Piano (Allegato 1). La proposta di uno schema-tipo costituisce un punto di riferimento e una base comune che dovrebbe garantire l'uniformità sul territorio nazionale e che potrà essere adattato alle singole realtà territoriali.

Lo schema-tipo è adottato al livello regionale con un provvedimento che può coordinare questo strumento con altri strumenti regionali. L'accordo è stipulato al livello dei singoli ATS dal Presidente del comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale. Qualora sul territorio regionale o a livello locale vi siano già provvedimenti di pari efficacia che disciplinano conformemente la materia oggetto dell'accordo di programma, restano validi gli accordi già in essere e se nel caso opportunamente integrati. L'accordo riguarda la realizzazione, nell'ambito territoriale, del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato", ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa, che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun Ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi e contabili.

La funzione strategica sopra delineata porterà, all'esito delle due riforme, alla costruzione di un sistema la cui connotazione fortemente innovativa rappresenta una svolta evolutiva di portata storica del nostro Paese.

Nel caso di redazione di un progetto di vita per l'attivazione di interventi afferenti al presente Piano, si vedrà dunque garantita dall'ATS la presa in carico sociale della persona, attraverso l'erogazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del progetto stesso, per la parte di competenza.

Gli ATS, congiuntamente⁷ in modo sinergico⁸ con i Distretti sanitari e le aziende sanitarie, garantiscono il funzionamento dei Punti unici di accesso (PUA) (cfr. par. §3.4), collocati presso le Case della comunità⁹, ove operative e funzionali allo scopo, attraverso una dotazione di personale e di risorse per la costituzione delle équipes integrate delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)¹⁰. A livello territoriale, gli ATS assicurano la presa in carico sociale della persona, attraverso la partecipazione alla formulazione del PAI, l'erogazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del Progetto assistenziale per la

⁷ Gli ATS operano insieme ai Distretti sanitari, in maniera coordinata, contribuendo alla gestione dei PUA e condividendo responsabilità e risorse per garantire il loro funzionamento.

⁸ Gli ATS agiscono in modo collaborativo e coordinato, al fine del raggiungimento di uno scopo comune migliore, generando un valore aggiunto nel funzionamento del PUA.

⁹ Articolazioni del servizio sanitario nonché sedi operative dei PUA ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

parte di competenza e all'attivazione e monitoraggio degli stessi. Inoltre, partecipano alla formulazione del PAI, concorrendo, altresì, all'attivazione e al monitoraggio del budget di cura e assistenza. Gli ATS provvedono ad assicurare la continuità dei servizi sociali, coordinandosi con le altre componenti istituzionali nel rispetto delle peculiarità locali e dei modelli organizzativi regionali.

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione e con un'azione sinergica tra il sistema dei servizi dell'ATS e il sistema dei servizi del Distretto sanitario che garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, e nei limiti delle risorse esistenti le seguenti funzioni:

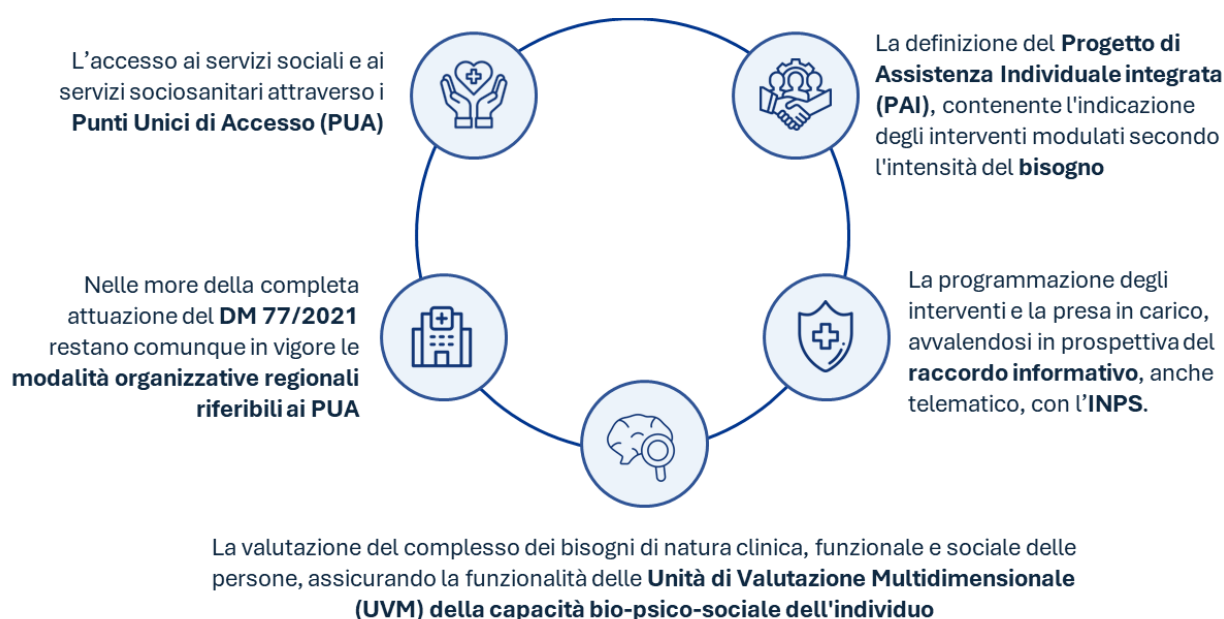


Figura 3 Funzioni degli ATS e del Distretto sanitario

Nel caso di redazione di un progetto di vita per l'attivazione di interventi afferenti al presente Piano, si vedrà dunque garantita dall'ATS la presa in carico sociale della persona, attraverso l'erogazione degli interventi e dei servizi previsti nell'ambito del progetto stesso redatto secondo quanto previsto dagli articoli 23, 24, 25, 26, 28 e 29 del decreto legislativo n. 62 del 2024.

3.4 Struttura, funzioni e articolazione territoriale del Punto unico di accesso (PUA)

I PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, quali case di "tutte le fragilità", costituiscono la porta d'ingresso al sistema integrato di servizi sociali e sanitari e sono strutturalmente collocati presso le Case della comunità, ove istituite ed operanti, potendosi articolare in una rete diffusa di sportelli accessibili anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali, operando in raccordo con l'eventuale rete di sportelli già esistenti nei diversi contesti regionali al fine di favorire la massima prossimità. Le regioni, fermo restando quanto premesso, possono individuare ulteriori luoghi dove collocare i PUA, ciò al fine di favorire e facilitarne l'accesso ai cittadini.

I PUA sono, quindi, il luogo dell'informazione e dell'orientamento per accrescere l'*empowerment* delle persone con disabilità, anche rispetto al diritto delle stesse a ricevere non solo singoli interventi per la non autosufficienza entro lo specifico Piano di assistenza, ma anche un più ampio progetto di vita (art. 15 del d.lgs. n. 62/2024). Gli stessi PUA, oltre a ricevere richieste di attivazione di servizi per la non autosufficienza, possono, secondo l'articolo 23 del d.lgs. n. 62/2024, essere individuati come punti di ricezione della richiesta di Progetto di vita, salvo poi indirizzarla all'Ente individuato dalla regione come titolare del procedimento amministrativo di elaborazione del progetto di vita.

In ogni caso i PUA rappresentano la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra ATS e Distretto sanitario. Tali strutture sono state istituite per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, avviando, ove occorra, percorsi integrati e unitari in grado di offrire risposte efficaci ai bisogni della persona.

Nel PUA operano équipe interprofessionali composte da operatori sociali degli ATS e da operatori sanitari delle ASL.

Per ciò che concerne le modalità operative e di accesso, le funzioni del PUA sono articolate come segue:

1) Front Office

Rappresenta il primo punto di contatto con il PUA, che può avvenire in modo diretto (personalmente negli orari di apertura al pubblico) o attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, mail o PEC). Il PUA, inoltre, prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti fragili, presentate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, associazioni di volontariato, parrocchie e/o altri soggetti istituzionali o meno. Nell'ambito del front office, personale adeguatamente formato ed aggiornato orienta gli utenti verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed Enti (servizi sociali, ASL, centri per l'impiego, centri di orientamento al lavoro, ecc.), incluso, come sopra detto, verso la richiesta di un Progetto di vita.

A tal fine, nel front office del PUA si può effettuare una pre valutazione della situazione presentata dalla persona, con l'obiettivo di individuare la tipologia dei bisogni e valutarne la natura, distinguendo tra bisogni semplici e complessi.

In presenza di richieste "semplici", che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi multidisciplinari, il PUA si occupa di orientare l'utente e, se necessario, di indirizzarlo ai servizi competenti per le situazioni che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi multidisciplinari. Presso il PUA, quando richiesto e ove necessario, può prendere avvio il percorso di presa in carico della persona, attivando direttamente i servizi necessari.

2) Back office

Nel back office del PUA l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), in presenza di situazioni sociosanitarie complesse, procede alla predisposizione del Progetto assistenziale integrato (PAI) ovvero, laddove necessario, del Progetto personalizzato (PP). Inoltre, nei casi in cui sia richiesto, provvede, unitamente ai responsabili dei servizi attivati e da attivare, a predisporre il Progetto di vita.

Ai sensi dell'articolo 24, commi 5 e ss., del decreto legislativo n. 62/2024, la regione può stabilire che l'unità di valutazione coincida, in tutto o in parte, con quella incaricata della valutazione multidimensionale prevista dagli articoli 24 e 25 del medesimo decreto.



Le Linee guida, gli accordi di programma e i protocolli di collaborazione tra Enti devono prevedere in modo specifico le risorse di personale sociale e sanitario assegnato a ciascun PUA.

Con specifico riguardo alle modalità attuative, ogni territorio deve disporre di PUA sufficientemente pubblicizzati e facilmente raggiungibili, anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio. Nelle more della completa attuazione del DM n. 77/2021, restano comunque in vigore le modalità organizzative regionali riferite ai Punti unici di accesso.



Capitolo 4 – Il percorso valutativo integrato e progetti personalizzati della persona non autosufficiente

Nel quadro di quanto previsto dal presente Piano, le persone con disabilità che si trovano in una condizione di non autosufficienza – come definite nel paragrafo 2 del capitolo 2 – hanno la possibilità di accedere a diversi tipi di intervento, in base alle loro esigenze specifiche e alla volontà di costruire un percorso personalizzato di sostegno. In particolare, esse possono richiedere:

- l’attivazione diretta degli interventi previsti nei casi in cui si versano in condizione di non autosufficienza, tramite l’elaborazione di un Progetto assistenziale individualizzato (PAI), che definisce in modo puntuale e integrato le risposte socio-sanitarie da attivare anche ai sensi dell’articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017;
- l’elaborazione di un progetto personalizzato che, sulla base delle risultanze della valutazione multidimensionale, preveda interventi di carattere sociale finanziati da diversi fondi sociali (progetto per la vita indipendente, PAI socio-assistenziale, progetto per il “durante, dopo di noi”, progetto personalizzato per l’inclusione lavorativa);
- l’attivazione di un progetto di vita, come disciplinato dagli articoli 18 e ss. del decreto legislativo n. 62 del 2024, quale processo caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione (in tema di valutazione multidimensionale, di costruzione dei sostegni e del budget), improntato all’autodeterminazione della persona con disabilità, nel quale possono essere inclusi, qualora già presenti, sia il PAI sia i contenuti del progetto personalizzato. Questo approccio mira a garantire un sostegno complessivo alla persona, in un’ottica di piena partecipazione e valorizzazione delle sue capacità e aspirazioni.

È importante sottolineare che il diritto ad accedere agli interventi in favore della non autosufficienza, finanziati attraverso le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, non è subordinato necessariamente all’attivazione di un progetto di vita. In altre parole, la persona può ottenere tali interventi anche in assenza di un progetto di vita formalizzato, purché vi sia una valutazione multidimensionale – come indicato nei paragrafi successivi – che individui almeno i bisogni sociali e sanitari della persona, per una presa in

carico sociosanitaria integrata (almeno in tal senso), rispetto alla quale le risorse del FNNA coprono solo la parte sociale. Tuttavia, nel caso in cui la persona con disabilità non autosufficiente esprima la volontà di attivare il progetto di vita, si seguirà l'iter specifico previsto dal decreto legislativo n. 62 del 2024, a partire dall'articolo 18. Questo percorso prevede la realizzazione di una valutazione multidimensionale approfondita, finalizzata a identificare i bisogni, le preferenze, le risorse e gli obiettivi della persona, la definizione dei sostegni necessari e l'elaborazione di un budget di progetto per sostenere la sua attuazione concreta. In tali ipotesi, le misure della non autosufficienza non si configurano come interventi a sé stanti, ma rientrano tra i sostegni previsti per dare attuazione al progetto personalizzato o, se richiesto, al progetto di vita. È fondamentale che tali misure siano allineate per approccio e per obiettivi, rispetto ad interventi di altri ambiti pur presenti nel progetto stesso, al fine di garantire coerenza, efficacia e continuità nella presa in carico della persona e nel supporto al suo percorso esistenziale unitario (per esempio, coordinando o garantendo la continuità tra interventi educativi scolastici ed interventi educativi volti a supportare l'autonomia domestica di un minore con disabilità non autosufficiente).

Nel caso in cui si elabori un progetto di vita, quindi, tutti gli interventi per la non autosufficienza previsti nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), e nel Progetto Personalizzato (PP), qualora presente, vengono integrati all'interno di questo progetto che ha un più ampio ambito temporale e di applicazione e interventi. Di conseguenza, anche le risorse destinate al PAI sarebbero una parte del più ampio "budget di progetto" di cui all'articolo 28 del decreto Legislativo n. 62 del 2024, che può comporsi anche di altre risorse (umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche) individuate per sviluppare altre finalità e aree di intervento del progetto di vita, sostenendo così il percorso globale della persona, secondo quanto definito nei paragrafi dedicati.

4.1 UVM e Progettazione personalizzata

In termini generali è opportuno precisare che, in attuazione di quelli che sono i principi costituzionali e quelli declinati nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, esiste un principio universalistico di uguaglianza, tale per cui è compito del sistema pubblico garantire, a ogni persona con disabilità, l'esigibilità dei propri diritti. Di conseguenza, tanto la disciplina sui LEA (articolo 21 del dPMC 12 gennaio 2017) quanto i LEPS (articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021) annoverano la presa in carico della persona, e il suo diritto allo



sviluppo di una progettualità, seppure ognuno per le proprie peculiarità, come uno dei presupposti imprescindibili del sistema.

Il percorso assistenziale integrato è attuato dagli ATS e dai Distretti/Aziende sanitarie che garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, la funzionalità delle UVM, le quali hanno il compito, tra l'altro, di identificare, descrivere e valutare la natura del bisogno, nonché individuare i facilitatori e le barriere di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale al fine della predisposizione del PAI.

Le UVM trovano la loro collocazione all'interno dei sistemi integrati sociali e sociosanitari regionali, e il loro compito principale è quello di condurre, in maniera multidisciplinare e interprofessionale, la valutazione multidimensionale della persona con disabilità o in condizione di non autosufficienza, anche in raccordo con gli altri soggetti istituzionali attivi sul territorio, ai fini dell'elaborazione del PAI, del PP e dell'eventuale progetto di vita, di cui il PAI e il progetto personalizzato fanno parte.

Pertanto, Le considerazioni effettuate fino ad ora, che trovano applicazione generale per tutte le persone con disabilità, devono essere coordinate con quanto previsto dal d.lgs. n. 62/2024 in tema di progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

In linea di principio, quindi, il processo di presa in carico di una persona con disabilità potrà avere un percorso diversificato a seconda che la stessa presenti - o meno - istanza di progetto di vita ai sensi del d.lgs. n. 62/2024. La persona che non presenta istanza di progetto di vita ha diritto, in ogni caso ad una presa in carico da parte del sistema pubblico; si applicheranno, quindi, le regole ordinarie, sulla base anche dei modelli organizzativi regionali, garantendo alla persona una presa in carico integrata sociale e sanitaria, che comporta la progettazione personalizzata degli interventi con il PAI, coperto con le risorse della non autosufficienza solo rispetto alla parte sociale.

Sarà compito delle regioni, stabilire le modalità con cui le UVM di cui all'articolo 21 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e di cui al DM n. 77/2022, si coordinano o si riunificano con le UVM definite dall'articolo 24, comma 1, del d.lgs. n. 62/2024 al fine di garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno. È di tutta evidenza che, sotto il profilo organizzativo, è auspicabile che l'UVM sia unica e che eserciti le funzioni di volta in volta e nei singoli casi di specie, secondo il dettato delle norme appena citate.



L'UVM¹¹, è costituita da un nucleo minimo di personale sanitario e sociale - adeguatamente formato - che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona, con il coinvolgimento della persona stessa e della sua famiglia. Anche nel contesto individuato dal d.lgs. n. 62/2024, l'UVM esercita funzioni strategiche nel processo di presa in carico della persona non autosufficiente, in particolare attraverso la valutazione multidimensionale – condotta secondo un approccio bio-psico-sociale – finalizzata all'individuazione integrata di bisogni, risorse, potenzialità e aspirazioni della persona. Tale processo si articola nella rilevazione degli obiettivi personali, nell'analisi dei contesti di vita, nell'individuazione dei bisogni di sostegno e nella definizione degli interventi da attuare e monitorare.

