8 FEBBRAIO 2024
PESCARA - MOOD HOTEL
CITTÀ SANT'ANGELO

I diritti delle persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo e dei loro familiari in Abruzzo

Quadro generale

STATI GENERALI SULLE DISABILITÀ INTELLETTIVE E DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO in Abruzzo

La presente pubblicazione è a cura di:

- **Avv.ti Alessia Maria Gatto** e **Corinne Ceraolo Spurio**,
  Componenti del Centro Studi Giuridici e Sociali di Anffas Nazionale
- **Avv. Valentina Di Bonaventura**,
  Consulente Anffas Regione Abruzzo ETS - APS

Contatti: nazionale@anffas.net - anffasabruzzo@yahoo.it

Si ringraziano quanti hanno contribuito alla realizzazione.

Realizzata nell'ambito del Convegno **"Stati Generali sulle Disabilità Intellettive e Disturbi del Neurosviluppo in Abruzzo"** dell'8 febbraio 2024, a Pescara

I diritti delle persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo e dei loro familiari in Abruzzo

Quadro generale

SOMMARIO

1 - **QUADRO NAZIONALE IN MATERIA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIALE** 4
Diritto alla Salute 4
Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale 4
Riforma della disciplina in materia sanitaria 5
Diritti delle persone con handicap ai sensi della l.n. 104/92 6
Razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale 7
La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 8
Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbo dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie 9
Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza 10
2 - **QUADRO REGIONALE IN MATERIA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIALE** 12
Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento nei servizi alla persona in attuazione della l.n. 328/2000 12
Il Piano Sanitario Regionale 12
Disciplina sull'autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private 15
Altri piani operativi regionali 15
Il Fondo regionale per l'integrazione socio-sanitaria 16
Il Piano sociale regionale 16
Ulteriori atti di riferimento 18
Linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona ad elevata integrazione sociosanitaria 18
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 20
3 - **ARTICOLAZIONE RETE TERRITORIALE NELLA REGIONE ABRUZZO** 23
4 - **I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI** 24
Gli interventi per la non autosufficienza 24
Focus sulle priorità del PSN 2021-2023 recepite nella programmazione sociale 2022-2024 27
La graduale attuazione dei LEPS e gli obiettivi di servizio del PNA 2022-2024 28
I PUA - Punti Unici di Accesso 30
Le risorse finanziarie destinate ai PUA 31
Focus: La valutazione multidimensionale come LEPS di processo 31
Focus: il progetto individualizzato e il Budget di progetto 32
Focus sulla legge delega n. 227/21 e sul progetto individualizzato e partecipato 36
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 40

5 - **ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE** 42
Focus sulla Regione Abruzzo 43
Gli interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissima (tra cui le persone con SLA e le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle con morbo di Alzheimer in tale condizione) 44
Sostegno al caregiver - contributi per il genitore-caregiver che assiste minori con malattia rara in condizioni di gravissima disabilità 44
Assegno di cura e per l'autonomia 44
Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave (anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato) 46
Incompatibilità delle prestazioni economiche di assistenza indiretta 47
6 - **DIRITTO ALLA VITA INDIPENDENTE E PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE** 49
Le risorse finanziarie afferenti alla Vita Indipendente 53
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 54
7 - **DOPO DI NOI E IL PROGETTO DI VITA SECONDO LA LEGGE 112/2016** 55
Il fondo ai sensi della legge n. 112/16 56
Redazione del progetto individuale ex art. 14 legge n. 328/00 come condizione imprescindibile per attivare il percorso di sostegno della legge n. 112/2016. 57
Il "durante e dopo di noi" nella Regione Abruzzo 58
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 61
8 - **INCLUSIONE SCOLASTICA** 62
L'accesso agli interventi di inclusione scolastica 63
Il piano educativo individualizzato (P.E.I.) 64
I supporti e sostegni che possono essere riconosciuti all'alunno/a con disabilità 65
L'inclusione scolastica nella Regione Abruzzo 66
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 66
9 - **INCLUSIONE LAVORATIVA** 68
Il collocamento mirato delle persone con disabilità 71
L'accertamento: la diagnosi funzionale e la relazione conclusiva 72
Iscrizione al collocamento mirato 74
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 75
10 - **CO-PROGRAMMAZIONE E CO-PROGETTAZIONE** 76
Focus sulle criticità nella regione Abruzzo 78
RACCOMANDAZIONI 79
Assistenza sanitaria territoriale 86
Riorganizzazione della rete di assistenza Residenziale e Semiresidenziale 86

Attualizzazione e aggiornamento delle tariffe 86
Riduzione e contingentamento dei tetti di spesa 87
Aggiornamento dei Fabbisogni assistenziali - Area Anziani non autosufficienti, Disabilità e Riabilitazione 87
Co-programmazione e co-progettazione 88

1 - QUADRO NAZIONALE IN MATERIA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIALE

Diritto alla Salute

La **Costituzione** della Repubblica Italiana, all'art. 32, afferma che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

La lettura dell'art. 32 sopra citato in combinato disposto con gli art. 2 e 3 della stessa Costituzione ha portato a considerare il diritto alla salute come **strettamente connesso allo sviluppo della personalità di ciascuna persona, e, quindi, come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale», con la conseguenza che il riconoscimento del diritto alla salute si concretizza, oltre che nella prevenzione, anche nel recupero e nella conservazione del benessere psico-fisico delle persone.** La Corte di Cassazione (Sent. n. 5172/1979) afferma che «la salute è riconosciuta dall'art. 32 Cost. come diritto fondamentale dell'individuo, oltre che come interesse della collettività»

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Con la **legge 23 dicembre 1978, n. 833** recante "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" nasce, infatti, il Sistema Sanitario Nazionale, e si mira ad attuare integralmente, il diritto alla salute riconosciuto e garantito dall'art. 32 della Costituzione. Diritto, questo, che ricordiamo essere diritto non privato, non pubblico, ma comune.

Sin dalla sua istituzione, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato ancorato ai principi di **universalità, eguaglianza ed equità**, tanto è vero che la Legge si apre proprio sancendo che "*il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di* ***tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio***".

Tale legge sancisce il passaggio dal sistema c.d. mutualistico, in forza del quale si garantiva l'assistenza sanitaria esclusivamente alle persone iscritte alle diverse mutue, ad un sistema di sicurezza sociale che assicura l'universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, mediante il SSN, e finanziato attraverso la fiscalità generale.

I principi fondamentali del SSN vengono, nel tempo, affiancati poi dai *principi organizzativi* che sono basilari per la programmazione sanitaria, tra i quali vediamo:

- **la centralità della persona:** tale principio è ravvisabile nella libertà di scelta del luogo di cura, nel diritto a essere informato sulla malattia, nel diritto ad essere informato sulla terapia e di opporsi o dare il consenso alle cure, nel diritto del paziente di "essere preso in carico" dal medico o dall'équipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico, etc.;
- **la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute:** lo Stato determina i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza;
- **l'integrazione socio-sanitaria;**
- la **collaborazione tra i livelli di governo del SSN:** tutti gli attori istituzionali (Stato, Regioni, Aziende e Comuni), collaborano, nei rispettivi ambiti di competenze, al fine di garantire l'esigibilità del diritto alla salute da parte di tutti i cittadini.

Di particolare importanza, poi, sono le disposizioni contenute nell'**art. 26** della legge sopra citata, recante "**prestazioni di riabilitazione".**

Tale articolo stabilisce espressamente che, quanto alle **prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale delle persone con minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali,** dipendenti da qualunque causa, l'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante **convenzioni** con istituti esistenti nella regione in cui abita la persona o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Riforma della disciplina in materia sanitaria

Con il successivo **decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** "Riordino della disciplina in materia sanitaria", emanato in attuazione dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, si interviene riformando la legge n. 833/78. Tale riforma non incide sul principio di universalità sancito con la suddetta legge, ma interviene modificando la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socioassistenziale, l'impianto organizzativo e le modalità di finanziamento.

L'Unità sanitaria locale diventa, infatti, **azienda** con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. Si realizza, altresì, una regionalizzazione della sanità, stante il fatto che alle Regioni sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende.

Inoltre, con tale decreto – anche a seguito delle successive modifiche che, nel tempo, lo hanno interessato – si tende a superare l'istituto delle "convenzioni", molto limitato

e circoscritto ai soli casi in cui l'amministrazione avesse previamente autorizzato l'erogazione del servizio all'esterno del sistema pubblico, che ne aveva l'esclusività, in favore del sistema dell'accreditamento.

Si assiste, quindi, all'ingresso delle strutture private nel Servizio Sanitario Nazionale in condizioni di parità con le strutture pubbliche, anche a al fine di soddisfare il principio di libera scelta dell'assistito, con la previsione di un sistema di ''accreditamento'' delle strutture erogatrici mediante la definizione, con apposito atto di indirizzo e coordinamento, di un elenco di requisiti tecnologici, strutturali e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e con la definizione di un sistema di remunerazione delle prestazioni erogate secondo tariffe predeterminate con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente Stato – Regioni.

Diritti delle persone con handicap ai sensi della l.n. 104/92

In tale scenario si inserisce anche la **legge 5 febbraio 1992, n. 104,** "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e la successiva Legge n. 162/1998 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave".

Tale legge punta alla "rimozione delle cause invalidanti, alla promozione dell'autonomia e alla realizzazione dell'integrazione sociale delle persone con disabilità con il riconoscimento di cui alla l.n. 104/92".

Tali finalità sono perseguite attraverso specifici obiettivi, fra cui**:**

- **assicurare la prevenzione, la diagnosi e la terapia prenatale e precoce delle minorazioni e la ricerca sistematica delle loro cause nell'ambito della programmazione sanitaria in conformità alla l.n. 833/1978**;
- garantire **l'intervento tempestivo dei servizi terapeutici e riabilitativi**, che assicuri il recupero consentito dalle conoscenze scientifiche e dalle tecniche attualmente disponibili con **programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate** tra loro, che valorizzino le abilità di ogni persona e agiscano sulla "globalità della situazione di handicap", coinvolgendo la famiglia e la comunità. A tal fine, gli interventi per la cura e la riabilitazione precoce, nonché gli specifici interventi riabilitativi e ambulatoriali, a domicilio o presso i centri socio-riabilitativi ed educativi a carattere diurno o residenziale **sono garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale**, tramite le strutture proprie o convenzionate (n.d.r. "accreditate");
- garantire il mantenimento della persona con disabilità nell'ambiente familiare e sociale e la sua integrazione e partecipazione alla vita sociale;
- assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona con disabilità.

- assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta.

Razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale

Nel 1998 viene promulgata la legge n. 419 “Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo n. 23 502/1992”, che porterà al **decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229** “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419”.

Tale decreto legislativo, conosciuto anche come legge Bindi o Riforma-ter, **completa il lungo processo di organizzazione e razionalizzazione volto a realizzare un servizio sanitario efficiente ed efficace**.

Proprio con riguardo al sistema di accreditamento, modificando il D.lgs. n. 502/92, si prevede che **le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle AUSL**, delle **aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**, nonché da strutture accreditate dalla regione stessa e nel rispetto di specifici accordi contrattuali.

In particolare, l’art. 8-quater, prevede, infatti, che l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle **strutture autorizzate**, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai **requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.** Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la Regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa.

A differenza del passato, autorizzazione e accreditamento sono atti distinti, in quanto la prima costituisce l’indefettibile presupposto per poter esercitare un’attività sanitaria e socio-sanitaria, mentre l’accreditamento comporta un *quid pluris*, che richiede necessariamente requisiti ulteriori rispetto quelli previsti per l’autorizzazione.

La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Con la successiva legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” si punta ad assicurare alle persone e alle famiglie **un sistema integrato di interventi e servizi sociali**, promuovere interventi per garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, prevenendo, eliminando o riducendo **le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.**

La legge, nel rispetto di alcuni principi, primo tra tutti il principio di sussidiarietà stabilisce che la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli **enti locali, alle Regioni e allo Stato** garantendo il **coordinamento e l’integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro e riconoscendo il ruolo del Terzo settore,**

Il principio di sussidiarietà, in base a tale legge si sviluppa, quindi, in senso verticale e orizzontale. Nel primo caso con una distribuzione delle competenze tra lo Stato e le autonomie locali in base al quale l’ente gerarchicamente inferiore svolge le funzioni e i compiti assegnati, mentre all’ente sovraordinato viene lasciata la possibilità di intervenire surrogandone l’attività, quando l’ente sotto ordinato non raggiunga l’attuazione del servizio.