Salvo il caso in cui si sia all'interno dell'elaborazione del progetto di vita¹², in esito alla valutazione, è l'UVM stessa che redige il progetto personalizzato, quale quadro integrato delle misure formali e informali di sostegno, coerente con l'obiettivo della vita indipendente sancito dall'articolo 19 della Convenzione ONU. Ulteriori compiti dell'UVM includono l'individuazione delle prestazioni sociali e sociosanitarie, nonché dei trasferimenti economici connessi alla condizione di disabilità e non autosufficienza, eccettuata quella dei soggetti anziani, comprese le misure a favore dei caregiver familiari, secondo le regole già declinate nel secondo Piano.

4.2 Progetto assistenziale individualizzato (PAI)

Nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria integrata, l'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021 stabilisce che, previa valutazione multidimensionale, è definito il PAI in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77. Il PAI tiene conto della necessità di assicurare risposte diversificate in relazione agli specifici bisogni della

¹¹ fermo restando il rispetto della composizione specifica in caso di predisposizione del progetto di vita di cui all'articolo 24 d.lgs. n. 62/2024

¹² Nel corso del procedimento dell'elaborazione del progetto di vita, in base agli esiti della valutazione multidimensionale (e quindi dei bisogni di sostegno e degli obiettivi da raggiungere) non è la sola UVM a predisporre il progetto di vita, ma questa unitamente a tutti i responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto, affinché questi ultimi possano anche adottare decisioni in merito all'utilizzo integrato delle risorse all'interno del budget di progetto per garantire prestazioni atipiche.

persona assistita e alla sua qualità di vita, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse e della necessità di sostegni del nucleo familiare.

Il PAI rappresenta la fase di elaborazione delle risposte più appropriate alle esigenze della persona, sulla base delle risultanze della valutazione multidimensionale, e comprende tutti gli interventi destinati alla persona e al suo nucleo familiare. L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita, attivando i servizi competenti per la realizzazione delle attività previste (*cf.* articolo 11 dell'accordo di programma allegato al precedente piano 2022-2024).

L'erogazione degli interventi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI, generato dal processo assistenziale integrato, valorizzando ed integrando tali interventi nel più ampio progetto di vita, di cui all'articolo 18 del d.lgs. n. 62/2024, se richiesto, esistente o in corso di redazione.

La redazione del PAI avviene in coerenza ai modelli organizzativi regionali, con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, nonché degli attori della rete coinvolti. Il progetto individua compiti, responsabilità e modalità operative degli operatori sanitari, sociali e assistenziali, promuovendo un intervento coordinato e condiviso.

Al fine di realizzare l'integrazione tra sanitario e sociale, il back office del PUA, attraverso la presenza di operatori del Distretto sanitario e degli ATS, effettua, con strumenti semplificati, la preavvalutazione integrata con la quale è possibile eseguire una prima verifica dei bisogni della persona distinguendo quelli di tipo semplice da quelli complessi sociosanitari.

A seguito della formulazione e sottoscrizione del PAI, ha inizio operativamente la presa in carico integrata, intesa come un insieme di interventi coordinati, continuativi e personalizzati, centrati sulla persona, sulla sua famiglia e sui bisogni specifici. La presa in carico comprende l'erogazione di prestazioni, l'assistenza e le azioni di tutela necessarie a garantire la qualità della vita e il benessere complessivo dell'assistito.

Il PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e i corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari costituendo l'impegno a fornire interventi e prestazioni congiunti alla persona assistita,

anche mediante l'utilizzo della telemedicina o altre forme di intervento e assistenza da remoto.

L'UVM, al fine di garantirne l'efficacia, provvede ad aggiornare il PAI ogni qualvolta ne ricorra il bisogno e, in ogni caso almeno una volta l'anno con le opportune azioni di verifica dell'adeguatezza del progetto e della qualità della sua realizzazione, con particolare riguardo agli elementi qualificanti (condizioni della persona, ruolo del caregiver, rispetto dell'utilizzo delle risorse e dei tempi di attuazione, ecc.) in riferimento agli obiettivi prefissati.

Nel caso in cui il PAI sia elaborato nell'ambito del progetto di vita, le relative indicazioni dovranno essere gestite in modo coerente e integrato con il procedimento che dà attuazione al progetto stesso, al fine di evitare sovrapposizioni, duplicazioni o la frammentazione dei luoghi decisionali.

Ad esempio:

- potrebbe non esserci bisogno della prevalutazione integrata da parte del back office del PUA nel caso in cui vi sia una più ampia e ricca valutazione multidimensionale ai sensi dell'articolo 25 del decreto legislativo n. 62/2024;
- il coordinamento degli interventi anche di altri ambiti ed il monitoraggio del loro andamento potrebbe essere individuato con una prospettiva più ampia dentro il progetto di vita;
- l'utilizzo delle risorse destinate alla non autosufficienza per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAI può essere integrato con ulteriori fonti di finanziamento, dando luogo alla definizione di un *budget di progetto*. Tale attività generativa può includere anche prestazioni atipiche, purché finalizzate a rispondere, in modo coerente, ai bisogni connessi alla condizione di non autosufficienza;
- potrebbe essere prevista l'autogestione del budget di progetto anche solo per quanto riguarda la parte di risorse inerente alla non autosufficienza.

In sostanza, in presenza di un progetto di vita, saranno sicuramente rispettate le regole di individuazione di un PAI. Tuttavia, queste dovranno essere armonizzate e coordinate all'interno di un quadro procedimentale e contenutistico più ampio.

4.3 Risorse a sostegno della progettazione personalizzata

La dotazione di risorse che sostiene il PAI, il progetto personalizzato o il progetto di vita della persona con disabilità – da intendersi, in linea generale, come l’insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private - rappresenta il budget di progetto.

Tale budget deve essere concepito come uno strumento flessibile e dinamico, in grado di adattarsi alle diverse esigenze della persona con disabilità che possono emergere nel corso della valutazione multidimensionale. Ciò al fine di facilitare/consentire l’individuazione della risposta più appropriata e sostenibile ai bisogni e desideri.

Questa impostazione consente di integrare tra loro risorse provenienti da fonti differenti — previa adozione degli atti amministrativi - pubbliche, private e comunitarie, nonché di riconvertirne l'utilizzo e ricomporle in modo coerente con gli obiettivi individuali definiti per ciascuna persona.

Nella fase di costruzione del budget devono essere considerate e attivate tutte le risorse disponibili attraverso i diversi canali di finanziamento, comprese le eventuali risorse messe volontariamente a disposizione dalla persona con disabilità e/o dalla famiglia. Inoltre, non è possibile escludere, a priori, la possibilità di combinazione tra le diverse fonti, nel rispetto dei criteri di accesso e di utilizzo stabiliti per ciascun fondo o misura di sostegno. In questo senso il budget non è un insieme rigido e predefinito di risorse, ma uno strumento operativo dinamico costruito “su misura”, capace di evolvere e di modularsi in funzione dei bisogni e degli obiettivi della persona, impiegando al meglio tutte le opportunità offerte dal sistema integrato dei servizi e delle linee di finanziamento disponibili.

Nell’ambito delle risorse destinate alla realizzazione degli interventi previsti nel Progetto Personalizzato ovvero nel progetto di vita se richiesto, è possibile censire la quota delle risorse a sostegno del PAI.

Gli interventi contenuti nel Progetto assistenziale, individuati per garantire l'inclusione della persona, anche allo scopo di prevenire l’istituzionalizzazione, e conformati sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale, possono assumere un contenuto personalizzato rispetto all'offerta di servizi disponibile. In questo caso, le risorse finanziarie di provenienza sanitaria (destinate ai Livelli essenziali di assistenza, di cui al Capo IV del

d.P.C.M. 12 gennaio 2017, nel limite dei massimali regolamentati dalle singole regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previste per i servizi diurni e residenziali), sociale (nei limiti delle risorse disponibili), della persona o di altra provenienza, che devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI, possono caratterizzarsi per un utilizzo ad elevata flessibilità e innovazione, nell'ambito di un rapporto di co-gestione tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore, e connotarsi come *Budget di salute e comunità*, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 4-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77. In questa prospettiva, il budget di salute può progressivamente configurarsi come "meccanismo di riconversione delle risorse" per favorire l'inclusione sociale e il godimento dei diritti su base di uguaglianza.

Anche il budget di progetto che sostiene il progetto di vita deve essere allo stesso modo concepito come uno strumento flessibile, capace di superare progressivamente le limitazioni imposte dai singoli servizi, per garantire prestazioni integrate e trasversali (articolo 28, comma 9, del d.lgs. n. 62/2024).



Capitolo 5 – Le matrici di processo

L'impianto attuativo del PNNA 2025-2027, oltre a definire gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale, individua i destinatari delle politiche di assistenza continuativa.¹³

Al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento delle persone con disabilità nel corso degli anni 2025, 2026 e 2027 è necessario costruire alcune matrici di processo che mettano in evidenza tutto ciò.

Infatti, la riforma introdotta dal d.lgs. n. 62 del 2024 prevede una fase di sperimentazione che si sviluppa dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 su un numero di territori via via crescente e, solo dal 1° gennaio 2027, il consolidamento dei nuovi procedimenti (di riconoscimento della non autosufficienza e di presa in carico anche a mezzo del progetto di vita) per tutto il territorio nazionale.

5.1 Fase di transizione

Con riguardo alla già citata fase di transizione, nella quale rientra il processo di sperimentazione in atto fino al 31 dicembre 2026, occorre evidenziare che:

5.1.1 Prima fase

- dal 1° gennaio 2025 il procedimento della nuova valutazione di base (con cui riconoscere la condizione di disabilità e di non autosufficienza), assegnato integralmente ad Inps, è partito in via sperimentale in 9 province (Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste)¹⁴. Tale procedimento, quindi, si applica per tutte le istanze trasmesse all'INPS dopo il 31 dicembre 2024 dai cittadini residenti o domiciliati presso tali province;
- fermo restando il nuovo procedimento amministrativo sopra richiamato, nelle prime nove province per l'individuazione delle persone con disabilità non autosufficienti l'INPS continua a seguire le vecchie regole, salvo che per tre condizioni di salute: disturbi dello spettro autistico, diabete mellito di tipo 2, sclerosi multipla (*cfr.* articolo

¹³ (cfr. par. §2.2)

¹⁴ Vedi articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 71 del 2024, convertito dalla legge n. 106 del 2024.

9, comma 7 bis, del decreto-legge n. 71 del 2024, convertito dalla legge n. 106 del 2024);

- dal 1° gennaio 2025 al 30 settembre 2025, tutti coloro che non risiedono o domiciliano nelle provincie in cui è in atto la sperimentazione, si applica la precedente disciplina.

5.1.2 Seconda fase

I commi 1 e 3 dell'articolo 19-quater del decreto-legge n. 202/2024, rubricato "Disposizioni concernenti termini in materia di disabilità" hanno apportato le seguenti novità:

- a decorrere dal 30 settembre 2025, le attività di sperimentazione di cui all'articolo 33, commi 1 e 2, del decreto legislativo n. 62/2024, sono estese alle seguenti provincie: Alessandria; Lecce; Genova; Isernia; Macerata; Matera; Palermo; Teramo; Vicenza; Provincia Autonoma di Trento; Aosta;
- l'elenco delle patologie interessate dalla sperimentazione dei nuovi criteri di valutazione di base è stato ampliato, includendo anche le disabilità connesse all'artrite reumatoide, alle cardiopatie, alle broncopatie e alle malattie oncologiche;
- Dal 30 settembre 2025 al 31 dicembre 2026, tutti coloro che non risiedono o domiciliano presso le provincie in cui è in atto la sperimentazione, si applica la precedente disciplina.
- Fino al 31 dicembre 2026, anche nei territori oggetto di sperimentazione non si applicano le nuove procedure e i nuovi criteri di accertamento nel caso di revisioni degli accertamenti della condizione di disabilità definiti entro il 31 dicembre 2024 (cfr. l'articolo 35, comma 3, del d.lgs. n. 62/2024);
- In ogni caso, fino all'entrata in vigore sul singolo territorio del nuovo procedimento e dei nuovi criteri, l'accertamento della condizione di disabilità è garantito con gli enti istituzionali finora esistenti (Commissioni integrate Asl Inps o Commissioni Uniche Inps per delega delle regioni) e l'accertamento della non autosufficienza rimane alle UVM secondo le precedenti regole.

5.1.3 Terza fase

- Al primo gennaio 2027 la riforma entra in pieno regime e pertanto a partire dal 1° gennaio 2027, non solo il nuovo procedimento di accertamento della condizione di disabilità e della non autosufficienza si riunificherà nella valutazione di base in capo ad Inps applicandosi su tutto il territorio nazionale, ma dovranno esserci criteri di accertamento della condizione di disabilità e di non autosufficienza per ogni condizione di salute (corrispondenti a circa 13.000 patologie) secondo il decreto del Ministero della Salute, da emanare entro il 30 novembre 2026 ai sensi dell'articolo 12 del d.lgs. n. 62/2024. Fino all'adozione e all'entrata in vigore di tale decreto la condizione di non autosufficienza continuerà ad essere individuata secondo le precedenti regole.;
- È garantito il mantenimento dei diritti riconosciuti dalla disciplina attualmente in vigore fino al 31 dicembre 2026 (comma 1);
- In ogni caso, fino all'entrata in vigore sul singolo territorio del nuovo procedimento e dei nuovi criteri, l'accertamento della condizione di disabilità è garantito con gli enti istituzionali finora esistenti (Commissioni integrate Asl Inps o Commissioni Uniche Inps per delega delle regioni) e l'accertamento della non autosufficienza rimane alle UVM secondo le precedenti regole.

5.2 Scenari per gli accertamenti della condizione di disabilità e non autosufficienza e l'elaborazione del progetto di vita

Attesa la complessità degli scenari verificabili in seguito all'entrata in vigore del d.lgs. n. 62 del 2024 con il conseguente avvio della relativa fase di sperimentazione, appare necessario effettuare specificazioni della platea dei destinatari, differenziati sulla base del momento temporale - e dunque sulla base della disciplina vigente - e della presentazione dell'istanza per il riconoscimento della condizione di disabilità e/o di non autosufficienza sia del già avvenuto riconoscimento della predetta condizione.

Allo stesso modo, è opportuno introdurre distinzioni anche in relazione all'esistenza della fase di transizione prevista dalla già citata sperimentazione, attualmente in corso in alcuni territori e per specifiche patologie fino al 31 dicembre 2026. A partire dal 1° gennaio 2027,

infatti, il procedimento sarà disciplinato in via esclusiva dal d.lgs. 62/2024, in regime ordinario.

PRIMA MATRICE

Personale che hanno presentato istanza per l'**accertamento della condizione di disabilità e/o della non autosufficienza** o già in possesso di certificazione di disabilità ex Legge 5 febbraio 1992 n.104 **nei territori non in sperimentazione** fino al **31.12.2026**

- Accertamento della condizione di “disabilità” ai sensi della legge n. 104/1992;
- doppia fase di valutazione (tranne nel caso in cui la regione ha delegato ad Inps l'intero accertamento con commissioni uniche) articolata nella prima visita innanzi alle Commissioni Integrate Asl-Inps ex lege n. 104/1992 e successiva verifica dell'esito della stessa da parte delle Commissioni Inps;
- accertamento della condizione di non autosufficienza ai sensi della legge n.104/1992 effettuato dalle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.);
- totale validità della precedente certificazione della condizione di non autosufficienza¹⁵ fino ad un'eventuale nuova valutazione delle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.).
- a seguito della valutazione, qualora vi siano le condizioni, può essere predisposto da parte dell'UVM un PAI di cui alla legge 30 dicembre 2021, n. 234, articolo 1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n.77) e/o Progetto personalizzato.
- possibilità di richiedere l'elaborazione del Progetto individuale secondo quanto previsto dall'articolo 14 della legge n. 328/2000 nella sua formulazione antecedente alla novella introdotta dall'articolo 18, comma 6, del d.lgs. n. 62/2024.

¹⁵ in cui rientrano anche le condizioni accertate ai sensi del Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2026.

SECONDA MATRICE

Persone che presentano istanza per **l'accertamento della condizione di disabilità e/o della non autosufficienza** già in possesso di certificazione di disabilità ex Legge 5 febbraio 1992 n.104 **nei territori in sperimentazione** fino al **31.12.2026** e per **patologie rientranti nella fase di sperimentazione**

- Accertamento della condizione di disabilità e non autosufficienza secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 62/2024;
- valutazione di base prevista dall'articolo 6 del d.lgs. 62/2024 ed effettuata da I.N.P.S.;
- totale validità della precedente certificazione della condizione di non autosufficienza fino ad un'eventuale nuova valutazione delle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.);
- totale validità della precedente certificazione della condizione di disabilità e/o non autosufficienza fino ad un'eventuale nuova valutazione di base effettuata dall'I.N.P.S.;
- eventuale valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale, di cui all'art. 24 del d.lgs n. 62/2024;
- a seguito della valutazione, qualora vi siano le condizioni, può essere predisposto da parte dell'UVM un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) di cui alla legge n. 234 del 2021, articolo 1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n.77) e/o Progetto Personalizzato;
- possibilità di richiedere l'elaborazione del Progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227 e agli artt. 18 e 26 del d.lgs. n. 62 del 2024.