Nel secondo caso, invece, è prevista la possibilità che le attività proprie dei pubblici poteri vengano affidate soggetti privati, quali associazioni, cooperative, fondazioni, organizzazioni di volontariato ed enti di patronato. Il sistema di erogazione dei servizi creato dalla legge è fortemente incentrato proprio sulla relazione tra enti locali e settore del non profit, cui viene riconosciuto un ruolo rilevante. Esso, infatti, viene chiamato a partecipare alla co-progettazione e alla realizzazione concertata dei servizi.

Il sistema previsto dalla legge, inoltre, ha i caratteri dell’universalità. E per realizzarlo la legge prevede di ricorrere a un finanziamento plurimo cui concorrono enti locali, Regioni e Stato. Da qui la definitiva valorizzazione del Fondo nazionale per le politiche sociali, già istituito con la legge finanziaria del 1998 ma che assume rilievo solo con l’approvazione della Legge n. 328.

Per quanto riguarda la programmazione, la legge afferma che sono i Comuni i titolari delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali a livello locale e attribuisce una serie di funzioni programmatorie e di progettazione da realizzare

attraverso **i Piani di zona, nell'ambito del sistema di servizi sociali a rete, costituito dall'insieme dei soggetti pubblici e privati.**

Ai Comuni è affidato anche il sistema di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di terzo (settore secondo i criteri stabiliti dalla Regione e con riferimento dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale stabiliti dallo Stato e(cfr. D.M. 21 maggio 2001, n. 308 - Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale).

Requisito necessario per l'accreditamento e lo svolgimento dell'attività da parte degli enti erogatori, tra gli altri, è l'adozione della Carta dei servizi sociali. Ciò al fine di tutelare i beneficiari delle prestazioni, che in tale documento possono assumere tutte le informazioni, tra cui quelle riguardanti i criteri per l'accesso ai servizi e le modalità del relativo funzionamento. Le Regioni, a loro volta, esercitano le funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi sociali, con il compito di garantire l'integrazione con i servizi e gli interventi sanitari, con quelli formativi e con quelli riguardanti l'inserimento lavorativo. Devono poi verificare l'attuazione a livello locale dei Piani di zona e stabilire, come sopra detto, i criteri per l'accreditamento. Alle Regioni spetta, infine, la ripartizione delle risorse assegnati dallo Stato nonché a cofinanziare interventi e servizi sociali.

Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbo dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie

Con la Legge 18 agosto 2015, n. 134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbo dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie", in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 12 dicembre 2012 (n. A/RES/67/82) sui bisogni delle persone con autismo sono previsti interventi finalizzati a **garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbo dello spettro autistico**.

Grazie a questa legge le prestazioni di diagnosi precoce, cura e trattamento individualizzato vengono inserite nei livelli essenziali di assistenza (in occasione dell'aggiornamento dei LEA con il DPCM 12 gennaio 2016).

A tal fine viene affidato alle Regioni il compito, fra l'altro, di attivare sui territori di **centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi per l'autismo** nonché di definizione **di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali** per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico, di verifica

dell'evoluzione e di adozione delle misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- qualificazione dei servizi dedicati all'autismo costituiti da unità funzionali multidisciplinari;
- formazione degli operatori sanitari di neuropsichiatria infantile, di abilitazione funzionale e di psichiatria sugli strumenti di valutazione e sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- la definizione di equipe territoriali dedicate nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e adulta;
- la promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;
- la promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della persona;
- l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con disturbi dello spettro autistico;
- la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico in grado di effettuar la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti;
- la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti che ne valorizzino le capacità.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Con il DPCM del 12.01.2017: "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del D.lgs. 30.12.1992 n. 502*" sono definiti i nuovi LEA (Livelli essenziali di assistenza).

Con tale provvedimento lo Stato ha individuato le prestazioni, le attività e i servizi minimi che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale dal Sistema Sanitario Nazionale divenendo così direttamente e pienamente esigibili. Tra i livelli essenziali di assistenza sono inserite le prestazioni sanitarie e sociosanitarie per le persone con disabilità con una particolare attenzione ai disturbi del neurosviluppo e alle persone con disturbo nello spettro dell'autismo, che hanno diritto a ricevere prestazioni ed interventi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche. Il precedente DPCM 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie» è il punto di riferimento per le Regioni che devono attenersi alle indicazioni su obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento con riferimento alla ripartizione della spesa tra Aziende Sanitarie e

Comuni, salvo compartecipazione al costo da parte della persona beneficiaria in base all'ISEE ai sensi del DPCM 159/2013.

2 - QUADRO REGIONALE IN MATERIA SANITARIA, SOCIO-SANITARIA E SOCIALE

Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento nei servizi alla persona in attuazione della l.n. 328/2000

Con la L.R. Abruzzo n. 2/2005 recante "*Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona*", la regione Abruzzo ha inteso dettare le norme in materia di procedimenti di autorizzazione al funzionamento e accreditamento dei soggetti eroganti servizi alla persona in attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328 e del e del D.M. 21 maggio 2001, n. 308 (Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale).

L'art. 1 di tale norma ha previsto che la Regione, tenuto conto dei requisiti minimi fissati dallo Stato, doveva definire, con apposito regolamento da emanarsi entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge con apposita deliberazione del Consiglio regionale su proposta della Giunta gli ulteriori standard, rispettivamente, per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi, gli strumenti e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione comunale all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e del successivo accreditamento, a norma dell'art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328, l'organizzazione e le attribuzioni dell'organismo tecnico provinciale di vigilanza, nonché gli strumenti e le modalità per la verifica degli standard, ai fini del rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento e per la verifica del mantenimento dello status di soggetto autorizzato e accreditato, l'anagrafe regionale dei soggetti operanti nei servizi alla persona nonché le attività di vigilanza e controllo con apposito servizio ispettivo con visite in loco presso le strutture ed i servizi autorizzati e/o accreditati, almeno una volta l'anno. A distanza di quasi vent'anni dalla sua emanazione, tuttavia, tale legge è rimasta inattuata per mancata adozione del regolamento attuativo.

Il Piano Sanitario Regionale

Con la Legge Regionale Abruzzo 10 marzo 2008, n. 5 "Un sistema di garanzia per la salute" è adottato il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Abruzzo".

Tale piano nasce all'interno di uno scenario del tutto eccezionale per la Regione Abruzzo e ha il compito di portare la Regione al riequilibrio economico entro il triennio vista la necessità di provvedimenti urgenti e incisivi, che, però, si inseriscano in una politica sanitaria efficace con una "*vision*" lungimirante, **evitando il prevalere di mere logiche "ragionieristiche" tendenti al razionamento** e individuando le aree di

disfunzione e di non-appropriatezza sulle quali è possibile recuperare risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto strategico per la salute comunitaria e per il miglioramento del sistema assistenziale. In altre parole, una politica regionale oculata che si indirizzi verso **logiche di razionalizzazione, non di razionamento** basata su scelte ponderate che originino dai dati e dagli elementi di conoscenza da sviluppare in tempi rapidi. Una politica equilibrata che punti ad innovare il sistema sanitario e favorire la specializzazione delle parti più avanzate, senza pregiudicare le componenti "meno visibili" del sistema, cioè delle categorie di persone "*senza voce né volto perché a scarso impatto mediatico, costretti a confrontarsi in modo solitario con i loro bisogni assistenziali, arrangiandosi in uno scenario di welfare futuro che tende a ridurre progressivamente, quando a non dismettere completamente, servizi, attività e professionalità la cui funzione sociale è stata, è e continua ad essere fondamentale per le comunità*".

Si riflette, quindi, sugli effetti devastanti di una politica di "tagli" indiscriminati che tenderebbe a rendersi evidente su tutta la comunità ed in particolare sulle fasce socialmente più deboli, puntando, piuttosto, verso risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità **intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei beneficiari in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse.** Un sistema di garanzie **significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d'interesse** del sistema assistenziale: ai cittadini e ai beneficiari dei servizi e delle prestazioni; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione. Il Piano fonda la propria **filosofia** sulla:

- **non cristallizzazione di modelli organizzativi ed operativi** che devono invece rimanere flessibili e prontamente adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- **valorizzazione delle progettualità aziendali e locali** all'interno di strategie e regole certe;
- **programmazione continua** che si rende possibile a partire dalle **sperimentazioni locali** che potranno mettere a disposizione del sistema le pratiche che avranno garantito i migliori risultati evidenziati da un sistema **di valutazione di qualità ed economica**, per stimolare le organizzazioni al miglioramento continuo delle loro performance;
- intervento sui **modelli organizzativi**, indicando la **direzione** dei cambiamenti e **come** attuare tali cambiamenti;
- ri/orientamento dei **modelli produttivi**, passando da una logica settoriale e a bassa integrazione a **modelli centrati sui processi** di assistenza, che vengono

composti a partire dai bisogni dei cittadini offrendo loro la risposta ottimale nei regimi di assistenza più appropriati;

- **valorizzazione delle risorse umane** delle nostre organizzazioni, come unica strategia per far scaturire nuove energie, attualmente disilluse, di pronto utilizzo.
- Gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:
- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza- urgenza;
- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme evolute di associazionismo medico** (Unità Territoriali di Assistenza Primaria (di seguito UTAP), Casa della salute, ecc.);
- la **sostenibilità economica** del sistema a garanzia dei livelli essenziali di assistenza, attraverso una forte politica di responsabilizzazione dei generatori di spesa e una incisiva lotta agli sprechi.

Nello specifico ambito dell'assistenza extraospedaliera per la Riabilitazione e le Disabilità vi è consapevolezza che qualunque atto programmatorio futuro dovrà avere come principio guida l'approccio olistico ai problemi della persona con disabilità avendo come finalità il **contrasto alla istituzionalizzazione e quindi l'enfasi sulla autonomia e la partecipazione**. La medesima attenzione è sollecitata da parte degli estensori della programmazione integrata territoriale, che, con i Piani di assistenza e i Piani di Zona, metteranno in rete tutte le risorse che possono **contribuire sinergicamente per migliorare la qualità della vita della persona**.

Il Piano, nella sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad **indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento riabilitativo più complesso**. Viene fatto uno sforzo decisivo per definire in questo ambito **modelli operativi chiari e funzionali nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per le persone e le famiglie**. Deve, inoltre, essere avviato il monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione. Inoltre, il Piano propone **modalità innovative per assicurare alla persona con disabilità privo del sostegno familiare il diritto a vivere in strutture che, accanto all'erogazione di cure sanitarie, siano ispirate a standard di tipo familiare**. In quest'ottica il nuovo sistema delle residenze per la disabilità si pone come obiettivo principale la promozione, il sostegno e l'attivazione di comunità ad

alta integrazione sociosanitaria, denominabili **“Comunità socio-riabilitative familiari per disabili” e riconducibili al cosiddetto modello del “dopo di noi”.**

Disciplina sull’autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private

Con la Legge Regionale n. 32 del 31 luglio 2007, la Regione Abruzzo ha inteso disciplinare l’autorizzazione, l’accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. La finalità della legge regionale, attraverso la definizione degli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione, dell’autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, delle relative procedure autorizzative e delle attività di vigilanza sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi e sistema sanzionatorio, è quella di **garantire ai propri cittadini la disponibilità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie efficaci e sicure ed il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie in un contesto di sviluppo programmato, sostenibile e socialmente adeguato del sistema sanitario regionale.**

Altri piani operativi regionali

Negli anni successivi all’adozione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 la Regione Abruzzo ha adottato diversi Piani/Programmi Operativi, a cominciare con il **Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2008-2010** in conseguenza del commissariamento decretato l’11 settembre 2008 e protrattosi fino al 26 settembre 2016, passando per il **Piano Operativo 2013-2015** per la rimodulazione della rete di offerta sanitaria sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato, per il **Piano Operativo 2019-2021** per il governo delle liste di attesa e della mobilità passiva, per arrivare al **Programma Operativo 2022-2024** contenente, tra le altre cose, gli obiettivi della missione 6 del PNRR.

Di particolare importanza è il **Piano Operativo Regionale sui disturbi dello spettro autistico del 2019**, che per la prima volta definisce il fabbisogno di assistenza ambulatoriale, domiciliare e le relative tariffe, che pone la Regione Abruzzo tra le primissime Regioni italiane a recepire l'Accordo Stato-Regioni sull'appropriatezza degli interventi assistenziali sull'autismo. Il documento tecnico introduce alcune specifiche indicazioni:

- la definizione del fabbisogno di assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale sul territorio, distinguendo l'offerta per garantire differenti livelli di intensità assistenziale dei trattamenti terapeutici, abilitativi/riabilitativi;
- la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di accreditamento di idonee soluzioni residenziali e semiresidenziali, tenendo

soprattutto conto della necessità di rispondere a logiche non istituzionalizzanti. Con questo Piano, la Regione, attraverso una rete di assistenza integrata e multidisciplinare, intende organizzare i servizi rivolti alla diagnosi precoce, alla cura, alla abilitazione e riabilitazione dei disturbi dello spettro autistico, garantendo la continuità assistenziale tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'autismo adulto. **La rete integrata ha, inoltre, il compito di assicurare una adeguata capillarità sui territori della regione**, così da promuovere la collaborazione con le famiglie e il coinvolgimento degli istituti scolastici. Per l'età evolutiva si stabilisce che **ogni Asl sia dotata di almeno un'équipe specialistica dedicata**, collocata nell'ambito del servizio territoriale di Neuropsichiatria infantile, composta da almeno un neuropsichiatra infantile, uno psicologo (preferibilmente esperto in tecniche cognitivo comportamentali), un logopedista, un terapista della neuro psicomotricità dell'età evolutiva e un assistente sociale. L'equipe dovrà raccordarsi con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, gli insegnanti e gli operatori educativi, individuando un case manager tra i componenti dell'équipe stessa per garantire il raccordo tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e famiglia. A seguito di questo percorso diagnostico, verrà poi effettuata la scelta del setting più idoneo (l'ambulatoriale dedicato, il semiresidenziale, il residenziale e le attività domiciliari) e degli eventuali programmi specifici nel contesto di vita dell'utente a valenza sociale.

Il Fondo regionale per l'integrazione socio-sanitaria

Con l’art. 1 della L.R. 14 ottobre 2014, n. 37 la Regione Abruzzo ha istituito il Fondo regionale per il sostegno alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale al fine di garantire la contribuzione a favore dei Comuni per il sostegno ai costi a carico dei fruitori delle prestazioni semiresidenziali e semiresidenziali di cui all'Allegato 1.C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, demandando alla Quinta Commissione consiliare in sede deliberante, su proposta della Giunta regionale, di approvare le linee guida per il concorso alla spesa dei Comuni (cfr Reg. n. 4 del 5/8/2015 come modificato dal decreto n.1/Reg).

Il Piano sociale regionale

Con il Piano sociale regionale 2022/2024, di cui si dirà meglio in seguito, la Regione Abruzzo ha recepito gli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023. Come si legge nella premessa, tale atto è adottato a seguito di un’ampia consultazione, realizzata ai sensi della DGR 735/2019 di Istituzione della Cabina di Regia del nuovo Piano Sociale Regionale e della Determinazione Dirigenziale del Servizio Programmazione Sociale n. DPG022/152 del 22.06.2021.

Il processo di co-programmazione con gli attori sociali della regione è stato avviato il 1° luglio 2021 e si è concluso a novembre 2021. Il dialogo con la Cabina di Regia è stato condotto anche attraverso il sito *abruzzosociale* e la raccolta di contributi e proposte, provenienti da Amministrazioni locali singole e associate, altri soggetti istituzionali, organizzazioni datoriali e sindacali, Terzo Settore, società civile e singoli cittadini.

Attraverso il Piano Sociale 2022-2024 la Regione Abruzzo si propone di realizzare una pianificazione per il benessere diffuso delle comunità locali, costruire una co-programmazione con il territorio in grado di leggere le trasformazioni sociali che interessano le aree urbane e quelle interne della regione, valorizzare i saperi comuni ponendo attenzione alle interazioni e alle relazioni tra attori istituzionali, professionali, del Terzo Settore e dei cittadini, considerare i servizi sociali come luoghi dei bisogni a cui rispondere in modo integrato per la complessità che esprimono.

Discende da qui la necessità di realizzare un'azione complessa e articolata che sia in grado di integrare e valorizzare tutte le misure messe in campo e tutte le risorse finanziarie attivabili a livello europeo, nazionale, regionale e locale.

Il Piano Sociale si pone, pertanto, **come lo strumento di promozione di una programmazione strategica e integrata, in cui vengono gestite e messe a sistema le varie risorse finanziarie comunitarie, nazionali e regionali, fornendo indirizzi e stimoli e favorendo forme di coordinamento del sistema dei servizi e delle politiche sociali, sociosanitarie, lavorative, dell'istruzione, abitative, del welfare aziendale e della filantropia**.

La Regione Abruzzo pone, come strategia generale per la triennalità 2022-2024, la continuità con i risultati positivi già conseguiti, **ma anche l'integrazione di ulteriori obiettivi che recepiscano gli indirizzi e le misure di rafforzamento dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali del PSN Piano Sociale Nazionale) 2021-2023** e le disposizioni in materia di risorse umane e rafforzamento dei servizi sociali previsti dal Fondo per gli interventi di contrasto alla povertà 2021-24 e dalla legge di bilancio 2021 (l.n. 178/2000), nonché attraverso le risorse assegnate ai Comuni dal Fondo di solidarietà comunale.

Sul versante della governance, la strategia prioritaria del nuovo Piano Sociale Regionale è quella di consolidare e migliorare l'attuale assetto, attraverso il rilancio dei processi di partecipazione e concertazione nei territori affinché siano in grado di mobilitare e integrare risorse nazionali e comunitarie, sviluppare reti e partnership significative e **dare vita a forme virtuose di cooperazione tra gli enti locali e tra ente pubblico e Terzo Settore attraverso gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione**.

Ulteriori atti di riferimento

- **Piano regionale per la non autosufficienza** – Atto di programmazione del FNA 2022-2024, approvato con **DGR N. 149 del 20.03.2023**;
- **Dgr n. 244 del 27/04/2023** "oggetto: d.m. 77/2022 – dgr 773/2022 – **attivazione delle unità di continuità assistenziale (UCA) della regione Abruzzo**", normativa istitutiva del relativo servizio delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) nella Regione Abruzzo redatto dal Servizio Programmazione Socio-Sanitaria regionale;
- **DGR n. 735 del 26 novembre 2019** e Determinazione Dirigenziale n. DPG022/152 del 22.06.2021 – istituzione **Cabina di Regia** per favorire il coinvolgimento e la consultazione delle autonomie locali, parti sociali e ETS nella definizione linee programmatiche per dare evidenza a punti di forza e criticità su cui intervenire nella nuova programmazione PSR per rafforzare e migliorare sistema regionale dei servizi alla persona.

Linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona ad elevata integrazione sociosanitaria

Con la DGR n. 414 del 29 luglio 2022, oltre all'approvazione dell' atto di indirizzo applicativo per gli adempimenti della programmazione e implementazione dei Piani distrettuali sociali, sono state anche adottate le linee guida per la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi alla persona ad elevata integrazione sociosanitaria Tali linee guida individuano nella **Convenzione socio-sanitaria** lo strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione socio-sanitaria. Le convenzioni già sottoscritte tra l'Azienda Sanitaria Locale e distretti sanitari territorialmente competenti con gli Ambiti distrettuali sociali, definiscono le modalità di raccordo istituzionale in materia di integrazione socio-sanitaria, gli obiettivi e le azioni integrate per la non autosufficienza e la disabilità grave afferenti le risorse del FNA, nonché i servizi socioassistenziali e sociosanitari del Piano distrettuale sociale e del Piano di Assistenza territoriale sanitaria di cui al D.M. 77/2022.

Le linee guida, inoltre, ribadiscono le **azioni di rafforzamento individuate dal PSR 2022-2024** che si esplicano su due livelli:

1) **Potenziamento delle procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico individuando le seguenti priorità**:
   - l'accesso al sistema di servizi ed interventi socio-sanitari, con modalità di accoglienza ed accettazione integrata (P.U.A). A livello di Ambito/Distretto continuano a trovare applicazione gli standard generali già individuati dal PSR

per l'adozione del regolamento di accesso alle varie forme di assistenza socio-sanitaria;
- la valutazione multidimensionale integrata del bisogno sociosanitario, anche attraverso l'impiego di strumenti e modalità comuni di lettura e di valutazione integrata socio-sanitaria multi professionale e multidimensionale (UVM);
- la definizione del progetto individualizzato e del budget di progetto, dei costi per le diverse tipologie di servizi e prestazioni, in un quadro unitario di riferimento esteso anche ai criteri ed ai livelli di compartecipazione dei cittadini ai costi sostenuti, delle risorse sociali, sociosanitarie e familiare (caregiver familiare, dell'assistenza familiare e altra risorsa);
- la verifica e la valutazione degli esiti di salute, con individuazione degli indicatori appropriati e dei dati di interesse in grado di garantire il monitoraggio delle attività realizzate e di supportare le successive scelte di programmazione socio-sanitaria.

2) **Rafforzamento della programmazione integrata infrastrutturale ed operativa dei servizi sociosanitari**, mediante:
   - il consolidamento e la diffusione delle buone prassi realizzate nelle precedenti programmazioni a livello di ambito sociale e distretto sanitario di base;
   - la capacità del territorio di individuare idonee infrastrutture sociali e sociosanitarie per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità per i bisogni complessi sociosanitari per il disagio sociale e familiare e le fragilità relative alla disabilità e non autosufficienza;
   - la capacità di rafforzare la programmazione integrata e la rete operativa dei servizi sociosanitari del Piano di Assistenza territoriale (PAT) dei DSB e del Piano distrettuale sociale degli ADS.

Una maggiore capacità di integrazione sociosanitaria attiene non solo alla programmazione sociale e sociosanitaria ordinaria dei piani regionali ma anche alle azioni straordinarie e innovative poste in essere dal PNRR con la missione 5 sociale e la missione 6 salute per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità (teleassistenza e telemedicina, le Case di Comunità previste nella misura di 40 unità e, 1 ogni 100.000 abitanti, 10 ospedali di comunità per circa 200 posti letto).

Il Piano Sociale Regionale 2022-2024, come detto, ha conseguentemente previsto azioni di sistema per potenziare l'integrazione sociosanitaria, anche attraverso la definizione di azioni, processi e strumenti sociosanitari uniformi atti a garantire le modalità di valutazione multidimensionale del bisogno e dei modelli unitari di presa in carico uniformi e diffusi sul tutto il territorio regionale (Progetti Assistenziali Personalizzati e budget di progetto unitari ed omogenei).

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

1. Sistema tariffario: i servizi di assistenza sanitaria territoriale, prevalentemente e, per taluni setting interamente gestiti dagli erogatori privati accreditati, sono remunerati con tariffe non aggiornate da molti anni disattendendo quanto anche disposto all'art. 8-sexies, comma 6, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502[1].

Ad esempio, per quanto attiene le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera ex art. 26 Legge 833/78, l'ultimo adeguamento delle tariffe risale all'anno 2004[2].

A fronte del costante e generale incremento dei costi, innalzatisi ulteriormente per effetto di eventi straordinari quali la pandemia e i conflitti bellici in atto e conseguente crescita dell'inflazione, l'attuale sistema di tariffazione non è capace di remunerare pienamente il costo dei fattori produttivi e degli altri oneri connessi alla gestione e funzionamento dei servizi in accreditamento.

2. **Fabbisogni assistenziali:** altro elemento di criticità è rappresentato dai dati dei fabbisogni stimati per le Aree della Disabilità e Riabilitazione i quali, analogamente alle tariffe, dovrebbero essere aggiornati in quanto non perfettamente in linea con il fabbisogno reale dei territori.

Per numerosi setting assistenziali delle aree Anziani non autosufficienti, Disabilità e Riabilitazione e Specialistica ambulatoriale gli atti di fabbisogno risalgono all'anno 2017. Discutibili, inoltre, sono i criteri di calcolo sovente utilizzati per la stima del fabbisogno laddove ci si è limitati al mero calcolo matematico (popolazione di riferimento x indice standard) senza tener conto delle differenze territoriali e del dato di bisogno insoddisfatto, documentabile dalle liste di attesa e dal dato della mobilità passiva. In molti casi la metodologia di calcolo adottata ha generato una distorsione della realtà cui ha fatto seguito la programmazione di un'offerta insufficiente a coprire il reale fabbisogno.