TERZA MATRICE

Persone che presentano istanza per **l'accertamento della condizione di disabilità e/o della non autosufficienza** già in possesso di certificazione di disabilità ex Legge 5 febbraio 1992 n.104 **nei territori in sperimentazione** fino al **31.12.2026** e **con patologie non rientranti nella fase di sperimentazione**

- Accertamento della condizione di "disabilità" secondo quanto previsto dalla legge n.104/1992;



- valutazione di base effettuata da I.N.P.S. secondo i vecchi criteri di accertamento dettati dalla legge n.104/1992;
- accertamento della condizione di non autosufficienza effettuata dalle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.) secondo i vecchi criteri di accertamento dettati dalla legge n.104/1992;
- totale validità della precedente certificazione della condizione di non autosufficienza fino ad un'eventuale nuova valutazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.);
- eventuale valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale di cui all'articolo24 del d.lgs. n. 62/2024;
- a seguito della valutazione, qualora vi siano le condizioni, può essere predisposto da parte dell'UVM un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) di cui alla legge n. 234 del 2021, articolo1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n.77) e/o Progetto Personalizzato;
- possibilità di richiedere l'elaborazione del Progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227 e agli artt. 18 e 26 del d.lgs. n.62 del 2024.

QUARTA MATRICE

Persone già in possesso di certificazione di disabilità ex Legge 5 febbraio 1992 n.104 in tutto il territorio nazionale **a decorrere dal 1° gennaio 2027**

- applicazione della procedura delineata dalla riforma dettata dal d.lgs. n.62/2024;
- totale validità della precedente certificazione della condizione di disabilità fino ad un'eventuale nuova valutazione di base effettuata dall'I.N.P.S.;
- totale validità della precedente certificazione della condizione di non autosufficienza fino ad un'eventuale nuova valutazione delle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.);
- eventuale valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale di cui all'articolo24 del d.lgs. 62/2024;



- a seguito della valutazione, qualora vi siano le condizioni, può essere predisposto da parte dell'UVM un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) di cui alla legge n. 234 del 2021, articolo1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n.77) e/o Progetto Personalizzato;
- possibilità di richiedere l'elaborazione del Progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227 e agli artt. 18 e 26 del d.lgs. n.62 del 2024.

QUINTA MATRICE

Persone che presentano istanza per l'accertamento della disabilità e/o della non autosufficienza in tutto il territorio nazionale a decorrere **dal 1° gennaio 2027:**

- Accertamento della condizione di disabilità e non autosufficienza secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 62/2024;
- valutazione di base prevista dall'articolo 6 del d.lgs. n. 62/2024 ed effettuata da I.N.P.S. (certificato medico introduttivo trasmesso all'INPS ed inserito nel fascicolo sanitario elettronico);
- totale validità della precedente certificazione della condizione di non autosufficienza fino ad un'eventuale nuova valutazione delle Unità di valutazione multidimensionale (U.V.M.);
- eventuale valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale di cui all'articolo 24 del d.lgs. n. 62/2024;
- a seguito della valutazione, qualora vi siano le condizioni, può essere predisposto da parte dell'UVM un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) di cui alla legge n. 234 del 2021, articolo1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n.77) e/o Progetto Personalizzato;
- possibilità di richiedere l'elaborazione del Progetto di vita di cui all'articolo 2, comma 2, lettera c), della legge 22 dicembre 2021, n. 227 e agli artt. 18 e 26 del d.lgs. n.62 del 2024.

SESTA MATRICE

Persone che hanno presentato istanza di accertamento della condizione di disabilità e/o non autosufficienza entro la data del 31 dicembre 2024 **nei territori coinvolti dalla sperimentazione:**

- Ai sensi dell'articolo 33, comma 5, del d.lgs. n. 62 del 2024 si applicano le disposizioni previgenti.

Resta inteso che, per coloro i quali hanno presentato istanza di accertamento della condizione di disabilità e/o di non autosufficienza, nei territori e per le patologie oggetto di sperimentazione, entro la data del 31 dicembre 2026, resta in vigore la disciplina dettata dal d.lgs. 62/2024.

MATRICE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA

	Nei territori in sperimentazione fino al 31.12.2026		Nei territori non in sperimentazione fino al 31.12.2026	In tutto il territorio nazionale a partire dall'1.1.2027
	Per condizioni di salute che hanno già in vigore i nuovi criteri	Per condizioni di salute che non hanno ancora in vigore i nuovi criteri	Per tutte le condizioni di salute	
Accertamento della condizione di disabilità	Effettuato dall'INPS con la c.d. valutazione di base, secondo i nuovi criteri	Effettuato dall'INPS con la c.d. valutazione di base, secondo i vecchi criteri di accertamento di cui alla legge n. 104/1992	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doppia fase di valutazione*: ▪ Visita innanzi alle Commissioni integrate ASL-INPS di cui alla legge n. 104/1992; ▪ Verifica dell'esito della prima visita da parte delle Commissioni INPS. ▪ Utilizzo dei vecchi criteri di accertamento di cui alla legge n. 104/1992 	Effettuato da INPS con la c.d. valutazione di base secondo i nuovi criteri in vigore a tale data
Accertamento della condizione di non autosufficienza	Effettuato da INPS con la c.d. valutazione di base secondo i nuovi criteri	Effettuato dalle precedenti UVM secondo i vecchi criteri.	Effettuato dalle precedenti UVM secondo i vecchi criteri	Effettuato da INPS con la c.d. valutazione di base secondo i nuovi criteri in vigore a tale data
Validità della precedente certificazione della condizione di disabilità e di non autosufficienza	Totale fino ad un'eventuale nuova valutazione di base da parte di INPS	Totale fino ad un'eventuale nuova valutazione delle precedenti UVM	Totale fino ad un'eventuale nuova valutazione delle precedenti UVM	Totale fino ad un'eventuale nuova valutazione di base da parte di INPS

Attesa la possibilità per le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza di accedere a diversi tipi di intervento, appare necessario effettuare un'ulteriore diversificazione delle matrici di processo sulla base della richiesta di elaborazione di un PAI (cfr. par. §4.3) la cui previsione è contenuta all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, di un Progetto Personalizzato (cfr. cap. §4) o di un più ampio Progetto di Vita. Mentre per i primi resta ferma la disciplina già vigente, per il progetto di vita occorre

strutturare il passaggio di transizione verso la fase a regime della disciplina introdotta dagli articoli 18- 26 del d.lgs. n.62 del 3 maggio 2024.

PRIMA MATRICE

Persone con disabilità certificata in condizione di non autosufficienza che richiedono il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) o un Progetto Personalizzato

- percorso assistenziale integrato che si realizza presso gli ATS e Distretti Sanitari attraverso la presa in carico della persona con progettazione personalizzata degli interventi;
- valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) di cui all'articolo 21 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e al D.M. 23 maggio 2022, n. 77 le quali, attraverso la rilevazione degli obiettivi personali, l'analisi dei contesti di vita, l'individuazione della natura e della gravità del bisogno, considerato in tutte le dimensioni della persona (fisiche, psichiche, funzionali, relazionali e ambientali), individuano il livello di assistenza necessario per l'accesso a specifici servizi e definiscono gli interventi da attuare;
- definizione del **Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)** di cui alla legge n. 234 del 2021, articolo 1, comma 163 (in coerenza con le previsioni di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n.77) a seguito di pre valutazione integrata effettuata nel back office del Punto Unico d'accesso (PUA) con cui viene eseguita una prima verifica dei bisogni della persona, distinguendoli in semplici e complessi;
- presa in carico integrata - che ha operativamente inizio dalla sottoscrizione del PAI – quale insieme di azioni coordinate e continue comprendendo prestazioni, assistenza e tutele in favore della persona con disabilità in condizione di non autosufficienza e, ove presente, del nucleo familiare;
- definizione di un Progetto Personalizzato che include varie aree di intervento sociali, già esistenti o da attivare ex novo, inerenti ad esempio all'inclusione scolastica o all'inclusione lavorativa, o ancora, alla partecipazione attiva nella comunità, cui possono aggiungersi interventi socio-sanitari previsti anche dal Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);



- la definizione del Progetto Personalizzato, o del solo PAI, è accompagnata dall'individuazione delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche necessarie alla realizzazione degli interventi previsti, risorse che, nel loro complesso, costituiranno il **budget di progetto**;
- individuazione, nell'ambito delle risorse a supporto del PAI, di una quota di risorse finanziarie che si connotano quale **budget di salute e comunità** (in coerenza con quanto previsto dal decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, articolo 4 bis e dal decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022 n.77), al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi e degli interventi previsti nel PAI, secondo modalità e progettualità caratterizzate da elevata flessibilità e innovazione. Tale quota viene utilizzata, in via privilegiata, nell'ambito di un rapporto di cogestione tra soggetti pubblici ed enti del Terzo settore.

SECONDA MATRICE

Persone con disabilità certificata in condizione di non autosufficienza che richiedono il Progetto di vita

- Percorso che si avvia con l'istanza presso l'Ambito territoriale sociale (ATS) entro il quale ricade il comune di residenza della persona con disabilità, se dotato di personalità giuridica. In caso l'ATS non abbia soggettività giuridica l'istanza va rivolta all'Ente individuato dalla regione;
- valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 62 del 2024 quale procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita;
- predisposizione del **Progetto di vita** di cui agli articoli 18 e 26 del d.lgs. n. 62 del 2024, caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione basate sull'autodeterminazione della persona con disabilità non autosufficiente e nel quale, ove già presenti, possono essere inclusi sia il Piano di assistenza individualizzato (PAI) sia i contenuti del Progetto personalizzato, al fine di garantire un sostegno complessivo alla persona con disabilità

non autosufficiente, in un'ottica di piena partecipazione e valorizzazione delle sue capacità e aspirazioni;

- individuazione del **Budget di progetto** previsto dall'articolo 28 del d.lgs. n. 62 del 2024, quale strumento flessibile e dinamico, capace di evolvere e modularsi in funzione dei bisogni e degli obiettivi della persona e costituito, in modo integrato, dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali.

5.3 Matrice di programmazione

La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto fra tre programmi operativi e i due gruppi di beneficiari.

I tre programmi operativi riguardano:



Obiettivi di servizio riferiti ai contenuti dell'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), e comma 164 della legge di bilancio 234/2021;



Obiettivi di servizio riferiti ai contenuti dell'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 234/2021;



Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti dell'articolo 1, comma 166, della legge di bilancio 234/2021.

Sia obiettivi di servizio di erogazione che obiettivi di servizio di processo sono realizzati dagli ATS in raccordo con i Distretti Sanitari/Aziende ULS. L'ATS costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento degli obiettivi di servizio, in linea con le programmazioni regionali.

Capitolo 6 – Il sistema dei servizi

Il presente Piano, pur sviluppandosi in un’ottica di continuità con la programmazione precedente, mira a realizzare un innovativo sistema di servizi a favore delle persone con disabilità non autosufficienti basato sull’individuazione e il rafforzamento degli obiettivi di servizio e dei LEPS (Vita Indipendente), oltre che sull’implementazione di quanto già avviato nell’ambito delle progettualità PNRR (Missione 5 e 6 relative all’integrazione tra sociale e sanitario). Ciò premesso, come già anticipato, per l’annualità 2025, al fine di mantenere una continuità assistenziale per gli interventi già individuati e attivati nel precedente Piano Nazionale per la non Autosufficienza 22-24, saranno utilizzati gli stessi criteri di destinazione delle risorse riferiti all’annualità 2024 ed i medesimi criteri elettivi per la valutazione e l’accesso alle prestazioni da erogare, tenendo conto che è attualmente in corso la fase di sperimentazione di cui al par. §5.1 nei territori interessati e per le patologie già individuate dai relativi regolamenti. Il presente documento si caratterizza per la sua continuità con le precedenti programmazioni.

L’impianto attuativo del PNNA si concentra sulle seguenti aree tematiche:

- ➔ Mantenimento degli **obiettivi di servizio**
- ➔ Adozione graduale e progressiva delle **Linee guida** per la **formazione** a favore del **personale** addetto alle **attività di cura e assistenza** di cui **all’articolo 38, comma 1, del D.lgs. n. 29/2024**
- ➔ Iniziative a cura delle **Regioni** volte a **rafforzare le competenze di formazione del personale con professionalità sociale**
Erogazione dei **servizi** relativi **all’assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata**
- ➔ con i **servizi sanitari, servizi sociali di sollievo** per le **persone non autosufficienti** e le loro **famiglie, servizi sociali di supporto** per le **persone anziane non autosufficienti** e le loro **famiglie**
- ➔ Implementazione delle attività di predisposizione del **Progetto di Vita** e delle progettualità connesse alla **Vita Indipendente** e al **Dopo di Noi**

Figura 4 Aree tematiche PNNA

6.1 Obiettivi di servizio

Al fine di sostenere l'individuazione e la progressiva e graduale attuazione dei LEPS a favore delle persone con disabilità non autosufficienti, in linea di continuità con quanto previsto nel precedente Piano, gli obiettivi di servizio sono realizzati innanzitutto nell'ambito delle seguenti aree (articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*) della legge 30 dicembre 2021, n. 234):

- Assistenza domiciliare sociale;
- Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- Servizi sociali di sollievo;
- Servizi sociali di supporto;
- Contributi per il sostegno della domiciliarità e della maggior autonomia possibile delle persone con disabilità non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.

Nell'ambito della predisposizione del PAI, che può formare parte integrante del progetto di vita, qualora richiesto dall'interessato, o del Progetto Personalizzato, l'Unità di Valutazione dovrà assicurare, in base ai bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, i servizi inerenti alle aree di intervento di cui sopra. Nel caso in cui sia in via di definizione o sia esistente un progetto di vita, le misure previste nel PAI dovranno essere armonizzate con gli altri interventi previsti o già attuati nell'ambito del progetto stesso. Tali misure e potranno essere anche ripensati per integrarsi con gli interventi o le risorse di altri ambiti e strutturare risposte innovative ed atipiche maggiormente rispondenti agli specifici bisogni di sostegno individuati dall'UVM (ciò attraverso l'utilizzo combinato di risorse di vari ambiti istituzionali dentro il budget di progetto o il ricorso all'autogestione del budget per la quota di assistenza della non autosufficienza che possa permettere insieme ad altre risorse di acquistare un servizio composito). Gli interventi del PAI, anche quando questi dovessero rientrare nel più ampio progetto di vita, devono essere orientati, oltre che all'assistenza materiale di supporto degli atti di vita quotidiana e strumentali, al mantenimento delle autonomie funzionali, al supporto per acquisire competenze adattive utili per continuare a vivere i propri contesti di vita (vedasi educativa domiciliare), intervenendo anche su essi, nonché alla prevenzione dell'isolamento sociale e al sostegno del contesto familiare, in un'ottica di presa in carico globale e continuativa.

In questo modo, il Progetto di Vita/PAI/Progetto Individualizzato risulta già finalizzato e orientato agli interventi concreti, garantendo una presa in carico personalizzata e rispondente ai bisogni reali della persona non autosufficiente. L'integrazione degli interventi nelle aree dell'assistenza domiciliare, dei servizi di supporto e di sollievo consente non solo di attuare efficacemente gli obiettivi di servizio, ma anche di svilupparli in modo strutturato, contribuendo a definire standard e modelli di riferimento.

Tale approccio per le persone non autosufficienti rappresenta un passo significativo anche nell'ottica dell'individuazione e dell'attuazione dei LEPS specifici, rafforzando il sistema di welfare in termini di equità, appropriatezza e continuità della cura.

Al riguardo gli ATS garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari (articolo 1, commi 162 e 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234), assicurando, inoltre, anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività su descritte. Questa tipologia di interventi può essere integrata da contributi diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti fino ai 70 anni¹⁶ e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Si tratta di contributi volti esclusivamente a retribuire il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

In particolare, al fine di garantire adeguata tutela alle persone con una "necessità di sostegno intensivo" (livello elevato o molto elevato), in alta complessità assistenziale, le regioni, nell'ambito della progettazione dei servizi e degli interventi e della relativa programmazione, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 21 febbraio 2025, recante "Istituzione di una prestazione universale al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti", possono con le risorse del FNNA, destinare contributi economici esclusivamente per l'acquisto dei servizi di seguito indicati: servizi di cura e di igiene della persona; servizi di lavanderia; servizi per il

¹⁶ fermo restando che ai sensi di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 2 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 "Resta ferma la disciplina relativa alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi sociosanitari in favore di persone non autosufficienti già prevista a legislazione vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto."

confezionamento o la distribuzione di pasti a domicilio; servizi per la cura e l'aiuto nella gestione della propria abitazione; servizi per l'accompagnamento a visite; servizi per lo svolgimento di piccole commissioni; servizi per il disbrigo pratiche amministrative; servizi mirati al sostegno relazionale per il mantenimento di relazioni sociali; servizi per l'aiuto al mantenimento di abilità pratiche; servizi di sostegno psicologico/educativo; servizi sociali di telesoccorso e teleassistenza¹⁷. Detti contributi economici sono destinati, altresì, alla remunerazione del costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona assunti con rapporto di lavoro subordinato secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 e successive modificazioni, fino all'integrale copertura dei costi connessi alla instaurazione di tali rapporti di lavoro, nella categoria contrattuale legata al bisogno. L'erogazione di tali contributi è condizionata, in coerenza con le disposizioni relative alle erogazioni monetarie già presenti nel secondo Piano nazionale per la non autosufficienza, alla previsione nel PAI di tale necessità a seguito della valutazione dell'equipe. Sulle risorse, oggetto di apposita rendicontazione sul sistema SIOSS da parte dell'ATS, possono essere effettuati controlli a campione da parte dell'Amministrazione centrale, delle regioni e degli ATS, ciascuno per i rispettivi profili di competenza. Nell'ottica di favorire l'effettiva erogazione degli interventi previsti nel PAI è fondamentale che gli ATS nell'ambito del budget di progetto provvedano a qualificare le risorse che lo compongono. Ciò consente di destinarle in modo chiaro alla copertura degli interventi relativi all'assistenza domiciliare, ai servizi di supporto e ai servizi di sollievo. In tal modo è possibile rendere esigibili gli obiettivi di servizio, migliorando la programmazione locale, nonché garantire una maggiore coerenza tra la valutazione dei bisogni, la progettazione degli interventi e la loro effettiva realizzazione.