3. Tetti di spesa: in conseguenza del piano di risanamento del deficit sanitario[3] e del commissariamento della sanità abruzzese decretato l'11 settembre 2008, da diversi anni le risorse economiche per l'assistenza territoriale sono contingentate. Il Piano di Risanamento attuato dalla Regione Abruzzo comportò la rimodulazione dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera finalizzata a generare un impatto economico di risparmio pari a 48 milioni di euro nell'anno 2008 e 70 milioni di euro nell'anno 2009 da realizzarsi prevalentemente sui servizi erogati dal privato accreditato. Una spesa che, nell'annualità 2012, ha subito ulteriore riduzione del 5%

[1] Secondo le disposizioni di cui all'art. 8-sexies, comma 6, periodicamente le regioni dovrebbe provvedere alla revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e all'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

[2] Delibera Consiglio Regionale Abruzzo 21 dicembre 2004, n. 157/2 - incremento 10% tariffe anno 1999.

per effetto delle politiche di *spending review* introdotte per razionalizzare i processi di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario per recuperare aree di inefficienza.

Ciò che doveva essere un'azione temporanea e circoscritta al rientro dal disavanzo regionale ha, di fatto, prodotto il contingentamento a tempo indeterminato dei tetti di spesa il quale, unitamente al mancato aggiornamento dei fabbisogni, rappresenta la principale causa di incremento delle liste di attesa (con tempi di attesa che per talune prestazioni sono superiori all'anno) e della mobilità passiva.

4. Rete residenziale e semiresidenziale: nell'annualità 2014 la Regione Abruzzo aveva delineato e avviato un ambizioso programma di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale di tipo Residenziale e Semiresidenziale al fine di renderla più coerente con i fabbisogni della popolazione abruzzese e con le opportunità dell'evoluzione della pratica clinica e delle moderne tecnologie. Tenuto conto di ciò, il programma delineava un processo di rimodulazione dell'offerta privata attraverso:

- la riconversione delle strutture in aree assistenziali eccedenti i fabbisogni;

- la definizione di un piano di attivazione di nuove strutture sanitarie a copertura dei fabbisogni insoddisfatti.

Il processo di riconversione avrebbe consentito il potenziamento dell'offerta di prestazioni a vantaggio dei setting assistenziali con fabbisogno insoddisfatto ed altresì migliorato l'appropriatezza delle prese in carico anche grazie all'attivazione di nuovi setting.

Nonostante i diversi provvedimenti giuntali adottati per assentire le istanze di riconversione avanzate dalle strutture private e gli aggiornamenti apportati ai manuali di autorizzazione e accreditamento, la Regione Abruzzo, di fatto, non ha mai reso operativo il programma di riconversione che pure continuava ad essere un obiettivo da attuare tanto da essere inserito in più di una annualità successiva nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria Regionale (DPEFR).

Anche a seguito di quanto emerso nel corso delle attività di consultazione che hanno portato all'adozione degli atti sopra citati, si evidenzia, inoltre, la necessità di programmare e sostenere un sistema integrato di servizi e interventi sociali e sociosanitari rivolti alle categorie più fragili della disabilità e non autosufficienza, che si caratterizzi con il **processo di presa in carico e la capacità di assicurare un insieme di interventi e servizi tra loro complementari che rispondano ai bisogni sociosanitari della persona, del caregiver e del nucleo familiare, attraverso progetti personalizzati con budget di progetto**. La finalità prioritaria individuata è quella di **migliorare la qualità della vita, prevenire e ridurre quanto più possibile l'istituzionalizzazione nonché l'ospedalizzazione e i ricoveri impropri delle persone fragili.**

La Cabina di Regia ha svolto un ruolo essenziale di condivisione e di indirizzo delle aree tematiche e delle linee programmatiche, evidenziandone i punti di forza e le criticità

su cui intervenire nella programmazione PSR 2022-2024, al fine di migliorare e rafforzare l'intero sistema regionale dei servizi alla persona.

Con riferimento ai temi e target di tale programmazione raccomandati seguenti **obiettivi e risultati di medio lungo termine**:

- Rafforzare il sistema di accesso in ambito sociale;

- Rafforzare il progetto individuale di vita come modello di presa in carico integrato;

- Rafforzare e semplificare l'accesso (PUA), la valutazione multidimensionale del bisogno sociosanitario (UVM) e la presa in carico in ambito;

- Incrementare le dimissioni protette;

- Incrementare i beneficiari rispetto all'utenza svantaggiata, non autosufficienti e persone con disabilità;

- Garantire un'adeguata copertura del trasporto scolastico e sociale disabili (L.R. 78/78 e altre misure a supporto di Comuni e ADS)

- Incrementare percorsi integrati di assistenza scolastica- formazione-lavoro e autonomia.

3 - ARTICOLAZIONE RETE TERRITORIALE NELLA REGIONE ABRUZZO

La rete territoriale socio-sanitaria della Regione Abruzzo è così articolata:

- 4 Aziende Sanitarie Locali
- 63 distretti sanitari
- 17 presidi ospedalieri
- 24 Ambiti distrettuali sociali

L'Ambito Territoriale Sociale, in particolare, è l'assetto territoriale previsto dalla L. n. 328/2000, ed è composto da un'aggregazione intercomunale e rappresenta la sede della programmazione, concertazione e coordinamento degli interventi, dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, rese a livello locale. In Regione Abruzzo, gli **Ambiti distrettuali sociali (ADS)** sono attualmente n. **24** e garantiscono la programmazione sociale e socio-sanitaria a livello locale, in raccordo con i distretti sanitari, al fine di ottenere la massima efficacia della presa in carico del cittadino. L'attuale definizione territoriale degli ADS è stata approvata con **Deliberazione del Consiglio regionale n. 70/3 del 09/08/2016**, su proposta della Giunta Regionale (deliberazione n. 475/C del 21 luglio 2016), attuando **la coincidenza fra Ambiti sociali e Distretti sanitari**, con l'obiettivo di garantire e potenziare l'integrazione socio-sanitaria salvaguardando, comunque, l'unitarietà del processo di programmazione a livello di Ambito Sociale.

In ogni ADS è stato individuato un **Ente Capofila (ECAD)** che rappresenta l'ambito sociale - sia esso mono-comunale o pluri-comunale - che esercita la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano.

Il **Piano sociale di ambito distrettuale** è lo strumento di intervento a livello territoriale grazie al quale in ciascun Ambito vengono specificate le previsioni del Piano sociale regionale e stabilite le modalità di attuazione degli obiettivi e di funzionamento dei servizi (art. 6, L.R. 22/1998).

4 - I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

La nuova programmazione sociale nazionale 2021-2023 si configura come una pianificazione modulare ed in progress e che si fonda su ***livelli essenziali di prestazioni sociali*** (LEPS) che già a partire dalla L. 328/2000 hanno avuto un percorso inizialmente *sperimentale* e progressivamente *esperienziale* e di *consolidamento* nei diversi contesti nazionali (ed anche all'interno delle stesse Regioni).

Negli ultimi cinque anni vi è stata una maggiore condivisione delle politiche sociali in atto tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni, i Comuni (ANCI) e gli Ambiti Distrettuali Sociali (ADS).

I nuovi LEPS che sono stati individuati nel PSN 2021-2023 sono i seguenti:

a. Applicazione omogenea ISEE;
b. Servizio sociale professionale e segretariato sociale;
c. Pronto intervento sociale;
d. Valutazione multidimensionale e progetto individuale;
e. Supervisione del personale dei servizi sociali;
f. Dimissioni protette;
g. Prevenzione allontanamento familiare (PIPPI);
h. Presa in carico sociale-lavorativa.

In virtù di ciò, la nuova programmazione regionale promuove a livello territoriale le azioni di potenziamento dei LEPS e recepisce l'impostazione del riparto delle risorse finanziarie del PSN 2021-2023 per Macro-attività e Area di intervento, tenendo contestualmente conto delle peculiarità di bisogno sociale evidenziati nel profilo sociale e del sistema consolidato dei servizi alla persona programmati e realizzati a livello locale dagli ambiti distrettuali sociali attraverso servizi e interventi dei propri piani distrettuali sociali.

Gli interventi per la non autosufficienza

Con riferimento alla **non autosufficienza attraverso il Piano Nazionale per la Non autosufficienza si effettua la** programmazione nazionale per il riparto delle risorse afferenti al **Fondo per le Non Autosufficienze (FNA)** che individua, nei limiti di tali risorse, lo sviluppo degli interventi, misure ed azioni previste **ai fini della graduale attuazione dei LEPS**.

Il **PNNA** per il triennio **2022-2024** è stato approvato con **DPCM del 3.10.2022** e pone in capo agli Ambiti territoriali degli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio per

sostenere la progressiva attuazione del LEPS di Processo '***Percorso assistenziale integrato'***:

- **Obiettivi di Servizio 2022**: Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2023**: Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2024**: Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

Il Tavolo Tecnico regionale per la non autosufficienza e la disabilità, istituito presso la Regione Abruzzo, deve esaminare gli accordi interistituzionali attualmente in essere e gli strumenti di valutazione in utilizzo al fine di renderli funzionali al raggiungimento degli obiettivi del triennio, coerentemente con le azioni di sistema rimaste in capo al MLPS**.**

Il percorso assistenziale integrato rappresenta il LEPS di processo secondo cui, per ogni persona presa in carico, dovrà attivarsi la UVM svolta dalle équipe sociosanitaria insediata presso i PUA, al fine di individuare i servizi che garantiranno l'assistenza dovuta.

I LEPS, come declinati nella legge di bilancio n. 234 del 2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti.

Nelle more dell'ormai prossima approvazione degli atti legislativi conseguenti alla L. 227/2021 ("Legge delega in materia di disabilità"), le erogazioni dei servizi alle persone con disabilità sono individuati quali obiettivi di servizio.

- persone con disabilità gravissima
- persone anziane (ultrasessantacinquenni) non autosufficienti con alto bisogno assistenziale
- persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e persone con disabilità grave
- persone con disabilità grave
- persone anziane con ridotta autonomia e rischio di emarginazione

Le risorse afferenti il FNA sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria volti a promuovere **la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza** e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali; tali prestazioni e servizi non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari:

- **Prestazioni di assistenza indiretta**
  - ADI – Assistenza domiciliare integrata
  - ADS – Assistenza domiciliare socioassistenziale
  - Telesoccorso e Teleassistenza
  - Servizi Sociali di sollievo (Pronto intervento per l'emergenza, interventi a carattere residenziale temporaneo, interventi semiresidenziali e diurni di supporto al caregiver familiare; trasporto sociale)
  - Servizi sociali di supporto (per favorire incontro di domanda e offerta lavoro di cura)
- **Prestazioni di assistenza diretta**: prestazioni economiche per l'assistenza indiretta mediante l'acquisto di prestazioni e servizi (Assegni di cura)

Ai sensi dell'art. 1, c. 168 della L. 234/21 gli interventi a sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima sono finanziati dal FNNA fino al soddisfacimento della platea delle persone con disabilità gravissima, individuata all'articolo 3, del D.M. 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione (come stabilito all'art. 2, comma 6 del DPCM 3 ottobre 2022).

Nel caso di risorse insufficienti per la piena soddisfazione delle richieste, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50 mila euro e a 65 mila euro in caso di beneficiari minorenni; l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria; nel caso di parità di posizione nelle graduatorie redatte dagli ECAD, in presenza di risorse insufficienti alla piena soddisfazione delle richieste ammissibili, viene data priorità d'accesso ai richiedenti con ISEE sociosanitario più basso.

L'offerta di servizi di cui all'articolo 1, comma 162 della legge n. 234 del 2021 può essere integrata o surrogata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza; tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare 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. Ai fini dell'erogabilità i

contributi devono essere ricompresi tra gli interventi previsti nel Piano Individualizzato Assistenziale.

Il PNNA 2022-2024 introduce tra i LEPS **i servizi sociali di sollievo e i servizi sociali di supporto per favorire l'incontro domanda offerta lavoro di cura** per i quali si rende necessario l'attivazione di punti informativi e il convenzionamento con enti autorizzati all'erogazione dei servizi assistenziali, nonché quelli autorizzati a fornire ausilio alle famiglie per gli adempimenti contrattuali, fiscali e normativi previsti in materia di assunzione di assistenti familiari (es. Patronati e CAF); sarà necessaria anche l'organizzazione di appositi registri locali degli assistenti familiari.

Tali misure ed azioni vengono declinate sul territorio regionale nel **PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA** (DGR n. 149 del 20.03.2023) attraverso **interventi e servizi che devono garantire i LEPS individuati nel PSN 2021-2023**, come sopra illustrati, con l'obiettivo prioritario di perseguire ed assicurare la coesione sociale attraverso:

- **il contrasto alle fragilità**
- **la riduzione dell'emarginazione sociale**
- **la prevenzione e la riduzione dell'istituzionalizzazione e dell'allontanamento dal proprio domicilio e contesto sociale**
- **l'inclusione della persona in un contesto familiare e di vita appropriato alle esigenze individuali di carattere socio-familiare, economico-lavorativo, sanitario e sociosanitario.**

Focus sulle priorità del PSN 2021-2023 recepite nella programmazione sociale 2022-2024

Il Piano sociale nazionale 2021-2023, in continuità con i precedenti, ha come obiettivo il benessere sociale della popolazione attraverso lo strumento del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Con specifico riferimento alle azioni che fanno riferimento al FNPS (Fondo Nazionale Politiche Sociali), si distinguono **due maggiori ambiti di impiego** con i **relativi interventi** considerati **prioritari** nell'ottica della programmazione triennale:

1) **Azioni di sistema**
   ➢ Punti unici di accesso
   ➢ LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali; ➢ LEPS Dimissioni protette
   ➢ Potenziamento professioni sociali
2) **Interventi rivolti alle persone di minore età**
   ➢ LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I. ➢ Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up ➢ Sostegno ai Careleavers
   ➢ Garanzia infanzia

La graduale attuazione dei LEPS e gli obiettivi di servizio del PNA 2022-2024

Il PNA 2022-2024 pone quindi obiettivi di servizio progressivi e complementari per la realizzazione nel triennio di LEPS individuati per la non autosufficienza e la disabilità, omogenei ed uniformi su tutto il territorio regionale, che si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso i PUA, a **tutte le persone non autosufficienti**, in attesa che in esito alla legge n 227/2021 ("Legge delega in materia di disabilità") siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici per le persone con disabilità.

Nella attuale fase di transizione, i **servizi alle persone con disabilità grave** sono considerati quali **obiettivi di servizio**, con un particolare riferimento alla **"Disabilità Gravissima"** (art. 1, comma 168, legge n. 234/2021 – cd. **Legge di Bilancio 2022** e all'art. 2 del DPCM 27 novembre 2017 - Aggiornamento LEA), così come definita dal D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2.

Per quanto attiene i **LEPS di erogazione**, ad ogni Regione è richiesto di individuare la quota percentuale del Fondo annualità 2022 da destinare alla realizzazione dei servizi, e di aumentare la spesa di ogni servizio del 10% con il Fondo 2023 e del 20% con il Fondo 2024.

La Regione Abruzzo, nel piano regionale approvato con DGR 149/2023, ha stabilito di destinare **il 53%** del FNA 2022 a finanziare i servizi di cui all'Art. 1 c. 162, come di seguito dettagliato:

- Lettera a) **Assistenza Domiciliare Sociale e Assistenza Domiciliare Sociale Integrata**: **40%**
- Lettera b) **Servizi sociali di sollievo: 12%**
- Lettera c) **Servizi sociali di supporto: 1%;**

Il PNA stabilisce che tali quote percentuali devono essere aumentate, per ogni servizio, del 10% nella spesa del FNA 2023 e del 20% in quella del FNA 2024.

La Regione ha fissato nel **47%** la spesa destinata **ai contributi economici per l'assistenza indiretta** previsti al comma 164 quale spesa del FNA 2022; tale quota deve essere conseguentemente aumentata del 10% nella spesa del FNA 2023 e del 20% in quella del FNA 2024.

Il piano regionale, inoltre, stabilisce che, al fine di dare attuazione all'art. 2, comma 6 del DPCM 3 ottobre 2022, gli Ambiti Distrettuali Sociali destinano una quota pari ad almeno il 49% del fondo annuale loro trasferito agli interventi e servizi a favore delle persone con disabilità gravissima, come individuate all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle

affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione; eventuali risorse che residuano al soddisfacimento della platea innanzi individuata, possono essere utilizzate per finanziare gli altri servizi previsti nel piano regionale secondo le necessità rilevate localmente

Sempre riferimento alle risorse **destinate alla realizzazione dei LEPS di processo e di erogazione o obiettivi di servizio** secondo quanto disposto dall'art. 1, co.162 e seguenti della legge di bilancio 234/21, per la Regione Abruzzo è previsto il trasferimento di:

- **€ 18.660.000 relativi all'annualità 2022,**
- **€ 18.976.000 per l'annualità 2023**
- **€ 20.120.000 per l'annualità 2024,**

Resta fatto salvo il trasferimento di ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze".

Dalla lettura dei dati dell'ultimo aggiornamento del monitoraggio del *"bilancio sociale regionale"* del 2019 (dati al 31.12.2018 ultimo anno PSR 2016/2018) risulta il raggiungimento di una platea di beneficiari, costante negli anni, di oltre 5000 persone in situazione di non autosufficienza o che presentano una disabilità grave, dei quali circa 1.800 con *"disabilità gravissima.*

Negli anni, in linea con gli obiettivi e le possibilità date dalle programmazioni del PNNA, è stato registrato un progressivo aumento delle richieste di assistenza indiretta mediante assegni di cura nonché un progressivo aumento delle richieste ai Comuni per il rimborso della quota di spesa sociale delle rette degli enti accreditati a livello regionale ed extraregionale per l'assistenza semiresidenziale e residenziale per le persone non autosufficienti con bisogno assistenziale alto e molto alto.

In Abruzzo, come riporta il PSR 2022/2024 la progressiva costruzione di un nuovo welfare regionale, partendo dagli indirizzi e dalle azioni della legge quadro 104/92 sulla disabilità, dalla legge 328/2000 e della normativa successiva e complementare per la disabilità e la non autosufficienza, oltre che dal rafforzamento dei principi e dei diritti universali delle persone con disabilità e svantaggio sociale (Convenzione ONU 2006), **si fonda sulla capacità di valutazione del bisogno e di *presa in carico*,** prendendo a riferimento le indicazioni programmatorie del D.M. 26 settembre 2016 che pone le basi per una concreta applicazione dei principi universali della Convenzione ONU sulla disabilità del 13 dicembre 2006 (L. 18/2019).

Le linee guida nazionali del PNA 2019-2021 (DPCM 21.11.2019), già recepite dalla Regione Abruzzo con DGR n. 707 del 17.11.2020 danno un maggior risalto alla capacità di una ***presa in carico mirata***, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi e appropriati tipi di prestazioni e di interventi.

La valutazione del bisogno di cura, come detto, viene effettuato da parte **dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** in cui sono presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando scale già applicate e validate scientificamente presso le regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, *nella prospettiva della classificazione ICF*, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o di chi ne fa le veci.

Per tale ragione si lavora verso **il potenziamento delle procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico** .

Veniamo ad esaminare più da vicino le seguenti **priorità** individuate dal **PSR 2022-2024:**

a) l'accesso al sistema di servizi ed interventi sociosanitari, con modalità di accoglienza ed accettazione integrata **(P.U.A).** A livello di Ambito/Distretto continuano a trovare applicazione gli standard generali già individuati dal PSR per l'adozione del regolamento di accesso alle varie forme di assistenza sociosanitaria;
b) **la valutazione multidimensionale integrata** del bisogno sociosanitario, anche attraverso l'impiego di strumenti e modalità comuni di lettura e di valutazione integrata sociosanitaria multiprofessionale e multidimensionale **(UVM)**;
c) la definizione del **progetto individualizzato e del budget di progetto**, dei costi per le diverse tipologie di servizi e prestazioni, in un quadro unitario di riferimento esteso anche ai criteri ed ai livelli di compartecipazione dei cittadini ai costi sostenuti, delle risorse sociali, sociosanitarie e familiare (caregiver familiare, dell'assistenza familiare e altra risorsa);
d) la verifica e la valutazione degli esiti di salute, con individuazione degli indicatori appropriati e dei dati di interesse in grado di **garantire il monitoraggio delle attività realizzate** e di supportare le successive scelte di programmazione sociosanitaria.

I PUA - Punti Unici di Accesso

L'art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021 prevede che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscano alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

Il servizio PUA, rappresenta la porta unitaria di accesso agli interventi ad elevata intensità **sociosanitaria** del territorio, e viene declinato a livello regionale attraverso

l'organizzazione del servizio integrato presso l'Ambito Distrettuale Sociale (ADS) ed il competente DSB territoriale.

Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria.

Il mezzo per sostenere gli Ambiti territoriali nel raggiungimento del LEPS di processo è rappresentato dal **potenziamento dei PUA,** mediante l'assunzione a tempo indeterminato esclusivamente di personale con qualifica di carattere sociale (assistenti sociali, psicologi, educatori, sociologi, etc.) da destinare ad operare presso i PUA collocati nei Distretti Sanitari, con spesa a carico del FNA.

Le risorse finanziarie destinate ai PUA

Le risorse messe a disposizione dal FNA nel triennio e destinate al rafforzamento delle professionalità sociali nei PUA stabilito all'art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021 per la **Regione Abruzzo** ammontano ad € 480.000 per l'annualità 2022 finalizzati all'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 unità e ad € 2.000,000 rispettivamente per il 2023 e per il 2024 per l'assunzione a tempo indeterminato di 50 unità per ciascuna annualità.

La Regione nella programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2022-2024 e con la programmazione del FNNA, si pone l'obiettivo di individuare e consolidare, nel triennio, modalità uniformi di presa in carico e di valutazione del bisogno sociale e socio-sanitario.

Essenziale risulta e risulterà il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico con il PUA e L'UVM.

Focus: La valutazione multidimensionale come LEPS di processo

La Regione, nella programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2022-2024 e con la programmazione del FNNA, si pone l'obiettivo di individuare e consolidare, nel triennio, modalità uniformi di presa in carico e di valutazione del bisogno sociale e socio-sanitario. Essenziale risulta il lavoro di raccordo tra i servizi per la presa in carico e l'orientamento (servizio sociale professionale e segretariato sociale) con il PUA (per gli aspetti organizzativi e procedurali) e con la UVM che garantisce la valutazione del bisogno ad elevata intensità socio-sanitaria del territorio.

La valutazione multidimensionale è garantita nell'ambito delle macro fasi del *Percorso assistenziale integrato (*accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute) dalle équipe integrate da personale

appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Distrettuali Sociali, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

La valutazione multidimensionale deve essere effettuata mediante strumenti validati già in uso alle Unità di Valutazione Multidimensionale; lo strumento di valutazione maggiormente utilizzato risulta essere la scheda S.Va.M.Di., integrata con altri strumenti (MSQ, IADL, SVAMA, AIL, BARTHEL e BARTHEL modificato, oltre al test dell'assertività di Gillan) di ausilio per misurare l'intensità del bisogno assistenziale.

Focus: il progetto individualizzato e il Budget di progetto

L'art. 14, comma 1 della legge n. 328/00 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") prevede che "*Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato,* ***un progetto individuale***".

L'art. 14, comma 2, definisce i principi per la redazione del progetto e la tipologia dei sostegni da attivare. La nuova formulazione di tale comma, novellato dai D.lgs. n. 66/2017 e 96/2019 sulla riforma della disciplina per l'inclusione degli alunni con disabilità, statuisce: "*Il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del servizio sanitario nazionale, il piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare*".

Si parte da un'analisi che consideri, in positivo, il funzionamento della persona, dalla individuazione delle abilità, anche potenziali, possedute e dall'intervento sugli assi per potenziare anche le funzioni o le abilità meno compromesse. A partire da ciò possono essere, quindi, strutturati anche gli eventuali piani individuali di sostegno. Tali piani devono essere sempre coerenti con gli obiettivi definiti nel progetto di vita che, a sua volta, deve essere idoneo a garantire una presa in carico globale, coordinata e continuativa. Presa in carico che deve tenere conto di una visione olistica della

persona nelle sue varie fasi di vita. Gli stessi piani individuali di sostegno, per esempio PRI (piano riabilitativo individuale); PEI (piano educativo individualizzato); PAI (piano assistenziale individualizzato); progetto per misure ex lege 112/16; etc. non possono mai essere considerati progetti di vita, bensì vanno intesi come piani specifici di sostegno, nei loro singoli ambiti di intervento.