L'approccio descritto è finalizzato a sostenere progressivamente la costruzione di un sistema di servizi integrato (sociali e sanitari) non più basato sulla mera erogazione monetaria a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

¹⁷ I servizi sono gli stessi declinati per l'articolo 34, comma 1, del d.lgs. n. 29/2024. In considerazione che si tratta di un elenco elaborato per individuare le principali attività di cura e di assistenza, si è ritenuto di riproporlo anche per le persone con disabilità non autosufficienti

6.1.2 Attuazione degli obiettivi di servizio: programmazione regionale

In fase di programmazione, ciascuna regione, tenendo conto delle specificità del proprio territorio, potrà individuare, anche a valere su fonti finanziarie diverse dal FNA, la quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi per l'anno 2025, assumendo come riferimento quanto programmato per il 2024 in coerenza con l'impostazione dell'anno in corso. Si precisa che, per gli anni successivi, tale quota, utile per il raggiungimento di obiettivi di servizio, può essere auspicabilmente incrementata del 10% per ciascun servizio nel 2026 e del 20% nel 2027.

Non è stata volutamente indicata una quota di realizzazione uniforme per tutte le regioni sin dal primo anno, sia in considerazione dei tempi tecnici necessari per l'approvazione del piano, sia – e soprattutto – nel rispetto delle specificità territoriali. Si è infatti ritenuto che ciascuna regione, nell'ambito della propria autonomia, fosse nelle condizioni di valutare con piena consapevolezza i propri bisogni e di impiegare le risorse assegnate in modo efficace e mirato. Per gli anni successivi, invece, è richiesta un'implementazione standard in misura percentuale (10% per il secondo anno e 20% per il terzo) rispetto alla base di partenza della annualità 2024 così come dichiarata nella programmazione regionale 2025, in modo da consentire a tutti i territori il raggiungimento della progressiva attuazione degli obiettivi di servizio, con un avanzamento percentuale uniforme a livello nazionale. A differenza di quanto avviene per gli anziani non autosufficienti, per i quali è prevista, a normativa vigente, l'attuazione dei LEPS, per le persone non autosufficienti siamo ancora nell'ambito di "obiettivi di servizio", la cui realizzazione, per la loro caratteristica, non è obbligatoria, ma fortemente auspicabile proprio allo scopo di portare il sistema dei servizi ad un'evoluzione tale che consenta ai territori di essere pronti nel momento in cui le misure di che trattasi saranno anche per questa platea definiti come LEPS.

L'attuazione del presente Piano interviene in un momento in cui alle persone con disabilità non autosufficienti è dedicata particolare attenzione mediante l'adozione del decreto legislativo n. 62/2024 e dei regolamenti che definiscono la fase di sperimentazione per l'accertamento della disabilità. Pertanto, alla luce di tali complessità, le regioni, ove necessario, hanno la facoltà di apportare modifiche alla programmazione triennale presentata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

La proposta di programmazione dovrà essere inserita per l'intero triennio 2025/2026/2027 entro 90 giorni dall'adozione del presente Piano e dovrà essere validata dall'apposita Commissione, se in linea con i contenuti dello stesso, entro 30 giorni dalla finalizzazione sul SIOSS.

6.2 Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari.

I servizi di assistenza domiciliare riguardano interventi di cura della persona e di sostegno psico socioeducativo, anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

Tra questi possono rientrare interventi di accompagnamento extra-domiciliare, nonché gli interventi volti a far acquisire competenze adattive o il mantenimento delle autonomie funzionali (attraverso la frequenza di un centro diurno che svolge anche la funzione di sollievo della famiglia dall'aver su di sé l'intero carico di supporto del familiare non autosufficiente).

Gli interventi possono riguardare progettualità concernenti l'individuazione di soluzioni abitative, anche mediante il ricorso a nuove forme di coabitazione sociale. Rispetto ai servizi di assistenza domiciliare assume particolare rilevanza l'attivazione e l'implementazione dei servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale al fine di contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone con disabilità non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità. A tale scopo, concorrono in modo attivo tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali, nonché la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, ivi inclusa la rete delle farmacie territoriali. L'attuazione di tali servizi viene realizzata attraverso i soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati nonché attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore, dei familiari e la collaborazione delle associazioni di volontariato, delle reti informali di prossimità e del servizio civile universale.

La logica di rete e di sussidiarietà orizzontale è orientata alla persona ed è volta a realizzare un'integrazione basata su un set di varie risposte disponibili e personalizzabili, nonché sulla loro modulazione nel tempo secondo gli obiettivi definiti nel progetto di vita, nel PAI e nel progetto personalizzato, in un *continuum* di soluzioni complementari, progettate secondo l'evoluzione delle condizioni della persona e del contesto di vita familiare e relazionale.



I servizi di comunità e prossimità rispondono nel loro insieme ai molteplici profili della non autosufficienza attraverso le diverse strutture che operano in rete e in un efficace sistema di relazioni funzionali volte a garantire la continuità delle informazioni e delle risposte ai bisogni di cura delle persone, con priorità alla permanenza delle persone al proprio domicilio e nella propria comunità.

Nello specifico, gli interventi che riguardano l'assistenza domiciliare, anche integrata con i servizi sanitari, hanno ad oggetto:

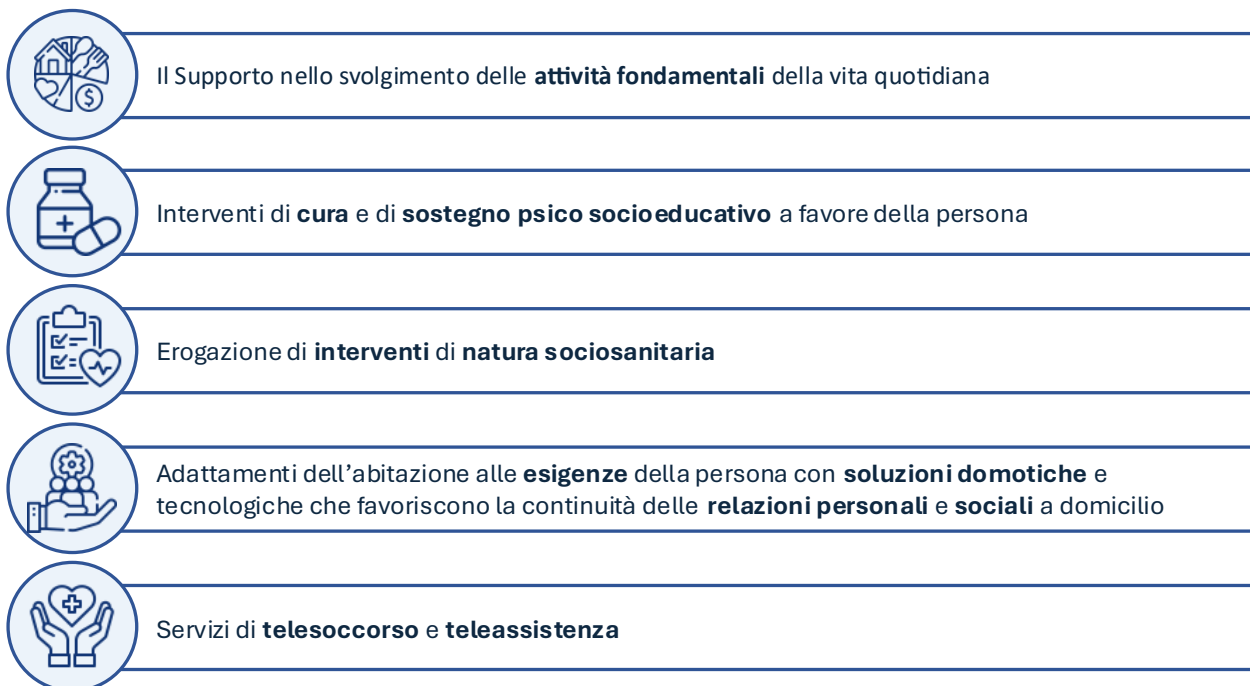


Figura 5 Interventi che riguardano l'assistenza domiciliare, anche integrata con i servizi sanitari

6.3 Servizi sociali di sollievo

I servizi sociali di sollievo rappresentano interventi volti a sostenere oltre alla persona non autosufficiente, anche la famiglia e, ove presente, il caregiver. Tali servizi consentono di garantire continuità e qualità dell'assistenza a favore della persona nei momenti in cui non è possibile per il caregiver prendersene cura, favorendo, indirettamente, una maggiore qualità dell'assistenza che riceve la persona non autosufficiente. Questa tipologia di servizi può consistere nei seguenti interventi: frequenza dei centri diurni per il mantenimento delle competenze funzionali e la frequenza nei centri semiresidenziali; il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; il servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

il servizio programmato di assistenza a domicilio o in soluzione extrafamiliare per il periodo nel quale il caregiver necessita di cure o di conciliare il proprio tempo di riposo e di lavoro con quella di assistenza; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata, secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; gli interventi di emergenza o programmati per brevi ricoveri presso strutture autorizzate strettamente complementari al percorso domiciliare

L'elenco dei servizi costituisce una base comune che potrà eventualmente essere integrata con ulteriori interventi, qualora l'UVM li individui espressamente per il singolo caso di specie, **comunque tra quelli di ambito sociale**, che possono essere ricompresi tra i servizi sociali di sollievo.

6.4 Servizi sociali di supporto

I servizi sociali di supporto consistono nella messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio o altre modalità già strutturate a livello locale. L'erogazione di questi servizi è supervisionata nell'ambito della presa in carico integrata della persona e nel perseguimento degli obiettivi di assistenza e cura che sono definiti nel progetto di vita e/o nel PAI. Più in particolare, i servizi di supporto destinati alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie, riguardano anche l'assistenza gestionale, legale e amministrativa per l'espletamento degli adempimenti legati all'assistenza domiciliare. In particolare, al fine di supportare maggiormente le famiglie delle persone non autosufficienti nello svolgimento delle attività di tipo amministrativo, le regioni possono favorire l'attivazione di servizi a supporto del disbrigo di pratiche amministrative (es. servizio di gestione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare).

Al fine di implementare l'attuazione di tale tipologia di servizi le regioni possono sottoscrivere accordi di collaborazione interistituzionale tra i Centri per l'impiego e gli ATS, Enti del Terzo settore o altre modalità già strutturate a livello locale, al fine di facilitare l'incontro tra

domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, promuovendo, altresì, lo sviluppo di corsi di formazione professionale per acquisire la qualifica di assistente¹⁸.

Rispetto a tale tipologia di servizi, sarà possibile prevedere l'erogazione di contributi, come meglio specificato al paragrafo 6.6, volti a supportare il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale.

6.5 Attività di formazione a favore del personale con professionalità sociale

L'erogazione dei servizi previsti dal presente Piano, considerata la specificità dell'utenza a cui sono destinati, deve necessariamente essere contraddistinta da un elevato livello di qualità. Tale requisito può essere assicurato attraverso un percorso di formazione continua e qualificata rivolto al personale con competenze in ambito sociale.

A tal fine, già nel 2021, con l'articolo 1, comma 165, della legge n. 234/2021 era stata prevista la possibilità di attivare, previa intesa con associazioni sottoscrittrici di contratti collettivi nazionali, percorsi di formazione anche al fine di favorire la regolazione del mercato del lavoro.

La formazione professionale, difatti, rappresenta uno dei momenti centrali per supportare il rafforzamento e l'efficacia del sistema integrato di servizi sociali e sanitari. In tale ottica, i comuni e gli ATS si impegnano ad assicurare un'adeguata formazione e aggiornamento, sia a livello tecnico che amministrativo, al personale assegnato ai propri Uffici.

Inoltre, in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 328/2000, nell'ambito dei Piani formativi regionali e dei Piani di zona dovranno essere individuate azioni per la formazione congiunta degli operatori (sociali e sanitari), promuovendo, in particolare, lo svolgimento di corsi integrati nei quali valorizzare la formazione interprofessionale come strumento utile a costruire esperienze comuni e competenze trasversali, prevedendo moduli che abbiano ad oggetto temi come la presa in carico multidisciplinare o simulazioni relative alla predisposizione di progetti di vita e progetti assistenziali individualizzati.

¹⁸ Di cui alle Linee guida articolo 38, comma 1, del d.lgs. n. 29/2024.

Lo stesso decreto legislativo n. 222/2023 prevede che, nell'ambito del Piano Integrato di attività e organizzazione (c.d. "PIAO"), l'accessibilità dei servizi sia oggetto di obiettivi formativi annuali e pluriennali (ai sensi dell'articolo 3 del medesimo provvedimento).

6.6 Contributi

Come anticipato, gli ATS garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari, come previsto dall'articolo 1, comma 164, della legge n. 234/2021, assicurando l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate dall'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021, lettere *a)*, *b)* e *c)*. Tale offerta può essere integrata dall'erogazione di ulteriori contributi finalizzati al sostegno alle persone non autosufficienti. Questi sono volti a retribuire il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o di interventi educativi (ai sensi del citato comma 164). In tale contesto, si segnala la questione legata alla possibilità di erogare un ulteriore contributo diverso dall'indennità di accompagnamento, oltre che per le due fattispecie appena indicate (lavoro di cura svolto da titolari di rapporto di lavoro o acquisto di servizi), anche al familiare che si occupa direttamente dell'assistenza. Ciò attiene al più ampio tema del riconoscimento dell'attività prestata dal caregiver familiare, nella prospettiva che si possa giungere all'adozione di una normativa volta a riconoscere tale figura. Nel precedente Piano era già stata contemplata la possibilità di erogare contributi di natura economica purché questa fosse prevista nel PAI/Progetto personalizzato/Progetto di vita e quindi, in tal senso, rientrante nei servizi offerti alla persona. L'erogazione di tali contributi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla espressa previsione di un PAI/Progetto di vita/Progetto personalizzato. Tale previsione è riproposta anche nel presente Piano, nelle more della definizione della disciplina del caregiver.

Per l'area della non autosufficienza le risorse del FNA saranno progressivamente destinate al finanziamento di servizi erogati in forma diretta.

Ferma restando la necessità di realizzare un graduale e progressivo rafforzamento della rete dei servizi sociali, che sia in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni della persona non autosufficiente, per l'area della disabilità come per la non autosufficienza permane la possibilità di erogare servizi in forma diretta o indiretta, purché questi ultimi siano erogati attraverso titoli di acquisto da utilizzare, in prospettiva, mediante gli strumenti

dell'accREDITamento istituzionale e comunque, nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Al tempo stesso si ricorda come, oltre ai contributi come sopra descritti, rimane impregiudicata anche l'autogestione del budget di progetto secondo quanto stabilito dall'articolo 28, comma 8 del decreto legislativo n. 62/2024 e del relativo regolamento n. 17/2025.



Capitolo 7 – Gli interventi a sostegno della vita indipendente

Il diritto all'autodeterminazione costituisce un principio fondamentale dell'ordinamento, in forza del quale all'individuo è riconosciuta la libertà di scelta e di orientamento in tutte le dimensioni che compongono la propria esistenza. Tale diritto si realizza, tra l'altro, attraverso l'autonomia decisionale, il rispetto dell'identità individuale, della sfera privata, nonché mediante la possibilità di rifiutare trattamenti sanitari, di scegliere liberamente il proprio medico e di accedere a cure sanitarie appropriate e rispondenti ai propri bisogni specifici.

Si tratta di espressioni concrete del diritto all'autodeterminazione, che concorrono a definire il senso di sé e a costruire la propria identità personale. Percorsi di studio, attività lavorativa, relazioni interpersonali, fruizione del tempo libero e la possibilità di scegliere dove, come e con chi abitare, rappresentano altrettanti ambiti nei quali tale diritto trova piena attuazione.

Per le persone con disabilità, le citate esperienze non si configurano unicamente come tappe evolutive, ma assumono il valore di obiettivi imprescindibili per l'affermazione della propria soggettività e per il pieno riconoscimento della parità di diritti e opportunità, in ogni ambito della vita sociale.

Con l'adozione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, si è registrato un rilevante mutamento concettuale nella definizione e nella percezione della condizione di disabilità.

La prospettiva tradizionale (c.d. "modello sanitario"), incentrata sulle limitazioni derivanti da menomazioni di natura fisica, mentale, intellettuale o sensoriale, è stata superata a favore di una visione fondata sul riconoscimento del:

- "modello dei diritti umani", secondo il quale ogni persona con disabilità è innanzitutto Persona con il suo diritto innato a perseguire il proprio percorso di vita nei contesti liberamente scelti, con la conseguenza che qualora in tali contesti ci siano barriere – fisiche, culturali, sociali o istituzionali – che, in interazione con le durature compromissioni che la persona presenta, ostacolano al pieno esercizio del diritto alla partecipazione, all'inclusione e all'uguaglianza sostanziale in ognuno di tali ambiti della vita collettiva.

Occorre, pertanto, adottare un approccio ed un:

- “modello bio-psico-sociale” che guardi all’interazione della persona con i contesti e quindi, determini non solo interventi a supporto della persona, ma anche interventi per garantire in tali contesti l’eliminazione delle barriere e l’attivazione di facilitatori.

In particolare, l’articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità riconosce il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone e il controllo sulle decisioni che riguardano la propria vita, anche attraverso la garanzia di misure efficaci ed adeguate per rendere i contesti pienamente fruibili e tali da rendere le persone totalmente incluse nella collettività, senza essere obbligate a vivere in una particolare sistemazione.

In attuazione di tale principio, di rilevante portata sul piano dei diritti umani, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha predisposto, con cadenza annuale dal 2013 al 2018, le Linee guida sulla vita indipendente e l’inclusione nella società delle persone con disabilità. Tali linee guida sono state finalizzate alla definizione e alla diffusione, sull’intero territorio nazionale, di un modello di intervento condiviso, orientato alla promozione di percorsi personalizzati volti al rafforzamento dell’autonomia individuale e alla piena partecipazione sociale.

A partire dal 2019, con l’adozione del primo Piano nazionale per la non autosufficienza, le progettualità regionali finalizzate alla realizzazione della vita indipendente, pur mantenendo un quadro di coordinamento nazionale, sono state integrate nella programmazione ordinaria delle regioni, cessando di avere carattere sperimentale.

Le azioni previste nell’ambito della progettazione personalizzata per la vita indipendente sono volte a favorire il pieno esercizio dei diritti individuali e comprendono misure destinate a garantire il godimento del tempo libero, la partecipazione alle molteplici dimensioni della vita quotidiana, il rafforzamento dei legami sociali e relazionali, nonché il sostegno all’inserimento lavorativo e ai percorsi di apprendimento.

Tali interventi possono includere anche soluzioni tecnologiche avanzate, quali la domotica e gli strumenti per la connettività sociale, con particolare riferimento a tecnologie orientate alla sicurezza della persona e all’autonomia all’interno dell’ambiente domestico (*Ambient Assisted Living – AAL*). Rientrano, inoltre, tra le misure previste, le soluzioni abitative autonome, attuate anche mediante forme di housing e cohousing, che mirano a rafforzare l’indipendenza abitativa e l’inclusione sociale.

Le soluzioni abitative riconducibili al modello dell'housing si caratterizzano, tra l'altro, per la possibilità di costituire un meccanismo di agevolazione economica, potendo prevedere, a seconda dei casi, la presenza o l'assenza di spazi condivisi. Il cohousing, invece, non implica necessariamente misure di sostegno economico, ma si distingue per la presenza di spazi e servizi comuni complementari all'unità abitativa privata, configurandosi così come un modello abitativo alternativo, orientato alla condivisione e alla vita comunitaria.

Tali interventi per la vita indipendente trovano armonizzazione rispetto a ciascuna singola persona, con la redazione di un progetto personalizzato settoriale (c.d. "piano di sostegni), che può rimanere tale oppure incardinarsi all'interno del più ampio progetto di vita, allineando quindi gli approcci e gli obiettivi anche di altri piani di sostegno, secondo una visione olistica e dentro uno sviluppo esistenziale unitario della persona. Tuttavia, già nella fase di elaborazione e definizione degli specifici progetti per la vita indipendente sono previsti, oltre ad interventi per le singole persone, anche azioni di sistema, nonché forme strutturate di coinvolgimento attivo del tessuto associativo presente nella comunità di riferimento, al fine di garantire coerenza con i bisogni reali del territorio.

Parallelamente, vengono attuate misure orientate allo sviluppo di strategie volte a preservare, nel tempo, la condizione di autonomia e autodeterminazione delle persone, attraverso l'implementazione di interventi di welfare di comunità e di nuove modalità di inclusione, fondate sulla partecipazione e sul sostegno della rete sociale locale, anche con il concorso degli enti del Terzo settore.

I progetti di vita indipendente si configurano, pertanto, come un processo partecipato e multidimensionale, nel quale i soggetti direttamente interessati – persone con disabilità e loro reti di riferimento – concorrono attivamente alla definizione di un modello esistenziale che consenta lo svolgimento, in condizioni di parità, di tutte le attività sociali, relazionali e quotidiane.

Si tratta di un processo che si fonda, da un lato, sui desideri e sulle scelte individuali e, dall'altro, sulle relazioni e sull'effettiva possibilità della persona di essere parte integrante della comunità di appartenenza.

L'inserimento progressivo delle progettualità per la vita indipendente all'interno degli interventi strutturali dei territori, unitamente al riconoscimento del relativo valore quale Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS), ai sensi dell'articolo 1, comma 170, della

legge 30 dicembre 2021, n. 234, costituisce il fulcro intorno al quale si è sviluppato, e continua ad articolarsi, il sistema delle politiche pubbliche in materia di disabilità. Le attività descritte nei progetti per la vita indipendente non possono essere ricondotte agli interventi propri del Servizio sanitario nazionale (SSN). Le attività a valere sul fondo per le non autosufficienze devono essere correttamente ascritte all'ambito delle politiche sociali, finalizzate a garantire condizioni di autonomia e inclusione nella vita comunitaria con interventi non sovrapponibili, ma necessariamente complementari, a livelli essenziali di assistenza già finanziati dal SSN, ma semmai con essi integrati all'interno del più ampio progetto di vita (vedasi attivazione di un'assistenza domiciliare integrata per una persona con disabilità all'interno di un co-housing).

Con il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, più volte richiamato, è stata introdotta una definizione sistematica del “progetto di vita”, inteso quale «piano individuale, personalizzato e partecipato», finalizzato all'individuazione degli strumenti e delle risorse necessari a favorire l'inclusione sociale e ad assicurare un supporto integrato e coordinato alle persone con disabilità, promuovendone la partecipazione attiva in tutti i contesti della vita.

La progettazione deve tenere conto dei principali ambiti che connotano la vita adulta — educazione e istruzione, salute, residenzialità, vita autonoma, socialità e lavoro — in coerenza con i diritti sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Il progetto di vita si configura come un documento complessivo e dinamico, che non si limita ad accogliere le aspirazioni e i desideri della persona con disabilità, ma individua in modo puntuale gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure di sostegno e gli accomodamenti ragionevoli necessari per la concreta attuazione del progetto stesso. Tali elementi sono essenziali per supportare le difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e per favorire una partecipazione effettiva nei vari contesti sociali, in una prospettiva di inclusione piena e duratura.

In tale prospettiva, il presente Piano, pur preservando gli elementi sostanziali del modello di Vita Indipendente, introduce alcune innovazioni coerenti con gli orientamenti della riforma in corso, contribuendo così alla sua evoluzione complessiva.

Sulla base delle evidenze emerse dall'analisi dei dati esperienziali raccolti dai territori negli ultimi anni, il Piano propone specifici adattamenti nella fase applicativa, con l'obiettivo di



favorire una più ampia diffusione delle progettualità e di assicurare un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse finanziarie destinate alla misura.

7.1 Progetti di vita indipendente 2025-2027

Nel presente paragrafo si richiamano le Linee guida adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con decreto direttoriale n. 669 del 28 dicembre 2018, le quali delineano le finalità volte a garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e con grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita quotidiana, non superabili mediante l'impiego di ausili tecnici. Tali Linee guida prevedono modalità di attuazione di programmi di sostegno alla persona, ispirati ai principi dell'autodeterminazione e dell'inclusione sociale.

Un elemento di rilievo, in tale contesto, è rappresentato dal fatto che i progetti di vita indipendente, insieme alle relative Linee guida, costituiscono il fondamento storico delle misure di intervento dedicate ai percorsi di autonomia personale, previste nell'ambito della Missione 5 – Componente 2, Investimento 1.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare attenzione sia alla progettazione individualizzata sia agli aspetti inerenti la residenzialità e l'autonomia fondata sull'inserimento lavorativo.

Le linee di intervento identificate nel Piano operativo del PNRR risultano tra loro interconnesse e confluiscono in un'unica proposta progettuale, che riprende e sviluppa le attività già previste nei percorsi di vita indipendente, conferendo loro continuità e sistematicità. Resta inteso che le attività realizzate e che verranno programmate ed attuate mantengono una loro separata evidenza, contabilizzazione e rendicontazione.

Si tratta, pertanto, di uno strumento che, dalle sue origini ad oggi, ha acquisito una rilevanza crescente, contribuendo significativamente al processo di de-istituzionalizzazione e alla promozione di maggiori opportunità di autonomia per le persone con disabilità:

Le Linee di indirizzo del 28 dicembre 2018 sopra citate rimangono un punto fermo importante e pertanto, occorre richiamare che ogni riferimento contenuto nel testo, al Piano per la non autosufficienza 2019–2021, deve intendersi sostituito con il presente Piano nazionale per la non autosufficienza 2025–2027, fermo restando che la programmazione delle misure viene realizzata anche in un'ottica di continuità.

7.2 Beneficiari della progettualità

Gli interventi previsti sono destinati a persone con disabilità in età adulta, la cui condizione non sia riconducibile al fisiologico processo di invecchiamento né a patologie correlate alla senilità. Tuttavia, in via eccezionale e limitatamente ai progetti di continuità – ovvero a quei percorsi che prevedono la proroga o l'estensione di interventi già avviati – è consentita la prosecuzione dei servizi anche in favore di persone con disabilità per le quali siano subentrate patologie connesse all'invecchiamento (fino a 70 anni). Vengono confermate tutte le tipologie di disabilità e limitazione dell'autonomia e pluriminorazione (es. legge n. 284/1997) già contemplate dalle Linee guida sopra citate.

Nella selezione dei beneficiari viene riconosciuta priorità alle persone con disabilità che si trovino in condizione di maggiore bisogno assistenziale, come rilevato attraverso una valutazione multidimensionale. Tale valutazione dovrà tener conto, almeno, delle limitazioni dell'autonomia personale, delle condizioni familiari, abitative e ambientali, nonché della situazione economica dell'interessato.

Costituisce, inoltre, criterio fondamentale di selezione la coerenza delle proposte progettuali con gli obiettivi di de-istituzionalizzazione, di prevenzione dell'istituzionalizzazione e di contrasto a ogni forma di segregazione o isolamento sociale delle persone con disabilità.

I progetti dovranno, altresì, tener conto delle diverse tipologie di limitazioni corporee e funzionali, del rischio di discriminazione multipla e della prospettiva di genere. In tale ambito, si promuovono percorsi finalizzati al mantenimento dell'abitare presso il proprio domicilio, anche per le persone con disabilità prive di un nucleo familiare, in un'ottica di valorizzazione dell'autonomia e della vita indipendente.

Le aree di intervento individuate nelle Linee guida sopra richiamate, come già precedentemente illustrato, si articolano nelle seguenti direttrici operative:



Assistente personale

La figura dell'assistente personale riveste un ruolo centrale nell'ambito della progettazione di un percorso di vita indipendente. In conformità ai principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (2006), che affermano il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali, è fondamentale garantire la libertà di scelta

della persona con disabilità nella selezione del proprio assistente personale. Tale scelta può essere integrata, ove necessario, dalle indicazioni individuate in sede di valutazione multidimensionale e formalizzate nel progetto di vita indipendente.

Il contributo economico destinato all'assistente personale, anche attraverso forme di assistenza indiretta definita nel Progetto personalizzato deve essere funzionale al raggiungimento degli obiettivi di autonomia, deve essere valutato nel quadro complessivo della progettazione, come parte integrante delle misure individuate a sostegno della vita indipendente. La presenza dell'assistente personale assume un significato ampio, configurandosi quale strumento abilitante all'esperienza, all'apertura verso l'esterno e alla costruzione di percorsi di autodeterminazione.



Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing

Il progetto contempla una pluralità di modalità abitative, anche innovative e sperimentali, riconducibili all'abitare sociale, da realizzare attraverso la collaborazione e la co-progettazione tra Enti pubblici, ETS e Organizzazione di volontariato (OdV), Persone con disabilità e famiglie. In tale ambito, si raccomanda l'integrazione con la programmazione prevista dalla legge n. 112/2016 sul "Dopo di noi", nonché con le progettualità finanziate nell'ambito del PNRR, Missione 5, Componente 2, Investimento 1.2, nel rispetto degli standard stabiliti dalla normativa attuativa.

Potranno altresì essere previsti sostegni economici finalizzati a promuovere il distacco dal nucleo familiare e il raggiungimento dell'autonomia abitativa, prevedendo altresì forme di sostegno economico integrate (pubbliche, personali, donazioni, ecc.) come elementi del budget di progetto.



Inclusione sociale e relazionale

Nell'ambito della progettazione personalizzata è possibile prevedere interventi riconducibili all'assistenza sociale ed al sostegno educativo relazionale. Sebbene tali servizi siano già oggetto di specifiche linee di finanziamento, potranno essere ricompresi nel progetto di Vita Indipendente qualora l'équipe multidimensionale ne riconosca la necessità al fine di garantirne la sostenibilità complessiva.

Tali interventi potranno riguardare il godimento del tempo libero, la partecipazione alle attività della vita quotidiana, il rafforzamento delle relazioni interpersonali, il sostegno all'inclusione lavorativa e ai percorsi di apprendimento, nonché il rafforzamento di autonomie nel prendere mezzi pubblici e nel muoversi nel contesto urbano.



Domotica

Sono previsti interventi fondati sull'utilizzo di tecnologie innovative — quali la domotica, le tecnologie per la connettività sociale e soluzioni di *Ambient Assisted Living* (AAL) — con finalità di sicurezza e autonomia nell'ambiente domestico. Tali misure contribuiscono al contrasto di ogni forma di segregazione. È opportuno precisare che questi interventi non devono essere classificati tra quelli afferenti alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale.



Azioni di sistema

Nella fase di definizione e attuazione dei progetti è necessario prevedere forme strutturate di coinvolgimento del tessuto associativo e della comunità di riferimento. Contestualmente, devono essere promosse strategie che favoriscano il mantenimento della condizione di indipendenza nel lungo periodo, mediante interventi di welfare di comunità e modelli di inclusione fondati sulla partecipazione attiva, anche con il contributo degli enti del Terzo settore.

Nell'ambito delle risorse del Fondo per le non autosufficienze (FNA), risulta attualmente destinata una quota inferiore al 5% alle progettualità per la vita indipendente. Tuttavia, in ragione dell'elevato valore sociale della misura, è stato possibile rilevare come numerose regioni, attraverso l'impiego di risorse proprie, abbiano negli ultimi anni implementato e potenziato la diffusione di tali interventi, a conferma dell'importanza e della centralità che essi rivestono per le persone con disabilità, fermo restando che nell'ambito dei PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, sono assicurati alle persone anziane, l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi 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 assistenza¹⁹.

Alla luce di ciò, e al fine di valorizzare in modo più compiuto questa misura, si ritiene necessario procedere a una ricognizione sistematica delle risorse impiegate – sia a livello regionale che centrale – nonché dei soggetti coinvolti nelle progettualità in argomento, evidenziando anche l'incidenza della misura rispetto alla platea dei potenziali beneficiari e il volume effettivo degli investimenti destinati. Tale attività, pur con finalità prevalentemente statistiche, è volta a raccogliere dati e informazioni utili per avviare il processo di definizione di un costo standard di riferimento, strumentale alla costruzione di politiche più efficaci ed efficienti, in favore dei destinatari degli interventi di vita indipendente.

Al fine di consentire un maggior supporto nell'attuazione e nell'implementazione di questa misura, nonché allo scopo di monitorare lo stato di andamento, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali provvederà ad inserire all'interno della piattaforma SIOSS, in accordo con le regioni e sulla base dei modelli organizzativi esistenti, un apposito questionario che ciascuna regione, compilerà in modo da fornire un quadro reale e aggiornato, idoneo a supportare una più chiara comprensione delle modalità di attuazione dei LEPS, relativo alla vita indipendente.

7.3 Finanziamento

Per ciò che attiene al finanziamento della misura, resta fermo il vigente sistema di riparto delle risorse nazionali ad essa destinate, che determina il numero degli ambiti territoriali, sulla base dei modelli organizzativi regionali nei quali possono essere attuate le progettualità. Tuttavia, le regioni, nell'esercizio della propria autonomia e mediante l'utilizzo di risorse proprie, possono estendere l'attuazione della misura anche ad ambiti ulteriori rispetto a quelli individuati con le sole risorse statali. In tal modo, contribuiscono attivamente alla diffusione del LEPS sul proprio territorio, con l'onere di condividere con l'Amministrazione centrale tutte le informazioni rilevanti, al fine di concorrere alla progressiva costruzione di una mappatura nazionale dell'effettiva attuazione della misura. Viene confermato il 20% del finanziamento in capo agli Ambiti per ogni progetto e viene introdotta la possibilità di spostare le risorse da un ambito all'altro (non tutti gli ambiti sono

¹⁹ Ai sensi dell'articolo 10 rubricato "Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane" del d.lgs. n. 29/2024.

finanziati) fermo restando l'approvazione della modifica alla programmazione da parte dell'apposita commissione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Le proposte progettuali riguardano gli Ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, nei quali la regione intende introdurre il modello di intervento.