Il tutto quindi è pensato, anche da un punto di vista normativo, affinché, proprio per le persone con disabilità, gli interventi non siano segmentati, se non addirittura, in alcuni casi, tra di loro confliggenti, vanificando l'efficacia e l'efficienza degli stessi. Si pensi, per esempio, proprio alle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo che, in genere, presentano quadri complessi nella costruzione del proprio percorso di vita, dovendosi considerare più fattori - specie quelli che costituiscono barriere - nella loro partecipazione ai propri contesti di vita. L'attivazione di un progetto di vita non può, dunque, essere relegata alla sola risposta di un bisogno assistenziale, spesso di natura emergenziale, ma porta ad una necessaria costruzione di interventi coordinati tra loro che, partendo dalle condizioni di salute, dai bisogni e dalle capacità della singola persona, nonché dai suoi desideri, aspettative e preferenze, valorizzino e sostengano, con i giusti supporti, un percorso unitario e progressivo di acquisizione di autonomie e di bene essere, nella massima misura possibile.

Il processo valutativo e progettuale deve essere connotato da un'impronta fortemente dinamica che, al variare dei contesti e delle stesse caratteristiche della persona, venga costantemente rivisto e riprogrammato nonché opportunamente ricentrato rispetto ali obiettivi di sostengo in precedenza determinati.

Questo intero processo deve necessariamente rappresentare un livello essenziale base che sancisca il diritto di ogni persona con disabilità a poter godere, in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale, di una "presa in carico" pubblica che sia tempestiva, globale e continuativa.

Da tutto quanto sopra discende che **il progetto individualizzato**:

- è lo strumento grazie al quale coordinare, in maniera mirata, i sostegni messi in campo pur se afferenti ai diversi ambiti della vita (es. scuola, famiglia, servizi, etc.) al fine di massimizzarne i benefici e rispondere in maniera complessiva e adeguata ai bisogni ed alle aspirazioni del beneficiario, migliorandone la Qualità di Vita;
- deve poggiarsi su una adeguata valutazione multidimensionale che, tenendo conto dei bisogni, desideri e aspettative della persona con disabilità, deve essere finalizzata alla individuazione degli obiettivi e alla definizione (per qualità, quantità e intensità) degli specifici sostegni necessari a raggiungerli;
- è teso a garantire alla persona beneficiaria la presa in carico globale da parte delle istituzioni nonché la continuità e appropriatezza degli interventi. Obiettivo questo raggiungibile anche grazie a: l'individuazione del responsabile del caso (c.d. case

manager); l'allocazione delle risorse necessarie a garantire la fruibilità dei sostegni (c.d. budget di progetto), nonché la previsione di successivi momenti di verifica.

Quando si parla di progetto di vita, infine, occorre anche fare riferimento agli eventuali specifici atti o regolamenti adottati dalle singole Regioni, volti a riaffermare, pur sempre nel rispetto delle prescrizioni e dei principi contenuti nella norma statale sopra richiamata, il diritto al progetto individuale delle persone con disabilità, entrando, ad esempio, nel merito della modalità di svolgimento della valutazione propedeutica alla sua realizzazione e degli strumenti da utilizzare.

Dal progetto individualizzato è fondamentale definire ***il Budget di Progetto*** che rappresenta l'insieme delle risorse umane, strutturali e progettuali messe in campo in ambito sociale, sanitario e sociosanitario che vengono indicate nel Progetto assistenziale individualizzato (PAI), in cui sono valorizzate oltre alle risorse finanziarie e professionali, anche l'apporto della famiglia e degli altri soggetti collaborano alla sua realizzazione.

Tale budget è quindi utile e necessario a "dar le gambe" al progetto e non può essere la risultante di spese da coprire con finanziamenti spot ora dell'uno ora dell'altro servizio, ma deve caratterizzarsi come un grande paniere di risorse (non solo economiche) in cui le varie Amministrazioni (inclusa la ASL) mettono a disposizione tali **risorse anche per pensare l'attivazione di servizi non rientranti nelle canoniche unità di offerta** e comunque con una tensione alla costruzione di percorsi duraturi nel tempo.

L'art. 14 della legge 328/2000 deve essere oggi riletto, interpretato e traguardato, anche alla luce delle numerose ***pronunce giurisprudenziali*** che nel tempo si sono susseguite e che hanno rafforzato e reso esigibile il diritto di ciascuna persona con disabilità ad avere un proprio progetto individuale di vita, riconoscendo, in alcuni casi, anche una possibile responsabilità per le pubbliche amministrazioni che non dovessero dare seguito a ciò.

Si segnalano alcune tra le più rilevanti:

- **TAR Catania** con **sentenza n. 194/2010** ha dichiarato l'illegittimità del silenzio serbato dal Comune su una richiesta di elaborazione del progetto individuale avanzata da un cittadino con disabilità, condannando l'ente a provvedere entro un brevissimo arco di tempo (30 gg. dalla comunicazione della sentenza).
- **TAR Catanzaro sentenza n. 440/2013**, è stata ulteriormente chiarita la natura, struttura e finalità del progetto individuale, quale strumento da condividere in rete e costruire in base ai reali bisogni e alle peculiarità della persona interessata. La stessa ha evidenziato in modo inequivoco come l'intento del legislatore, nell'approvare la L. 328/00, è stato quello di indicare "un modello di servizi incentrato su un progetto di "presa in carico globale" della persona disabile, che, a differenza delle altre ipotesi di mera erogazione di un servizio

specifico, intende garantire all'utente quel "supplemento di garanzie", che trascende la modalità di "smistamento" della persona all'interno di una gamma di contenitori e si propone l'obiettivo ulteriore di promuovere l'autorealizzazione della persona disabile ed il superamento di ogni condizione di esclusione sociale, avvalendosi anche della metodologia del cosiddetto "lavoro di rete", che punta ad una visione in chiave unitaria dei bisogni della persona con disabilità, mediante lo strumento del "Progetto individuale per la persona disabile", riconducibile al concetto di adattamento ragionevole, espresso dagli artt. 19 e 25, lettera e) della Convenzione per i Diritti Umani per la Persona Disabile del 2006 delle Nazioni Unite, ratificata con legge nazionale 3.3.2009 n. 18, al modello bio-psico-sociale dell'ICF ("International Classification of Functioning"), pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)". In base a tale approccio, quindi, la persona con disabilità non è più un semplice utente di singoli servizi, spesso fra loro scoordinati, ma una persona con le sue esigenze, i suoi interessi e le sue attitudini da considerare, alimentare e promuovere in chiave olistica.

I giudici, inoltre, hanno, sino ad oggi, posto nel nulla eventuali contestazioni sollevate dalle Pubbliche amministrazioni che rifiutavano di elaborare il progetto per mancanza di fondi e risorse finanziarie, per questioni di tipo organizzativo, o per il fatto che la persona già aveva ottenuto l'elaborazione di un progetto specifico (es. PEI, piano riabilitativo, etc.). Proprio in tal senso si segnalano:

- **TAR Catania** con la **sentenza n. 18/2010** ha chiarito che il Progetto Individuale ai sensi dell'art. 14 della Legge 328/2000 non coincide con il P.E.I. realizzato ai fini scolatici o con altre singole progettualità o piani di sostegno specifici, avendo esso una dimensione molto più ampia oltre che una diversa finalità ed essendo realizzato sulla base di una complessiva "valutazione multidimensionale del bisogno" per il tramite di una Unità di Valutazione Multidimensionale.
- **TAR Valle d'Aosta** con **sentenza n. 2/2019** ha ribadito che il diritto al progetto individuale non tollera limitazioni di natura organizzativa (nello specifico caso, il minore richiedente, avrebbe dovuto attendere la fine di una iniziale fase di sperimentazione realizzata con un primo gruppo di persone per accedere anch'esso al percorso di elaborazione del Progetto Individuale) e deve essere, quindi, sempre soddisfatto con immediatezza e pienezza, partendo dall'assunto che il progetto in questione è strumentale e funzionale al godimento di diritti incomprimibili.
- **Consiglio di Stato** con **sentenza n. 1/2020** ha chiarito che il principio dell'equilibrio di bilancio non può giustificare il diniego dell'Amministrazione a garantire gli interventi risultanti dalla valutazione multidimensionale (addirittura anche se il Progetto Individuale non è stato ancora materialmente

redatto) e che "*una volta individuate le necessità dei disabili tramite il Piano individualizzato, l'attuazione del dovere di rendere il servizio comporti l'attivazione dei poteri-doveri di elaborare tempestivamente le proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno e, comunque, l'attivazione di ogni possibile soluzione organizzativa*."

Con particolare riguardo al diritto ad avere un **progetto individuale integrato anche con le misure relative al "durante e dopo di noi**" si segnalano anche le **sentenze gemelle del TAR Catania (n. 2782 e 2783 del 2019)** con le quali i giudici hanno chiarito che il Progetto Individuale deve essere realizzato con il pieno coinvolgimento della persona con disabilità beneficiaria e contemplare i suoi bisogni, desideri e aspettative in tutte le sue fasi, anche successive di verifica e monitoraggio e contenere anche tutti gli elementi necessari fra cui l'indicazione del case manager, dei momenti e delle modalità di verifica e monitoraggio e degli indicatori di esito per la verifica del raggiungimento degli obiettivi. Infine, anche rispetto alla possibile responsabilità di un eventuale rifiuto nell'elaborazione del progetto individuale, è utile ricordare anche la sentenza del TAR Catania n. 559/2019: se l'amministrazione competente non provvede alla stesura del Progetto Individuale, infatti, secondo i giudici può addirittura configurarsi il reato di rifiuto di atti di ufficio - omissione nonchè la responsabilità per danno erariale. Le sentenze sopra ricordate si soffermano, in particolar modo, sul diritto ad avere un progetto individuale partecipato e completo di ogni suo elemento, nel momento in cui esso viene richiesto.

La giurisprudenza ha altresì stabilito e ribadito con una recente pronuncia la **risarcibilità del danno non patrimoniale derivante dalla mancata predisposizione del progetto individuale (cfr. T.A.R. Reggio Calabria, sez. I, n.748 del 05.10.2023**) riconoscendo "*il risarcimento del danno non patrimoniale patito dai genitori e dal figlio disabile, quale conseguenza diretta e immediata della mancata evasione dell'istanza tendente alla predisposizione in favore di quest'ultima, riconosciuta portatrice di "handicap in situazione di gravità", ex art. 3 comma 3 l. n. 104 del 1992, del cd. progetto individuale di vita di cui all'art. 14 l. n. 328 del 2000, che ciascun comune di riferimento deve predisporre, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, nell'ambito delle risorse all'uopo rese disponibili, su richiesta dell'interessato".*

Focus sulla legge delega n. 227/21 e sul progetto individualizzato e partecipato

La legge 22 dicembre 2021, n. 227 ha delegato il Governo ad adottare, entro il 15 marzo 2024, uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni in materia di disabilità. Attualmente, prosegue l'iter dello schema di decreto legislativo 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" su cui lo scorso 11 gennaio 2024 è stata sancita l'intesa in sede di conferenza Unificata.

Tale decreto porterà a garantire alla persona con disabilità di ottenere il riconoscimento della propria condizione, anche attraverso una valutazione della stessa congruente, trasparente e agevole che consenta:

- il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa;
- l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione;
- 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.

Il decreto legislativo interviene in specifici ambiti al fine di ridefinire la valutazione con cui individuare la condizione di disabilità (secondo il nuovo approccio bio-psico-sociale dell'ICF) e con cui valutare anche come sostenere la persona nei vari contesti di vita secondo un processo unitario di vita, provvedendo, nello specifico a:

1) Introdurre una definizione della condizione di disabilità coerente con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità anche integrando la legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché una definizione di «profilo di funzionamento» coerente con l'ICF e con le disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e che tenga conto dell'ICD e di accomodamento ragionevole.

2) Disciplinare l'accertamento della condizione di disabilità e la revisione dei suoi processi valutativi di base prevedendo che la valutazione di base accerti la condizione di disabilità e le necessità di sostegno, di sostegno intensivo o di restrizione della partecipazione della persona ai fini dei correlati benefici o istituti unificando in un'unica procedura del processo valutativo di base gli accertamenti afferenti all'invalidità, cecità e sordità civile, inclusione scolastica, lavorativa, alla concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, delle valutazioni utili alla definizione del concetto di non autosufficienza e delle valutazioni relative al possesso dei requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità.

La valutazione di base punta, quindi, ad accertare la condizione di disabilità delineando il funzionamento non focalizzandosi solo sulle strutture e funzioni corporee ma anche sulle attività e partecipazione in termini di capacità e performance e tenendo conto dei fattori di contesto.

Tutto ciò conduce a non focalizzare più l'attenzione «sulla gravità» della «menomazione», ma su quanto sia intensa sia la necessità di sostegno per assicurare la partecipazione della persona nei contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri.