Ogni proposta progettuale riferita ad un Ambito può beneficiare di un massimo di euro 80.000,00 di finanziamento da parte del Ministero. La regione garantisce, in forma diretta o tramite l'Ambito territoriale candidato, il co-finanziamento per una quota non inferiore al 20% dell'importo totale del costo complessivo della proposta progettuale.

Il finanziamento messo a disposizione dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali è complessivamente pari ad euro 14.640.000, a valere sulle risorse assegnate, sul capitolo di bilancio 3538 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Non è ammesso il co-finanziamento attraverso la contribuzione in natura: non è, dunque, ammessa contribuzione in termini di personale della regione o dell'ambito o di locali, beni durevoli, attrezzature di proprietà della regione o dell'ambito. Tali disposizioni si applicano anche alle regioni di cui al punto 36.



Tabella 5 – Progetti di vita indipendente

Regione	Numero ambiti	Popolazione residente 18-64 anni all'1/1/2025	Ambiti finanziabili	Importo ciascun del 2025-2027 (€)	per anno triennio
ABRUZZO	24	758.083	4	320.000	
BASILICATA	9	320.445	2	160.000	
CALABRIA	32	1.102.181	6	480.000	
CAMPANIA	60	3.460.016	18	1.440.000	
EMILIA ROMAGNA	38	2.695.709	14	1.120.000	
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	703.010	4	320.000	
LAZIO	37	3.498.461	18	1.440.000	
LIGURIA	18	873.766	5	400.000	
LOMBARDIA	91	6.113.059	31	2.480.000	
MARCHE	23	878.074	5	400.000	
MOLISE	7	172.236	1	80.000	
PIEMONTE	40	2.516.475	13	1.040.000	
PUGLIA	45	2.344.127	12	960.000	
SARDEGNA	26	940.088	5	400.000	
SICILIA	55	2.886.805	15	1.200.000	
TOSCANA	28	2.174.685	11	880.000	
UMBRIA	12	500.296	3	240.000	
VAL D'AOSTA	1	73.360	1	80.000	
VENETO	21	2.929.664	15	1.200.000	
TOTALE	585	34.940.540	183	14.640.000	

Capitolo 8 – Il personale previsto e assunto per i PUA

Come già illustrato nel paragrafo 3.4 del presente Piano, presso i PUA operano équipe interprofessionali costituite da operatori sociali afferenti agli ATS e da operatori sanitari delle ASL. Le équipe, integrate e multidisciplinari, sono composte da personale adeguatamente formato e numericamente idoneo, appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. In tal modo, viene assicurato il contributo di tutte le competenze professionali necessarie a garantire un'adeguata e tempestiva presa in carico dell'intero percorso assistenziale integrato.

I PUA compiono attività di orientamento, inclusa la possibilità di attivare direttamente l'UVM nel caso di PAI o di progetto per la vita indipendente o di indirizzare la persona con disabilità verso la presentazione di un'istanza di progetto di vita e, a seguito di questa, eventualmente attivare, secondo le regole organizzative territoriali, la UVM. A tal fine, le équipe integrate provvedono, altresì, alla definizione e alla formalizzazione di accordi di collaborazione con strutture sanitarie specialistiche e con altre amministrazioni competenti in materia di lavoro, istruzione e abitazione.

L'ATS e il Distretto sanitario/ASL individuano congiuntamente le figure professionali necessarie da destinare all'équipe integrata, assicurando la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sanitario e sociale, che può essere supportato da ulteriori figure professionali specialistiche in relazione ai bisogni specifici della persona assistita.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per l'attivazione e il funzionamento dei PUA e delle unità di valutazione multidimensionale, comprese le attività di formazione del personale, sono garantite dalle Aziende sanitarie locali per il tramite dei Distretti sanitari e dalle amministrazioni locali facenti parte dell'ATS. Al fine di garantire l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali, ciascun PUA deve disporre di una dotazione minima e stabile di personale appartenente a differenti profili professionali, con il compito di assicurare l'accoglienza, l'ascolto e la prelievitazione dei bisogni dell'utenza secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere altresì garantita una dotazione stabile e appropriata per:



Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali **professionalità sociali**, tramite l'**ATS**



Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali **professionalità sanitarie**, tramite il **Distretto**



Il servizio infermieristico di comunità



Gli adeguati **servizi amministrativi e tecnici**



Eventuali **servizi di mediazione linguistico-culturale**

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale operativa territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

Al fine di garantire il funzionamento dei PUA, è necessario che questi siano dotati di adeguato contingente di personale sociale. Come noto, già nel secondo Piano, in applicazione della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, sono state individuate risorse, ai fini della predisposizione del riparto dalla somma riservata al Fondo prevista dalla legge bilancio 2022, per il primo anno, per una somma pari a 20 milioni di euro e di 50 milioni a decorrere dal 2023. Tali risorse, con un riparto appositamente dedicato, miravano a garantire ad ogni ATS le assunzioni di personale sociale. L'esperienza dell'attuazione della disposizione di cui all'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio n. 234/2021, ha presentato alcune criticità dovute in parte ai limiti assunzioni previsti dalla normativa vigente (per i quali è stato più volte in questi anni proposto un intervento normativo al fine dell'adozione di un'apposita deroga, finora senza fortuna) ed in parte anche al timore da parte degli ATS legato alla complessità della tematica in considerazione dei particolari aspetti amministrativi.

Al fine di fornire maggiore supporto agli ATS, nelle more dell'introduzione di una norma volta ad introdurre deroghe ai limiti assunzionali, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali provvederà ad organizzare appositi webinar finalizzati a illustrare e individuare le soluzioni più efficaci, in coerenza con la normativa vigente, per procedere all'assunzione di personale presso gli ATS.

A tal riguardo, con specifico riferimento alle risorse destinate al popolamento dei PUA, si precisa che, considerata l'impossibilità per alcuni ATS di assumere personale a causa delle limitazioni normative vigenti, per evitare che le risorse non spese rappresentino un montante in grado di impedire la completa rendicontazione delle risorse ai fini dell'erogazione dell'annualità successiva, le risorse non spese dovranno essere restituite con le modalità indicate dall'articolo 199 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026", per la successiva riassegnazione al fondo. In tal modo, le risorse in argomento verranno riassegnate alle regioni.

8.1 Impegni delle Amministrazioni locali e delle Aziende sanitarie locali (ASL)

All'attuazione degli obiettivi di servizio e di processo indicati nel presente Piano, provvedono in modo coordinato l'ATS e il Distretto sanitario, ciascuno secondo le rispettive competenze istituzionali.

Le Amministrazioni locali, sulla base dei modelli organizzativi regionali, garantiscono la piena operatività dell'ATS, il cui organo di governance istituzionale è rappresentato dal Comitato o dalla Conferenza dei Sindaci, e realizzano tutte le azioni necessarie a garantire:

- lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste in ciascuna delle macrofasi del percorso assistenziale, come definito nell'Allegato 1 al presente Accordo;
- la disponibilità di risorse umane, strumentali e finanziarie adeguate, con particolare attenzione alla qualità e quantità delle professionalità sociali coinvolte;
- la cooperazione piena ed efficace tra le strutture organizzative delle amministrazioni locali e l'Equipe integrata di Ambito²⁰, comprendente anche le risorse messe a disposizione dalla Azienda sanitaria locale attraverso il Distretto sanitario.

L'Azienda sanitaria locale, da parte sua, assicura la piena funzionalità del Distretto sanitario e realizza le azioni necessarie a garantire la piena funzionalità dei PUA presso le Case di comunità, ove esistenti:

²⁰ Definita ai sensi del Titolo II, articolo 10, dell'Accordo di programma che forma parte integrante del PNNA 2022-2024.

- la cooperazione strutturata tra le proprie articolazioni organizzative interne, ivi comprese quelle afferenti ai Dipartimenti, e l'Equipe integrata di Ambito, composta anche da risorse rese disponibili dalle Amministrazioni locali per il tramite dell'Ambito territoriale sociale.

Gli ATS e le ASL si impegnano, altresì, a cooperare attivamente nel processo di integrazione del sistema locale dei servizi sociali con il sistema territoriale dei servizi sanitari, con particolare riferimento allo sviluppo e alla funzionalità delle Case della comunità, degli ulteriori presidi territoriali, delle Centrali operative territoriali (COT) e dei Punti unici di accesso (PUA).

8.2 Azioni di supporto

La Strategia di intervento²¹ si riferisce agli interventi normativi di cui all'articolo 1, comma 166, della legge di bilancio n. 234/2021 che riguardano:



Per rafforzare gli ATS, una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza sarà destinata al reclutamento di operatori specializzati nel settore sociale. Questi professionisti avranno il compito di garantire la stabilità del sistema di servizi dedicati alla non autosufficienza e alla disabilità. Il contributo sarà assegnato agli ambiti territoriali sulla base delle assunzioni a tempo indeterminato effettuate dai soggetti pubblici designati da ciascun ambito.

Nel PNRR²² si introducono, a tal proposito, diverse misure per le persone non autosufficienti, finalizzate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6).

Con riferimento alle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente, di cui al capitolo 7 del presente Piano, la figura dell'assistente personale assume un ruolo centrale in tali

²¹ Strategia di intervento relativa alle azioni di supporto ai sensi del precedente PNNA 22-24.

²² Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, M5C2.1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, Investimento 1.1. Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, pag. 211.

progetti, nell'ottica della reale garanzia dei diritti umani e del godimento delle libertà fondamentali come sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 è fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente familiare, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multidimensionale e riportate nel progetto personalizzato. Il contributo economico per l'assistente personale legato all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata.

8.3 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

Ai fini dell'assegnazione della quota di riparto alle regioni, per ogni esercizio finanziario, è necessario scorporare dalle risorse disponibili, quelle da dedicare alle azioni per la realizzazione della vita indipendente e per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzata alla implementazione dei PUA. La programmazione della vita indipendente, che non copre tutti gli ambiti potrà essere rimodulata tra gli ambiti entro il primo semestre 2026.

Ogni Ambito avrà la possibilità di disporre della quota parte assegnatagli dalla regione di appartenenza, nell'ambito dei 50 milioni di euro annui messi a disposizione dal Piano per le assunzioni, da utilizzare in base alle proprie esigenze e in coerenza con l'esercizio di coordinamento svolto dalla regione di appartenenza, per sostenere la spesa per personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato. Nel breve periodo si cercherà di inserire nell'ordinamento un provvedimento finalizzato al superamento dei limiti assunzionali che si ritiene indispensabile al fine di rendere concreto l'incremento di personale nei PUA.

Nell'Allegato G del d.P.C.M. "Costituzione/Rafforzamento dei PUA" sono indicate le modalità di rendicontazione delle risorse utilizzate per le assunzioni del personale sociale nell'applicativo.

Capitolo 9 – Fondo per la non autosufficienza

9.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

Nei capitoli precedenti sono stati illustrati i tratti distintivi che caratterizzano il Piano nazionale per la non autosufficienza, che si colloca nell’ambito dell’attuazione delle riforme in favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza. Tuttavia, a differenza della precedente programmazione, per la platea delle persone anziane non autosufficienti, ai sensi dell’articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 23 marzo 2023, verrà definito il “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”.

Ai destinatari del presente Piano, in coerenza con quanto già previsto dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022–2024, è garantita l’erogazione di servizi socioassistenziali finalizzati a promuovere il benessere e la qualità della vita, favorendo la permanenza al domicilio e il mantenimento del contatto con il proprio contesto sociale e territoriale.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso interventi - che costituiscono obiettivi di servizio - di assistenza domiciliare e sociale integrati con i servizi sanitari, forme di coabitazione sociale, adattamenti dell’abitazione e l’introduzione di soluzioni domotiche. Inoltre, sono previsti servizi di sollievo per le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e per le loro famiglie, mediante l’accesso a centri diurni e semiresidenziali, nonché l’attivazione di un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in caso di ferie, malattia o maternità. Il Piano promuove anche la collaborazione con le risorse di prossimità, il volontariato e la solidarietà intergenerazionale.

È, altresì, prevista l’attivazione di servizi sociali di supporto - che costituiscono obiettivi di servizio - volti a favorire l’incontro tra domanda e offerta di lavoro, con il contributo operativo dei centri per l’impiego presenti sul territorio, nonché un’assistenza dedicata alla risoluzione di esigenze di carattere amministrativo e legale, in linea con quanto previsto dall’articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

La logica di intervento sottesa al presente documento è quella dell’integrazione tra diversi ambiti e strumenti di intervento, mirando ad un potenziamento complessivo dell’offerta di servizi, da ottenere sia organizzando servizi specifici con personale qualificato, sia valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli



enti del Terzo settore, mantenendo comunque la centralità della persona richiedente e con il coinvolgimento della famiglia, coinvolta e supportata.

Al riguardo, il Piano, in linea con il d.lgs. n. 62/2024, ribadisce il ruolo centrale del progetto di vita quale strumento per garantire una presa in carico personalizzata, integrata e continuativa della persona, valorizzandone i bisogni, le aspirazioni e le capacità, nonché promuovendo l'inclusione sociale, l'autonomia e la partecipazione attiva all'interno della comunità di riferimento.

Un ulteriore elemento centrale, da considerarsi ambito di intervento di particolare rilevanza, riguarda l'attuazione degli obiettivi di servizio, da realizzare prioritariamente nelle seguenti aree: assistenza domiciliare, accesso ai servizi e supporto alla funzione di cura (articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*) della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

Conseguentemente, al fine di dare attuazione a quanto descritto, ai sensi del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 31 dicembre 2024, concernente la "Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e per il triennio 2025 – 2027", ed in particolare, la Tabella 4, riguardante il bilancio di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali che ha assegnato al capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze", le risorse complessivamente afferenti al FNA nel triennio 2025-2027 sono pari ad euro **982.255.000,00** per l'anno 2025, **934.570.000,00** per il 2026 e **1.108.470.000,00** per il 2027.

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 euro in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria.

9.1.2 Risorse

Per ciò che attiene alle risorse, occorre evidenziare, come già rappresentato, che il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana" previsto dall'articolo 2, comma 3, della legge delega n. 33/2023, sostituisce, una volta adottato, il "Piano nazionale per la non autosufficienza" per ciò che



attiene alla platea delle persone anziane. Tuttavia, una parte delle risorse del FNA è destinata in maniera indistinta ad entrambi i Piani. Gli strumenti di programmazione sono, dunque, entrambi finanziati dal medesimo Fondo, la cui gestione è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali (articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296).

Ai fini del riparto alle regioni, è necessario scorporare dalle risorse disponibili, come già avvenuto nel precedente Piano, quelle espressamente destinate alla realizzazione dei progetti di vita indipendente e quelle per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzata al rafforzamento dei PUA, nonché le risorse destinate all'attuazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti.

Un aspetto di particolare rilevanza attiene alla individuazione dei nuovi criteri di riparto delle risorse del Fondo per il triennio 2025-2027. Infatti, a seguito di approfondimenti di natura tecnica è emersa la necessità di superare i criteri di riparto precedentemente adottati, individuando nuovi criteri più direttamente riconducibili ai destinatari del Piano.

I nuovi criteri di riparto, dunque, sono stati definiti a seguito di un prolungato e costruttivo confronto con le regioni e con il Dipartimento per la disabilità, che ha permesso di valorizzare le specificità territoriali e condividere gli indirizzi per una ripartizione più equa e coerente con i bisogni reali dei territori. Le regioni hanno quindi concordato la formulazione dei nuovi criteri di riparto del FNA, nelle modalità di seguito illustrate:

- l'80% delle risorse disponibili da ripartire sulla base della popolazione di età pari o superiore a 75 anni;
- il 10% da ripartire sulla base dei soggetti titolari di indennità di accompagnamento;
- il restante 10% da ripartire sulla base dei soggetti in possesso di una certificazione ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992.

Si fa presente che i criteri indicati trovano applicazione esclusivamente per il riparto della quota indistinta (cfr. Tabella 1), in quanto, in virtù delle più recenti disposizioni legislative, una parte delle risorse del Fondo è soggetta a vincolo di destinazione, come meglio precisato nel paragrafo successivo.

9.1.3 Il riparto delle risorse

Come già rappresentato, il FNA finanzia sia gli interventi previsti dal presente Piano che quelli oggetto del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, di prossima adozione.

Pertanto, le risorse del Fondo sono così distinte:

- una quota “indistinta” destinata a finanziare interventi rivolti sia alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza che alle persone anziane non autosufficienti;
- una quota riservata all'attuazione dei LEPS in favore delle persone anziane, anche non autosufficienti (che tiene conto anche degli interventi per il rafforzamento dei PUA);
- una quota per la realizzazione dei progetti di vita indipendente.

Nello specifico, ai fini dell'assegnazione della quota di riparto del FNA relativa alle risorse disponibili sopra indicate, per ciascun esercizio finanziario le quote del Fondo sono pari a:

- **14.640.000 di euro**, destinati alla realizzazione dei progetti di vita indipendente;
- **250.000.000 di euro**, destinati alla platea delle persone anziane non autosufficienti, volti alla realizzazione degli interventi dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), secondo le modalità stabilite dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana di cui all'articolo 2, comma 3, della legge n. 33 del 23 marzo 2023;
- **50.000.000 di euro** destinati alle assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA.

La quota “indistinta” già richiamata in precedenza, invece, è pari ad euro **605.115.000** per il 2025, ad euro **619.930.000** per l'anno 2026 e a **793.830.000** euro per l'anno 2027, ed è ripartita ed assegnata alle regioni secondo i nuovi criteri sopra illustrati.

Al riguardo, per il triennio 2025-2027, in considerazione dei tempi tecnici dovuti all'adozione del presente Piano e dell'attuazione delle due riforme in materia di disabilità ai sensi del d.lgs. n. 62/2024 e per le politiche in favore delle persone anziane ai sensi della legge n. 33/2023, la quota indistinta sarà programmata da ciascuna regione in funzione delle specificità del proprio contesto territoriale, tenendo conto delle esigenze delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e delle persone anziane non autosufficienti.

Per quanto concerne queste ultime, l'individuazione delle risorse sarà definita in base alle esigenze di detta platea e secondo le indicazioni che saranno definite nel citato Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

L'introduzione dei nuovi criteri di riparto ha comportato, per alcune regioni, una riduzione delle risorse assegnate rispetto alla quota trasferita per l'anno 2024, con l'effetto di non poter garantire la continuità dei servizi. Pertanto, si è ritenuto necessario mantenere un livello di risorse equivalente, al fine di assicurare la continuità assistenziale dei soggetti beneficiari.

A tal fine, si è fatto ricorso alle previsioni di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, le quali prevedono che fino all'adozione degli interventi legislativi ivi previsti, sono destinate alle medesime finalità del FNA, per l'erogazione dei servizi socioassistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Per l'annualità 2025, una quota parte delle suddette risorse, pari ad euro **15.686.593**, è stata attribuita a titolo di "compensazione" (cfr. Tabella 2) a quelle regioni che, in seguito all'applicazione dei nuovi criteri di riparto, risultavano destinatarie di un importo inferiore rispetto a quello assegnato nell'anno 2024. Ciò in considerazione degli interventi assistenziali già previsti e presenti sul territorio di riferimento indicati alla Tabella 2 (Riparto 2024). Le restanti risorse (cfr. Tabella 3) di cui al medesimo articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024, sono ripartite tra le regioni sulla base dei criteri individuati nel presente Piano, i quali saranno successivamente riportati nel Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, in quanto destinate alla platea delle persone anziane non autosufficienti per gli interventi di cui al citato articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c).

Pertanto, nello schema di riparto è stata individuata una quota aggiuntiva di risorse riservata alle regioni che, in applicazione dei nuovi criteri, non raggiungevano un livello di provvista analogo a quello garantito per l'annualità 2024. Le ulteriori risorse disponibili pari ad euro **46.813.407,00** (cfr. Tabella 3), ai sensi dell'articolo sopra richiamato saranno destinate alla platea degli anziani non autosufficienti sulla base dei criteri individuati per la realizzazione degli interventi dei LEPS (cfr. Tabella 4).

Per l'esercizio finanziario 2026 si procederà secondo le medesime modalità, assegnando — nelle more dell'attuazione degli interventi legislativi di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024 — una somma pari ad euro **9.007.893** per garantire l'allineamento.

Si evidenzia che la restante provvista utile all'attuazione della citata disposizione normativa non sarà intaccata, nell'auspicio che il relativo intervento legislativo possa essere varato e le risorse destinate alle finalità già individuate dal legislatore.

Per il 2027, considerato il significativo incremento del Fondo, non è necessario prevedere alcuna integrazione in sede di riparto.

Si riportano di seguito le tabelle di riparto:

Tabella 1 - Quota indistinta per il triennio 2025-2027

Regioni	Popolazione residente (75+)	Indennità accompagnamento	Art. 3, comma 3, della legge 104/1992	Importo quota indistinta*		
				2025	2026	2027
	%	%	%	€	€	€
ABRUZZO	2,2742	2,2687	1,8342	13.491.947	13.822.269	17.699.631
BASILICATA	0,9147	1,0604	0,9244	5.629.022	5.766.837	7.384.524
CALABRIA	2,9329	5,1450	3,2857	19.299.477	19.771.985	25.318.335
CAMPANIA	7,5906	12,0650	8,801	49.371.817	50.580.585	64.769.225
EMILIA-ROMAGNA	8,0303	5,5815	7,4208	46.741.927	47.886.307	61.319.160
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,4191	1,6683	2,0465	13.958.551	14.300.297	18.311.753
LAZIO	9,4066	11,5244	12,6604	60.171.183	61.644.351	78.936.550
LIGURIA	3,3013	2,2317	2,4876	18.837.048	19.298.235	24.711.690
LOMBARDIA	17,0473	13,5557	16,5309	100.730.468	103.196.647	132.144.911
MARCHE	2,8112	2,7447	2,6305	16.861.408	17.274.226	22.119.914
MOLISE	0,5351	0,5424	0,4606	3.197.307	3.275.586	4.194.439
PIEMONTE	8,2414	5,1753	6,2354	46.800.744	47.946.564	61.396.320
PUGLIA	6,5305	9,9432	7,5959	42.226.801	43.260.637	55.395.918
SARDEGNA	2,8795	3,8044	3,8832	18.591.311	19.046.481	24.389.315
SICILIA	7,4727	8,9671	7,984	46.432.108	47.568.903	60.912.719
TOSCANA	7,1869	4,9489	4,8777	40.737.431	41.734.804	53.442.065
UMBRIA	1,7029	2,2742	2,4014	11.072.878	11.343.975	14.526.136
VALLE D'AOSTA	0,2206	0,1463	0,1324	1.236.553	1.266.827	1.622.192
VENETO	8,5022	6,3528	7,8074	49.727.019	50.944.484	65.235.203
TOTALE	100,0000	100,0000	100,0000	605.115.000	619.930.000	793.830.000

*80% popolazione over 75 (fonte ISTAT), 10% indennità di accompagnamento (fonte INPS), 10% articolo 3, comma 3, legge 104/1992 (fonte INPS)

Tabella 2 - Risorse trasferite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi*

Regioni	Riparto 2024	Minori importi rispetto al finanziamento 2024	
		2025	2026
	€	€	€
ABRUZZO	20.120.000	903.028	572.706
BASILICATA	8.914.000	805.428	667.613
CALABRIA	29.035.000	631.848	159.340
CAMPANIA	72.501.000	589.383	0
EMILIA-ROMAGNA	65.794.000	957.198	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	19.866.000	423.524	81.778
LAZIO	77.680.000	0	0
LIGURIA	27.846.000	1.719.402	1.258.215
LOMBARDIA	135.239.000	0	0
MARCHE	23.771.000	0	0
MOLISE	5.518.000	953.468	875.189
PIEMONTE	67.153.000	2.156.131	1.010.311
PUGLIA	56.711.000	0	0
SARDEGNA	24.790.000	0	0
SICILIA	69.530.000	3.378.642	2.241.847
TOSCANA	59.597.000	2.784.794	1.787.421
UMBRIA	14.517.000	0	0
VALLE D'AOSTA	2.122.000	383.747	353.473
VENETO	68.256.000	0	0
TOTALE	848.960.000	15.686.593	9.007.893

* Quota parte delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024

Tabella 3 – Ulteriori risorse residue per l'annualità 2025, al netto di quelle ripartite in Tabella 2*

Regioni	Popolazione residente (70+)	Indennità accompagnamento (70+)	Importo quota residua 2025**
	%	%	€
ABRUZZO	2,2976	2,2723	1.072.032,00
BASILICATA	0,9419	1,1083	464.305,00
CALABRIA	3,0538	5,0127	1.704.696,00
CAMPANIA	8,0060	11,3724	4.220.659,00
EMILIA-ROMAGNA	7,8417	5,8292	3.388.331,00
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3505	1,8274	1.026.885,00
LAZIO	9,4276	11,2581	4.670.457,00
LIGURIA	3,1638	2,3372	1.364.995,00
LOMBARDIA	16,8501	13,8392	7.465.254,00
MARCHE	2,7753	2,9941	1.329.941,00
MOLISE	0,5435	0,5548	256.018,00
PIEMONTE	8,1105	5,3370	3.407.290,00
PUGLIA	6,6434	9,9650	3.576.488,00
SARDEGNA	2,9578	3,5740	1.471.186,00
SICILIA	7,7353	8,2433	3.692.501,00
TOSCANA	6,9709	5,1676	3.010.060,00
UMBRIA	1,6616	2,4781	892.521,00
VALLE D'AOSTA	0,2215	0,1521	93.945,00
VENETO	8,4472	6,6772	3.705.843,00
TOTALE	100,0000	100,0000	46.813.407,00

*Ulteriori risorse disponibili del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024

**70% popolazione over 70 (fonte ISTAT), 30% indennità di accompagnamento over 70 (fonte INPS)

Tabella 4 – Quota LEPS

Regioni	Popolazione residente (70+)	Indennità accompagnamento (70+)	Importo quota LEPS per ciascun anno del triennio 2025-2027*
	%	%	€
ABRUZZO	2,2976	2,2723	5.725.025
BASILICATA	0,9419	1,1083	2.479.550
CALABRIA	3,0538	5,0127	9.103.675
CAMPANIA	8,0060	11,3724	22.539.800
EMILIA-ROMAGNA	7,8417	5,8292	18.094.875
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3505	1,8274	5.483.925
LAZIO	9,4276	11,2581	24.941.875
LIGURIA	3,1638	2,3372	7.289.550
LOMBARDIA	16,8501	13,8392	39.867.075
MARCHE	2,7753	2,9941	7.102.350
MOLISE	0,5435	0,5548	1.367.225
PIEMONTE	8,1105	5,3370	18.196.125
PUGLIA	6,6434	9,9650	19.099.700
SARDEGNA	2,9578	3,5740	7.856.650
SICILIA	7,7353	8,2433	19.719.250
TOSCANA	6,9709	5,1676	16.074.775
UMBRIA	1,6616	2,4781	4.766.375
VALLE D'AOSTA	0,2215	0,1521	501.700
VENETO	8,4472	6,6772	19.790.500
TOTALE	100,0000	100,0000	250.000.000

*70% popolazione over 70 (fonte ISTAT), 30% indennità di accompagnamento over 70 (fonte INPS)

9.1.4 Progetti di Vita indipendente

Con riguardo agli interventi relativi alla Vita indipendente si fa presente che sin dal 2014 la quota di risorse è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al fine di realizzare progetti sperimentali. Dal 2019, con l’emanazione del primo Piano triennale per la non autosufficienza, dopo un quinquennio di sperimentazione, tali progettualità fanno parte della programmazione ordinaria dei servizi, fermo restando il coordinamento nazionale tramite linee guida adottate con il decreto di riparto del FNA, per il triennio precedente alle quali si fa espresso richiamo. Tuttavia, tenuto conto degli ultimi dati statistici disponibili dai quali è possibile evincere un calo demografico, le regioni devono garantire una diffusione territoriale della programmazione sia in termini di risorse che di numero di Ambiti coinvolti pari a 183 Ambiti (con una leggera flessione di 3 Ambiti rispetto al periodo precedente) per un totale di 14.640.000 di euro, a valere sulla quota del FNA tenuto conto del cofinanziamento del 20% già garantito dalle regioni. Questi sono valori minimi da confermare

rispetto alle annualità precedenti, considerato che ciascuna regione si impegnerà a sviluppare i progetti di vita indipendente prospetticamente in tutti gli Ambiti territoriali in cui vi sono le condizioni per attuarlo e che, comunque, sarà possibile integrare le risorse e diffondere maggiormente la misura anche con fondi provenienti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza nonché con risorse comunitarie. Si è ritenuto, pertanto, di mantenere la stessa somma da dedicare alla misura specifica proprio in ragione delle possibilità di finanziamento provenienti dalle fonti appena citate, qualora a livello territoriale si voglia incrementare l'espansione della misura.

Tabella 5 - Progetti di vita indipendente

Regione	Numero Ambiti	Popolazione residente 18-64 al 01/01/2025*	Ambiti finanziabili	Importo ciascun del triennio 2025-2027 (€)
ABRUZZO	24	758.083	4	320.000
BASILICATA	9	320.445	2	160.000
CALABRIA	32	1.102.181	6	480.000
CAMPANIA	60	3.460.016	18	1.440.000
EMILIA ROMAGNA	38	2.695.709	14	1.120.000
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	703.010	4	320.000
LAZIO	37	3.498.461	18	1.440.000
LIGURIA	18	873.766	5	400.000
LOMBARDIA	91	6.113.059	31	2.480.000
MARCHE	23	878.074	5	400.000
MOLISE	7	172.236	1	80.000
PIEMONTE	40	2.516.475	13	1.040.000
PUGLIA	45	2.344.127	12	960.000
SARDEGNA	26	940.088	5	400.000
SICILIA	55	2.886.805	15	1.200.000
TOSCANA	28	2.174.685	11	880.000
UMBRIA	12	500.296	3	240.000
VAL D'AOSTA	1	73.360	1	80.000
VENETO	21	2.929.664	15	1.200.000
TOTALE	585	34.940.540	183	14.640.000

**Elaborazioni MLPS su dati Istat, Popolazione residente per età e sesso al 1° Gennaio 2025, dati stimati (dati estratti il 26/06/2025 dal sito <https://demo.istat.it/>, stime Istat in linea con le risultanze censuarie e il bilancio provvisorio 2024).*

9.1.5 Rafforzamento professionalità sociali nei PUA

I PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021 - quali case di tutte le fragilità - rappresentano un elemento centrale per l'attuazione degli interventi e dei servizi a favore delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti.

A tal fine è indispensabile provvedere ad un significativo rafforzamento di tali strutture, mediante un'implementazione delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS. Relativamente alle figure professionali afferenti all'ambito sociale, in linea a quanto disposto dalla relazione illustrativa della legge di bilancio 234/2021, il potenziamento di tali strutture si attua mediante l'inserimento di almeno due unità di personale. Pertanto, ai fini della predisposizione del riparto, a decorrere dal 2023, in coerenza a quanto previsto dalla legge di bilancio 2022, una quota delle risorse del Fondo pari ad euro 50 milioni è accantonata per le finalità di cui sopra. Per quanto concerne il triennio 2025-2027, dunque, per ogni annualità si hanno a disposizione 50 milioni di euro per le assunzioni di professionalità sociali presso per il rafforzamento dei PUA.

Tabella 6 - Unità di personale PUA per regione

Regioni	Unità di personale per ciascun anno del triennio 2025-2027	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027
	n°	€
ABRUZZO	50	2.000.000
BASILICATA	19	760.000
CALABRIA	67	2.680.000
CAMPANIA	128	5.120.000
EMILIA-ROMAGNA	84	3.360.000
FRIULI-VENEZIA GIULIA	38	1.520.000
LAZIO	83	3.320.000
LIGURIA	39	1.560.000
LOMBARDIA	198	7.920.000
MARCHE	49	1.960.000
MOLISE	15	600.000
PIEMONTE	72	2.880.000
PUGLIA	96	3.840.000
SARDEGNA	53	2.120.000
SICILIA	118	4.720.000
TOSCANA	63	2.520.000
UMBRIA	26	1.040.000
VALLE D'AOSTA	2	80.000
VENETO	50	2.000.000

TOTALE	1.250	50.000.000
---------------	--------------	-------------------

In particolare, come previsto dal comma 168, dell'articolo 1, della legge 234/2021, “per le finalità di cui al comma 162, lettere a), b) e c), e al comma 163, fermi restando gli interventi a valere sullo stesso Fondo per le non autosufficienze già destinati al sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima²³ previsti dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la non autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari ad euro 100 milioni per l'anno 2022, ad euro 200 milioni per l'anno 2023, ad euro 250 milioni per l'anno 2024 e ad euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025.” Pertanto, 250 milioni sono specificamente dedicati ai LEPS per le persone anziane non autosufficienti e al rafforzamento dei PUA.

Ciò rappresentato, in considerazione del fatto che per l'implementazione dei PUA sono stanziati 50.000.000 di euro dal 2023, per l'attuazione delle azioni di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021, le risorse da considerare sono invece pari 250.000.000 di euro.

Al fine di fornire un quadro completo circa l'assegnazione delle risorse da destinare alle regioni, per ciascuna annualità, si riportano di seguito le tabelle riepilogative:

Annualità 2025

Regioni	Importo quota indistinta	Compensazione	Importo quota LEPS	Quota residua risorse aggiuntive	Importo Vita Indipendente	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€	€	€	€
ABRUZZO	13.491.947	903.028	5.725.025	1.072.032	320.000	2.000.000	23.512.032
BASILICATA	5.629.022	805.428	2.479.550	464.305	160.000	760.000	10.298.305
CALABRIA	19.299.477	631.848	9.103.675	1.704.696	480.000	2.680.000	33.899.696
CAMPANIA	49.371.817	589.383	22.539.800	4.220.659	1.440.000	5.120.000	83.281.659
EMILIA-ROMAGNA	46.741.927	957.198	18.094.875	3.388.331	1.120.000	3.360.000	73.662.331
FRIULI-VENEZIA GIULIA	13.958.551	423.524	5.483.925	1.026.885	320.000	1.520.000	22.732.885
LAZIO	60.171.183	0	24.941.875	4.670.457	1.440.000	3.320.000	94.543.515
LIGURIA	18.837.048	1.719.402	7.289.550	1.364.995	400.000	1.560.000	31.170.995

²³ Definizione prevista dall'articolo 3 del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016 recante “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016”.