3) Delineare la valutazione multidimensionale della disabilità, distinta e successiva alla valutazione di base, volta alla realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato teso ad individuare i supporti coordinati tra loro tesi a sostenere la persona nei vari contesti di vita.

Nello schema di decreto legislativo, sono, in atto, riaffermati e rinsaldati i seguenti **principi e diritti**:

- Diritto al progetto individuale, personalizzato e partecipato:

Il progetto costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale;

- Multiprofessionalità e interistituzionalità:

La valutazione multidimensionale è realizzata dalle unità di valutazione multidimensionali, sulla base di un approccio multidisciplinare, e assicura l'integrazione degli interventi di presa in carico, di valutazione e di progettazione da parte delle amministrazioni in ambito sanitario, sociosanitario e socio-assistenziale. Nella valutazione sono individuate le barriere e i facilitatori che incidono sui contesti di vita;

- Il progetto è della persona con disabilità e non per la persona:

La persona è titolare del suo progetto, e deve essere sempre garantita la partecipazione della persona con disabilità e di chi la rappresenta a tutto il percorso, dalla valutazione multidimensionale, all'elaborazione del progetto e alla sua attuazione, nonché alle successive verifiche e rimodulazioni.

- Autodeterminazione e supporto alla presa di decisione

La partecipazione della persona con disabilità è garantita adottando gli accomodamenti ragionevoli necessari a consentire la sua piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili d l'effettiva individuazione ed espressione della sua volontà con modalità tali da garantire la soddisfazione della persona interessata secondo i suoi obiettivi, desideri, le sue aspettative e le sue scelte

Tutto ciò anche quando se vi è una misura di protezione giuridica o abbia necessità di sostegni ad altissima intensità (cfr. progetto *Capacity - la Legge è eguale per tutti!*);

- Il progetto non è la somma dei servizi da erogare alla persona:

1) il progetto individua gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure i sostegni e gli accomodamenti ragionevoli che devono garantire l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, migliorando le condizioni personali e di salute della persona nonché la qualità di vita nei suoi vari ambiti, garantendo la partecipazione sociale, garantendo la possibilità di scegliere il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa;

2) il progetto assicura l'esercizio dei diritti all'affettività e alla socialità, ed è diretto ad individuare i sostegni e servizi per l'abitare in autonomia e modelli di assistenza personale autogestita che supportino la vita indipendente delle persone con disabilità in età adulta, favorendone la deistituzionalizzazione e prevenendone l'istituzionalizzazione;

- Continuità del progetto

Il progetto è attuato con continuità anche in caso di spostamento su altro territorio da parte della persona con disabilità.

In tal modo è riconosciuto alla persona con disabilità la possibilità di continuare a fruire dei supporti e sostegni riconosciuti nel suo progetto individuale ove si sposti da un luogo all'altro (es. in caso di cambio di residenza) garantendo la coerenza nel supporto e nei servizi ricevuti anche in nuovi contesti e rafforzando il diritto di scegliere liberamente dove vivere favorendo il controllo sulla propria vita.

- Case manager

Sono individuate le figure professionali (case manager) aventi il compito di curare la realizzazione del progetto, monitorarne l'attuazione e assicurare il confronto con la persona con disabilità e con i suoi referenti familiari.

Il case manager è la figura che le parti scelgono, all'interno del progetto per coordinare l'esecuzione dello stesso. Quindi tutti coloro che sottoscrivono e condividono il progetto si impegnano a riconoscere tale figura ed a dar seguito alle indicazioni della stessa nell'esecuzione del contratto/progetto.

L'investitura formale dei poteri del case manager si ha con l'individuazione dello stesso nel progetto individuale sottoscritto dalle varie parti.

Una volta avvenuta tale investitura ed essendoci stata l'accettazione dell'incarico da parte del case manager che accetta lo stesso con sottoscrizione del medesimo progetto, ha il potere di dirigere l'esecuzione del progetto stesso.

- Coinvolgimento degli gli enti del terzo settore

Nell'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato è garantito il coinvolgimento gli enti del Terzo settore.

Lo scopo di tale coinvolgimento è duplice, in quanto gli enti di terzo settore possono, da un lato, arricchire il percorso di valutazione ed elaborazione del progetto essendo detentrici di esperienze e competenze e, dall'altro, offrire le proprie risorse per l'attuazione del progetto stesso, contribuendo alla realizzazione di un progetto soddisfacente per la persona coinvolta.

- Budget di progetto

Anche grazie alle numerose pronunce giurisprudenziali, è ormai acquisito che il budget di progetto è parte integrante del progetto individuale e non è quindi solo relativo all'attivazione delle misure per il «durante, dopo di noi».

Ma oggi anche il budget di progetto è oggetto di ulteriore declinazione all'interno della l.n. 227/2021 essendo stato previsto che con il decreto delegato di prossima emanazione si dovranno «indicare 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, volte a dare attuazione al progetto medesimo, stabilendo ipotesi in cui lo stesso, in tutto o in parte, possa essere autogestito, con obbligo di rendicontazione secondo criteri predefiniti nel progetto stesso, nonché prevedere che, nell'ambito del progetto siano individuati tutti i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire il superamento delle condizioni di emarginazione e il godimento, su base di eguaglianza con gli altri, dei diritti e delle libertà fondamentali e che la loro attuazione sia garantita anche attraverso l'accomodamento ragionevole di cui all'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità».

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

Sul territorio della Regione Abruzzo, dall'esperienza diretta delle famiglie di persone con disabilità, viene riscontrato e segnalato che, ad eccezione di sporadici ed isolati «casi», non ci sono progetti individuali di vita ex art.14 l.n. 328/00 redatti secondo sistemi scientificamente validati, secondo il modello bio-psicosociale e che consentano di definire l'effettivo budget di progetto. Le UVM sono decisamente sottodimensionate rispetto al lavoro da svolgere e questo genera ritardi e problemi.

La mancanza di un progetto individuale elaborato conformemente alle indicazioni di legge determina, tra l'altro, la mancanza di continuità tra i sostegni ed i servizi nel passaggio dalla scuola alla maggiore età oltre che mancanza di continuità degli interventi nel tempo, anche in relazione al "Dopo di noi".

Ad oggi, inoltre, si registra che il PEI, il progetto di vita indipendente (L.R. 57/12), i percorsi del "Durante e Dopo di Noi", i servizi di cui la persona con disabilità usufruisce, non confluiscono in un più ampio e completo Progetto individuale, come invece previsto dalla normativa e imposto dalla ratio della disciplina in materia, con conseguente impossibilità di coordinare gli interventi e monitorare gli esiti nel tempo a discapito della qualità di vita dei beneficiari, dispendio di risorse e impossibilità di pianificare future allocazioni.

Proprio nell'ottica del rafforzamento della rete sociosanitaria territoriale, è fondamentale, con riferimento alla *disabilità gravissima* e *non autosufficienza*, **potenziare il confronto e la condivisione delle modalità e procedure di presa in**

carico, ma soprattutto **rendere pienamente condivisi ed uniformi i processi e gli strumenti di individuazione del target di valutazione e misurazione del bisogno socio-assistenziale e socio-sanitario**.

5 - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

L'art. 22, secondo comma, lett. g) della L.328/2000 individua tra gli interventi che costituiscono livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, anche gli interventi in favore di persone anziane e persone con disabilità, volti a favorire la permanenza della persona presso il proprio domicilio.

Dunque, **l'assistenza domiciliare rappresenta un livello essenziale delle prestazioni sociali e costituisce un diritto soggettivo non comprimibile nemmeno da esigenze di bilancio e/o organizzative**.

Successivamente, con l'istituzione del **Fondo per la non autosufficienza** (L. 296 del 27.12.2006 art.1, comma 1264) si è provveduto a rafforzare, tra l'altro, i servizi socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, proprio al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Fondamentale in tale contesto è, infatti, il **Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016**, con il quale vengono ripartite alle Regioni le risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.

In particolare, detto decreto individua prioritariamente l'attivazione dei seguenti interventi:

1. Attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente o alla famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
2. Supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma1, lettera b), e in tal senso monitorati;
3. Supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire da ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di individuale nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

Riordiamo come l'art. 3 del Decreto del 26 settembre 2016 stabilisce che le Regioni debbano utilizzare le risorse del Fondo prioritariamente, e **comunque per una quota non inferiore al 40%, per finanziare gli interventi in favore delle persone con disabilità gravissima[4],** ivi inclusi quella a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

L'assegnazione delle risorse del Fondo a ciascuna regione è stata subordinata alla stesura di un piano regionale per la non autosufficienza.

Focus sulla Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo ha di recente approvato e definito gli "**Indirizzi applicativi del Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024**"[5]; documento, questo, che fornisce agli Ambiti Distrettuali Sociali le linee di indirizzo per l'attuazione degli interventi e servizi programmati nel piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024.

---

[4] Per persone con disabilità gravissima si intendono le persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento o sono definite non autosufficienti in base alla tabella di cui all'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e che si trovano in una delle seguenti condizioni:
a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;
b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale
(AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr
mod;
f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a
1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz
nell'orecchio migliore;
g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;
i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

[5] Sul punto, occorre precisare che il suddetto documento ha recepito quasi integralmente le istanze ed osservazioni proposte dal Tavolo tecnico regionale per la non autosufficienza e la disabilità ed inviate nel mese di dicembre 2023 all'Ufficio Tutela Sociale, coerentemente con l'approfondimento elaborato da Anffas Nazionale riguardo al documento con cui è stato adottato il PNA e ripartito il relativo fondo.

Più nello specifico, si evidenziano i principali interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissima e per le persone in condizione di disabilità grave.

Gli interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissima (tra cui le persone con SLA e le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle con morbo di Alzheimer in tale condizione)

Sostegno al caregiver - contributi per il genitore-caregiver che assiste minori con malattia rara in condizioni di gravissima disabilità

Sulla scorta della **L.R. n. 43 del 27.12.2016** (*Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare* – persona che presta volontariamente cura e assistenza) la Giunta Regionale Abruzzo con **DGR n. 767 del 13/11/2021** ha approvato i criteri e modalità per la erogazione di contributi economici, per l'anno 2023, finalizzati al **riconoscimento e alla valorizzazione del lavoro di cura del genitore-caregiver che assiste minori con una malattia rara e in condizioni di disabilità gravissima**.

Con determinazione dirigenziale del Servizio Tutela Sociale Famiglia n. DPG023/176 del 15/11/2023 è stato approvato il relativo Avviso rivolto alle famiglie residenti nella Regione Abruzzo.

Tale intervento persegue l'obiettivo di favorire il più possibile la **permanenza nel proprio domicilio** dei minori con una malattia rara che determina disabilità gravissima, riscontrabile da una condizione di dipendenza vitale per la quale è necessaria un'assistenza domiciliare continua nelle 24 ore, mediante un sostegno economico al genitore inoccupato o disoccupato impegnato nel lavoro di cura.

Assegno di cura e per l'autonomia

Si tratta di un sostegno che presenta un carattere sostitutivo dei servizi e che, nella definizione adottata dal DM 26 settembre 2016, si sostanzia nel «*supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato*».

È sempre contemplata la possibilità di erogazione di natura economica al caregiver familiare se inserito nel PAI e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza, quindi rientrante nei servizi offerti alla persona. Il caregiver individuato deve essere in grado di assistere la persona con disabilità gravissima.

Gli assegni economici di cura rivolti ai beneficiari con **disabilità gravissima,** come individuati all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016, e alle persone con sclerosi laterale amiotrofica e a quelle con stato di demenza molto grave, tra cui quelle con morbo di Alzheimer in tale condizione:

- devono essere previsti tra gli interventi del PAI predisposto dall'equipe multidisciplinare;
- possono essere modulati sulla base di altri servizi inclusi nel Progetto Personalizzato;
- devono essere ancorati ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi assistenziali, ad eccezione di quelli prettamente sanitari comunque resi, deve prevedere un **trasferimento di almeno € 400,00 mensili per 12 mensilità;**
- nel corso del triennio le erogazioni devono deve essere progressivamente sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma voucher o buoni per l'acquisto di servizi.

L'entità del sostegno economico è condizionata al grado dell'intensità del bisogno assistenziale, al grado di consistenza della rete dei servizi sociali e sociosanitari di supporto e della rete familiare nonché all'ISEE. Si precisa che, nel caso di risorse insufficienti per la piena soddisfazione delle richieste, le soglie di accesso, non possono essere inferiori a 50 mila euro e a 65 mila euro in caso di beneficiari minorenni, ricordando che l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria[6].

Occorre evidenziare che l'erogazione degli assegni di cura è condizionata alla sottoscrizione di apposito **Accordo di fiducia** tra l'ADS erogatore e il beneficiario o chi lo rappresenta.

L'Ambito Distrettuale Sociale è tenuto a verificare il rispetto degli impegni in esso contenuti e a monitorare periodicamente l'andamento degli interventi tramite una figura di raccordo con la famiglia del beneficiario, denominato Case Manager, così come dettagliato nel progetto assistenziale personalizzato che contiene le modalità di presa in carico ed il budget di progetto redatto a seguito di valutazione del bisogno da parte della UVM.

- Attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare (ADSA), al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

[6] Accanto al c.d. ISEE ordinario, che contiene le principali informazioni sulla situazione anagrafica, reddituale e patrimoniale del nucleo familiare nella sua interezza, il DPCM n. 159/13 prevede la possibilità di utilizzare, in determinate ipotesi, il c.d. ISEE socio-sanitario o "ristretto". In particolare, l'art. 6 di detto decreto stabilisce che, con riguardo alle "prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria", le persone maggiorenni possono scegliere un nucleo più ristretto rispetto a quello ordinario e che, potrebbe, in mancanza di coniuge e figli, anche coincidere con il solo beneficiario.

- interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel PAI, ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea;
- servizio di telesoccorso e tele assistenza che consente interventi tempestivi durante l'intero arco della giornata. Il servizio può anche essere integrato e complementare alle azioni poste in essere in ambito distrettuale a livello sociosanitario (es. Telemedicina) e prevista dai progetti in fase di realizzazione, purché regolati da protocolli specifici operativi da cui risultino chiaramente le diverse competenze e le azioni e relative misure finanziarie a cui afferiscono gli interventi, da indicare nel PAI.

Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave (anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato)

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.). Il servizio fornisce prestazioni socioassistenziali e sanitarie erogate a domicilio, a persone con disabilità e anziane non autosufficienti, al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano non autosufficiente e la persona con disabilità grave nel proprio ambiente di vita.
- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (A.D.S.A.). Il servizio è rivolto a persone con disabilità gravi e anziane non autosufficienti che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.
- SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE. Il servizio consiste in prestazioni strutturate, finalizzate a soddisfare esigenze personali connesse con la vita di relazione, con la fruibilità del tempo libero e con particolari interessi professionali e di studio. È funzionalmente collegato al sistema dei servizi sociosanitari ed assistenziali e in particolare al servizio di assistenza domiciliare.
- TELESOCCORSO – TELEASSISTENZA. Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, e sono rivolti a persone anziane e persone con disabilità gravi che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socio-economiche.
- TRASPORTO SOCIALE. Il servizio di trasporto, anche mediante un servizio di taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone anziane ultra sessantacinquenni

sole o persone con disabilità grave, al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, etc.

- CENTRI DIURNI. Le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, quali i centri diurni, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.
- PRESTAZIONI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE E DI SUPPORTO AL CARE-GIVER. Intervento di supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia a titolo di rimborso dei costi relativi alla quota sociale per ricoveri di sollievo temporanei presso strutture socio-sanitarie nel caso in cui gli stessi siano complementari al percorso domiciliare e di sostegno alle prestazioni svolte dal caregiver.
- per le prestazioni assistenziali sopra elencate l'Ente Capofila di Ambito Distrettuale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e a monitorare periodicamente l'andamento degli interventi tramite una figura di raccordo con gli enti e la famiglia del beneficiario denominato Case Manager.
- SERVIZI SOCIALI DI SUPPORTO. Rivolto alle persone con disabilità grave e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari. Sono previsti accordi di collaborazione con i servizi territoriali per il lavoro quali:
- i Centri per l'impiego del territorio per l'incontro domanda offerta;
- i CAF e i servizi di consulenza per il cittadino accreditati per l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti relativi all'incontro domanda e offerta del lavoro di cura familiare.
- CONTRIBUTI ECONOMICI (BUDGET DI CURA). I contributi economici per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza, sono utilizzabili per remunerare 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.

Incompatibilità delle prestazioni economiche di assistenza indiretta

Gli assegni di cura comunque contemplati, come previsti nel Piano Regionale per la Non Autosufficienza sono incompatibili con:

- i contributi regionali a favore dei caregiver che assistono i minori in età pediatrica con malattie rare erogati annualmente ai sensi della L.R. 43/2016;
- i contributi erogati per la vita indipendente ai sensi della L.R. 57/2012.

6 - DIRITTO ALLA VITA INDIPENDENTE E PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

L'art. 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con L. 18/09 **, riconosce il diritto alle persone con disabilità ad essere incluse in maniera piena e partecipe in ogni contesto nella società,** stabilendo: **«***Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il* ***diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società, anche assicurando che: (a) le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione…»*.**

La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità ha introdotto un vero e proprio cambio di paradigma nell'approccio alla disabilità, passando dal modello medico assistenzialistico al modello bio-psico-sociale e basato sulla centralità della persona, la quale ha la piena facoltà di compiere autonomamente le proprie scelte e di gestire direttamente la propria esistenza, semmai prevedendo i giusti sostegni anche ad elevata intensità.

Il modello di disabilità basato sui diritti umani porta alla consapevolezza che **le persone con disabilità hanno lo stesso diritto di tutte le altre di "vivere la società" e che, affinché tale diritto sia garantito, è necessario da un lato sostenerle nell'acquisizione di autonomia, autodeterminazione ed indipendenza** e dall'altro agire sulla società affinché si modifichi tenendo conto delle diversità umane in maniera tale da consentire a tutti i suoi membri di parteciparvi in maniera attiva.

Per dare seguito a tali indicazioni progettuali anche su impulso delle regioni, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha previsto il finanziamento di iniziative sperimentali, proposte da Regioni e Provincie Autonome, per l'adozione di un modello di intervento uniforme su tutto il territorio nazionale per la promozione della vita indipendente e inclusione sociale delle persone con disabilità.

Già nel 2013 sono state pubblicate le prime Linee Guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità, al fine di orientare il lavoro delle istituzioni verso modelli di intervento condivisi in materia, in collaborazione con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità.

Sono seguite successive edizioni di Linee Guida (da ultimo **Linee Guida su vita indipendente - D.D. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 669 del 28.12.2018** - *Linee Guida per la presentazione di progetti in materia di vita*

indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità oltre alle **Linee di indirizzo per progetti di Vita Indipendente - Allegato F DPCM 21 novembre 2019**) con l'obiettivo di cercare di costruire un modello di intervento condiviso in materia di vita indipendente, perché alla persona con disabilità sia consentito scegliere, in piena libertà ed autonomia, come vivere, dove vivere e con chi vivere, in un percorso che si compie insieme alle Regioni ed alle federazioni delle persone con disabilità, con cui sono state individuate le aree di intervento per giungere alla messa a punto di un modello operativo nazionale.

Principale normativa di riferimento in materia nella Regione Abruzzo è la legge regione Abruzzo n. 57 del 23 novembre 2012 - interventi regionali per la vita indipendente.

L'art. 1 stabilisce le finalità degli interventi regionali per la realizzazione delle modalità di vita indipendente, che consistono nel favorire l'autogestione dei servizi assistenziali al fine di contrastare il ricorso all'istituzionalizzazione, garantire la personalizzazione degli interventi, l'integrazione sociale e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone con grave disabilità.

Nel rispetto delle risorse disponibili annualmente sul bilancio regionale, la Regione garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita, finalizzata a contrastare l'isolamento, a garantire la vita all'interno della comunità e l'integrazione con il proprio ambiente sociale.

Viene, inoltre, chiarito dalla stessa normativa che per «vita indipendente» si intende il diritto della persona con disabilità all'autodeterminazione e al controllo del proprio quotidiano e del proprio futuro.

La vita indipendente si realizza primariamente attraverso l'assistenza personale autogestita ovvero con l'assunzione di uno o più assistenti personali.

L'incremento di autonomia, indipendenza e soddisfazione della persona con disabilità, costituiscono l'obiettivo di valutazione dell'efficacia degli interventi.

La norma chiarisce, altresì:

- i **destinatari** degli interventi: esclusivamente le persone con disabilità in situazione di

  gravità come individuate dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992, residenti nella Regione, con età dai 18 ai 67 anni, nonché i rappresentanti legali dei predetti soggetti nel caso di disabili psico-relazionali (art. 2);

- la **tipologia degli interventi** regionali: nel rispetto delle risorse disponibili sul bilancio regionale, la Regione, su richiesta degli Enti d'ambito sociale individuati dal Piano sociale regionale, può intervenire mediante l'erogazione di

finanziamenti annuali diretti a consentire la realizzazione di progetti di assistenza personale autogestita. Sono ammessi a finanziamento i progetti annuali di assistenza personale autogestita che migliorino la qualità della vita della persona con disabilità, riducendone la dipendenza fisica ed economica, nonché l'emarginazione sociale e che favoriscano il suo mantenimento nel proprio contesto di vita (art. 3);

- i **progetti di assistenza personale autogestita** sono realizzati attraverso l'attuazione di programmi di aiuto, sulla base di progetti personalizzati, presentati con cadenza annuale agli Enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, e gestiti dai destinatari. Le modalità di svolgimento dell'assistenza personale autogestita, per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, sono stabilite mediante apposita deliberazione della Giunta regionale, d'intesa con gli Ambiti territoriali e i Distretti sanitari. I soggetti destinatari degli interventi, per la realizzazione del progetto, hanno facoltà di scegliere i propri assistenti direttamente o indirettamente, mediante l'instaurazione di uno o più rapporti di lavoro anche per mezzo di organismi fiduciari. Il progetto è redatto secondo modelli predisposti dalla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali, d'intesa con gli Enti d'ambito sociale (art. 4);
- la **valutazione dei progetti** (art. 5), da parte dell'equipe multidisciplinare del Distretto sanitario competente per territorio. La persona con disabilità, secondo i principi di autodeterminazione e corresponsabilità, entra a far parte della stessa equipe multidisciplinare e partecipa alle valutazioni e alle scelte. L'equipe multidisciplinare valuta i progetti in base ai criteri di cui all'art. 8 (determinazione dei livelli di intensità assistenziale) e secondo le modalità dettate dalle linee guida concernenti l'applicazione delle disposizioni della presente legge.

  L'equipe multidisciplinare svolge le seguenti funzioni:

  a) effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente;

  b) valuta il progetto personalizzato presentato, fornendo indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni richieste;

  c) verifica l'indice di gravità del bisogno e la capacità di autodeterminazione relazionale del richiedente.

  È, altresì, compito dell'equipe multidisciplinare redigere annualmente l'elenco dei progetti ammessi ed esclusi con le relative motivazioni per poi procedere al calcolo del contributo erogabile.

L'equipe trasmette all'Ente d'ambito sociale il progetto affinché proceda agli atti di propria competenza.

- il **finanziamento** dei piani annuali personalizzati (art. 6): gli Enti d'ambito sociale, per la realizzazione dei progetti personalizzati ammessi ai benefici della presente legge, corrispondono agli aventi diritto un finanziamento, graduato sulla base dei livelli riconosciuti di intensità assistenziale, entro gli importi massimi fissati annualmente con provvedimento della Giunta regionale. Il finanziamento è compatibile con l'erogazione di altre prestazioni di assistenza domiciliare fornite dagli enti preposti, nonché con i sussidi e le indennità previsti dalle vigenti leggi, eccetto che per l'assegno di cura o altra contribuzione afferente all'area della non autosufficienza. I beneficiari sono tenuti a presentare il rendiconto delle spese nei tempi e nei modi stabiliti dalle linee guida.
- i **livelli di intensità assistenziale** del bisogno della persona con disabilità determinati secondo precisi indicatori e parametri di riferimento individuati dalla norma: *molto alto, alto, medio, basso*, meglio dettagliati ed esplicitati dalle disposizioni di legge (artt. 7 e 8). La Giunta regionale, con apposito provvedimento e nel rispetto delle risorse disponibili sul bilancio regionale, provvede annualmente alla determinazione del livello di intensità del bisogno assistenziale, nonché alla quantificazione del relativo finanziamento di ogni singolo progetto, nel rispetto di tali indicatori. La presenza o meno di reti familiari o sociali determina esclusivamente l'oscillazione degli importi nell'