LOMBARDIA	100.730.468	0	39.867.075	7.465.254	2.480.000	7.920.000	158.462.797
MARCHE	16.861.408	0	7.102.350	1.329.941	400.000	1.960.000	27.653.699
MOLISE	3.197.307	953.468	1.367.225	256.018	80.000	600.000	6.454.018
PIEMONTE	46.800.744	2.156.131	18.196.125	3.407.290	1.040.000	2.880.000	74.480.290
PUGLIA	42.226.801	0	19.099.700	3.576.488	960.000	3.840.000	69.702.989
SARDEGNA	18.591.311	0	7.856.650	1.471.186	400.000	2.120.000	30.439.147
SICILIA	46.432.108	3.378.642	19.719.250	3.692.501	1.200.000	4.720.000	79.142.501
TOSCANA	40.737.431	2.784.794	16.074.775	3.010.060	880.000	2.520.000	66.007.060
UMBRIA	11.072.878	0	4.766.375	892.521	240.000	1.040.000	18.011.774
VALLE D'AOSTA	1.236.553	383.747	501.700	93.945	80.000	80.000	2.375.945
VENETO	49.727.019	0	19.790.500	3.705.843	1.200.000	2.000.000	76.423.362
Totale	605.115.000	15.686.593	250.000.000	46.813.407	14.640.000	50.000.000	982.255.000

Annualità 2026

Regioni	Importo quota indistinta	Compensazione	Importo quota LEPS	Importo Vita Indipendenti	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€	€	€
ABRUZZO	13.822.269	572.706	5.725.025	320.000	2.000.000	22.440.000
BASILICATA	5.766.837	667.613	2.479.550	160.000	760.000	9.834.000
CALABRIA	19.771.985	159.340	9.103.675	480.000	2.680.000	32.195.000
CAMPANIA	50.580.585	0	22.539.800	1.440.000	5.120.000	79.680.385
EMILIA-ROMAGNA	47.886.307	0	18.094.875	1.120.000	3.360.000	70.461.182
FRIULI-VENEZIA GIULIA	14.300.297	81.778	5.483.925	320.000	1.520.000	21.706.000
LAZIO	61.644.351	0	24.941.875	1.440.000	3.320.000	91.346.226
LIGURIA	19.298.235	1.258.215	7.289.550	400.000	1.560.000	29.806.000
LOMBARDIA	103.196.647	0	39.867.075	2.480.000	7.920.000	153.463.722
MARCHE	17.274.226	0	7.102.350	400.000	1.960.000	26.736.576
MOLISE	3.275.586	875.189	1.367.225	80.000	600.000	6.198.000
PIEMONTE	47.946.564	1.010.311	18.196.125	1.040.000	2.880.000	71.073.000
PUGLIA	43.260.637	0	19.099.700	960.000	3.840.000	67.160.337
SARDEGNA	19.046.481	0	7.856.650	400.000	2.120.000	29.423.131
SICILIA	47.568.903	2.241.847	19.719.250	1.200.000	4.720.000	75.450.000
TOSCANA	41.734.804	1.787.421	16.074.775	880.000	2.520.000	62.997.000
UMBRIA	11.343.975	0	4.766.375	240.000	1.040.000	17.390.350
VALLE D'AOSTA	1.266.827	353.473	501.700	80.000	80.000	2.282.000
VENETO	50.944.484	0	19.790.500	1.200.000	2.000.000	73.934.984



Totale	619.930.000	9.007.893	250.000.000	14.640.000	50.000.000	943.557.893*
---------------	--------------------	------------------	--------------------	-------------------	-------------------	---------------------

* Importo dato dalla somma di euro **934.570.000,00** di cui all'articolo 2, comma 1 del d.P.C.M e di euro **9.007.893,00** di cui all'articolo 2, comma 5 del medesimo decreto.

Annualità 2027					
Regioni	Importo quota indistinta	Importo quota LEPS	Importo Vita Indipendente	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€	€
ABRUZZO	17.699.631	5.725.025	320.000	2.000.000	25.744.656
BASILICATA	7.384.524	2.479.550	160.000	760.000	10.784.074
CALABRIA	25.318.335	9.103.675	480.000	2.680.000	37.582.010
CAMPANIA	64.769.225	22.539.800	1.440.000	5.120.000	93.869.025
EMILIA-ROMAGNA	61.319.160	18.094.875	1.120.000	3.360.000	83.894.035
FRIULI-VENEZIA GIULIA	18.311.753	5.483.925	320.000	1.520.000	25.635.678
LAZIO	78.936.550	24.941.875	1.440.000	3.320.000	108.638.425
LIGURIA	24.711.690	7.289.550	400.000	1.560.000	33.961.240
LOMBARDIA	132.144.911	39.867.075	2.480.000	7.920.000	182.411.986
MARCHE	22.119.914	7.102.350	400.000	1.960.000	31.582.264
MOLISE	4.194.439	1.367.225	80.000	600.000	6.241.664
PIEMONTE	61.396.320	18.196.125	1.040.000	2.880.000	83.512.445
PUGLIA	55.395.918	19.099.700	960.000	3.840.000	79.295.618
SARDEGNA	24.389.315	7.856.650	400.000	2.120.000	34.765.965
SICILIA	60.912.719	19.719.250	1.200.000	4.720.000	86.551.969
TOSCANA	53.442.065	16.074.775	880.000	2.520.000	72.916.840
UMBRIA	14.526.136	4.766.375	240.000	1.040.000	20.572.511
VALLE D'AOSTA/ VALLÉE D'AOSTE	1.622.192	501.700	80.000	80.000	2.283.892
VENETO	65.235.203	19.790.500	1.200.000	2.000.000	88.225.703
Totale	793.830.000	250.000.000	14.640.000	50.000.000	1.108.470.000

9.2 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)

Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali è strutturato nelle seguenti componenti:

a) Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, articolato a sua volta in:

1. Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS);
2. Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate (BDVPP);

3. Sistema informativo dell'ISEE, di cui all'articolo 11 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
4. Piattaforma digitale del Reddito di Cittadinanza per il Patto di inclusione sociale (PRDC).

b) Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, articolato a sua volta in:

1. Banca dati dei servizi attivati (BDSA);
2. Banca dati delle professioni e degli operatori sociali (BDPOS).

La collaborazione continuativa con la componente tecnica della Rete costituisce un elemento essenziale di confronto, finalizzato ad apportare gli adeguamenti necessari al sistema, sia in occasione dell'introduzione di nuove prestazioni, sia qualora emergano ulteriori esigenze informative.

9.2.1 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali

La prima sezione del Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali è costituita dalla Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS), che sostituisce e integra la precedente Banca dati delle prestazioni sociali agevolate, condizionate all'ISEE, già disciplinata dal decreto ministeriale dell'8 marzo 2013 e integralmente recepita dal successivo decreto interministeriale 16 dicembre 2014, n. 206, recante le modalità attuative del *Casellario dell'assistenza*.

Le prestazioni sociali rilevate sono individuate nella Tabella 1 allegata al citato decreto n. 206 del 2014, cui nel tempo sono state aggiunte ulteriori prestazioni. Tra queste ultime, rivestono particolare rilievo per l'ambito della disabilità e degli anziani non autosufficienti le prestazioni appartenenti alla nuova categoria A9, disponibile nel sistema *Casellario dell'assistenza* dal febbraio 2018, finalizzata al miglioramento delle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione:

a) informazioni relative alle prestazioni destinate alla realizzazione di interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 2 del d.P.C.M. 27 novembre 2017:

- A9.01.01 “FNA – Disabilità gravissime: assistenza domiciliare”;
- A9.01.02 “FNA – Disabilità gravissime: assistenza domiciliare indiretta”;

- A9.01.03 “FNA – Disabilità gravissime: interventi complementari all’assistenza domiciliare”.

b) informazioni concernenti interventi e servizi – descritti all’art. 5, comma 4, del D.M. 23 novembre 2016, ad eccezione di quelli previsti alla lettera d) – finanziati dal Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare:

- A9.02.01 “Fondo PCD prive del sostegno familiare: percorsi di accompagnamento”;
- A9.02.02 “Fondo PCD prive del sostegno familiare: supporto alla domiciliarità”;
- A9.02.03 “Fondo PCD prive del sostegno familiare: sviluppo competenze”;
- A9.02.04 “Fondo PCD prive del sostegno familiare: permanenza temporanea extrafamiliare”.

Occorre tuttavia evidenziare che la BDPS offre un quadro ampiamente esaustivo delle prestazioni erogate dall’INPS, ma risulta limitata nella rappresentazione dei dati provenienti da altri enti erogatori, i quali incontrano difficoltà riconducibili alla carenza di risorse umane dedicate alle attività di implementazione del sistema, nonché alla mancanza di risorse tecniche e finanziarie necessarie per l’adeguamento dei propri sistemi informativi e per l’invio massivo dei flussi di dati o l’attivazione della cooperazione applicativa.

Per quanto riguarda la Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate, e in particolare il modulo SINA (Sistema Informativo Non Autosufficienza), alle criticità sopra descritte si aggiunge la complessità nel reperimento delle numerose e dettagliate informazioni richieste dal tracciato SINA. Risulta pertanto particolarmente avvertita la necessità di una maggiore cooperazione tra sistemi informativi e banche dati, volta a potenziare e consolidare l’interoperabilità tra i diversi sistemi.

Il sistema sarà ulteriormente implementato al fine di raccogliere le informazioni derivanti dal monitoraggio dell’offerta dei servizi realizzati a livello territoriale, in attuazione degli obiettivi di servizio (Allegato D del d.P.C.M. di approvazione del presente Piano).

9.2.2 Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali

Nel corso del 2021 sono state raccolte, per la prima volta, le informazioni relative alla Banca dati dei servizi attivati e alla Banca dati delle professioni, la cui unità di rilevazione è rappresentata dall’Ambito territoriale. A tali banche dati si è aggiunta un’ulteriore



componente: la Banca dati degli assistenti sociali, istituita per la gestione del contributo destinato agli assistenti sociali introdotto dalla legge n. 178/2020 (*legge di bilancio 2021*), all'articolo 1, comma 797 e seguenti.

Nel primo anno di attività, la Banca dati dei servizi attivati è stata popolata da 453 Ambiti territoriali, complessivamente comprendenti 6.230 comuni; la Banca dati delle professioni e degli operatori sociali da 456 Ambiti, e la Banca dati degli assistenti sociali da 514 Ambiti. Il tasso medio di popolamento delle banche dati è risultato pari all'82%.

Per ciascun Ambito territoriale sono stati rilevati i servizi offerti nel territorio di competenza, tra quelli individuati nell'Allegato 2 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Il medesimo decreto, nel definire le modalità attuative del nuovo sistema informativo dell'offerta, ha previsto la possibilità di attivare moduli di approfondimento riguardanti interventi e servizi costituenti obiettivi di servizio o di particolare rilevanza individuata nell'ambito della Rete.

Nel primo anno di rilevazione sono stati attivati moduli di approfondimento relativi a:

- Segretariato sociale,
- Servizio sociale professionale,
- Affidamento familiare,
- Servizi residenziali per minorenni.

I dati, raccolti a livello di Ambito territoriale sociale (ATS), sono stati organizzati considerando cinque macro-attività di riferimento:

1. Accesso, valutazione e progettazione;
2. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale;
3. Interventi per favorire la domiciliarità;
4. Centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali;
5. Strutture comunitarie e residenziali.

Tali macro-attività sono state analizzate in relazione a tre aree di utenza, ciascuna articolata in due sotto-aree:

- Area 1 – Famiglia e minori / Anziani autosufficienti;
- Area 2 – Persone con disabilità / Anziani non autosufficienti;
- Area 3 – Povertà / Disagio adulti e dipendenze.

Gli interventi per la domiciliarità rappresentano la macro-attività di maggiore rilievo per l'Area 2. Tra gli Ambiti rispondenti, 9 su 10 dichiarano di aver attivato un servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale, mentre 8 su 10 offrono un servizio di assistenza domiciliare integrata con prestazioni sanitarie. Circa il 60% degli ATS ha attivato ulteriori interventi per la domiciliarità e circa l'80% eroga servizi di trasporto sociale a favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza (percentuale che si riduce al 57% per gli anziani non autosufficienti).

Gli interventi relativi ai centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali, nonché alle strutture comunitarie e residenziali, sono prevalentemente garantiti in forma indiretta, mediante l'erogazione ai cittadini in condizione di disabilità o anziani non autosufficienti di voucher o di integrazioni alle rette.

9.3 Programmazione

Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Piano, di cui sarà data notizia sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, le regioni provvedono ad inserire la programmazione triennale, finalizzandola su SIOSS. Tale programmazione deve rispettare le finalità individuate al capitolo 6, par. § 6.1.2 e dovrà essere validata dall'apposita Commissione, se in linea con i contenuti dello stesso, entro 30 giorni dalla finalizzazione su SIOSS.

Sullo stato di avanzamento della realizzazione degli obiettivi di servizio, si richiama quanto già illustrato nel capitolo 6, paragrafo §6.1.2.

Le regioni, ove necessario, hanno la facoltà di apportare modifiche alla programmazione triennale presentata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

9.4 Monitoraggio e rendicontazione

Le regioni si impegnano altresì a rilevare a livello di Ambito territoriale, a fini di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'Allegato E (d.P.C.M.)



“Beneficiari degli interventi”, rendendole disponibili, secondo le modalità di cui al citato articolo 6, comma 5, del decreto 22 agosto 2019, entro il 31 maggio dell’anno successivo. Relativamente alla rendicontazione delle risorse, nell’apposita sezione, dell’Allegato C (d.P.C.M.) “Monitoraggio dei flussi finanziari”, verranno esposti i dati finanziari con riferimento alle risorse erogate dalle regioni agli ambiti. Le regioni inseriscono la programmazione, le informazioni e le rendicontazioni, nelle specifiche sezioni del Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali (SioSS), di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019. Si ritiene, infatti, indispensabile la costante implementazione del sistema SioSS con i dati e le informazioni richieste che consentano alle Regioni e all’Amministrazione Centrale di verificare l’andamento e la progressiva realizzazione dei processi e dei servizi dedicati. Al riguardo, si prevede l’istituzione di un apposito tavolo tecnico presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero della Disabilità, delle Regioni, dell’Anci a cui possono essere invitate a partecipare le Parti Sociali e le Associazioni del Terzo Settore che, convocato con cadenza quadrimestrale, possa seguire l’andamento e accompagnarne l’attuazione.

L’erogazione delle risorse per ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione validata dalla regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, secondo le modalità di cui all’Allegato D (d.P.C.M.) “Rendicontazione sull’utilizzo delle risorse”. In sostanza, l’erogazione è condizionata alla rendicontazione dell’effettivo utilizzo di almeno il 75% delle risorse erogate nel secondo anno precedente, su base regionale e del 100% delle risorse riferite alle annualità pregresse. Relativamente alla rendicontazione delle risorse, nell’apposita sezione, dell’Allegato C (d.P.C.M.) “Monitoraggio dei flussi finanziari”, verranno esposti i dati finanziari con riferimento alle risorse erogate dalle regioni agli ambiti. Le regioni inseriscono la programmazione, le informazioni e le rendicontazioni, nelle specifiche sezioni del Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali, di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019. Nell’Allegato G (d.P.C.M.) “Costituzione/Rafforzamento dei PUA” sono indicate le modalità di rendicontazione delle risorse utilizzate per le assunzioni del personale sociale nell’applicativo.

Tenuto conto di quanto previsto dall’articolo 89 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, che disciplina le modalità di rendicontazione delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze, è necessario assicurare che le procedure di gestione e verifica delle risorse



rispettino le disposizioni ivi contenute, secondo cui “la rendicontazione del 75% della quota relativa alla seconda annualità precedente costituisce condizione sufficiente per l’erogazione della quota annuale di spettanza, ferma restando la verifica ministeriale di coerenza con le norme e gli atti di programmazione.”

A questo proposito, con specifico riferimento alle risorse destinate al popolamento dei PUA, si precisa che, considerata l’impossibilità per alcuni ATS di assumere personale a causa delle limitazioni normative vigenti, per evitare che le risorse non spese rappresentino un montante in grado di impedire la completa rendicontazione delle risorse ai fini dell’erogazione dell’annualità successiva, le stesse dovranno essere restituite con le modalità indicate dall’articolo 199 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, per la successiva riassegnazione al fondo. Ciò consentirà di poter riassegnare tali risorse nuovamente alle regioni.

Una volta terminata la fase di rendicontazione da parte delle regioni sul SIOSS, fermo restando di quanto disposto dall’articolo 8, comma 3, lett. o), della legge n. 328/2000, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al fine di garantire l’efficacia e l’affidabilità del processo di monitoraggio, si riserva la possibilità di effettuare controlli anche a campione. Tali verifiche hanno lo scopo di accertare la correttezza e la coerenza delle informazioni trasmesse, individuare eventuali criticità o anomalie e promuovere un utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse. Con apposita comunicazione saranno definite le modalità di svolgimento dei controlli a campione, incluse le procedure operative, i criteri di selezione dei campioni e le tempistiche previste.

* * * * *

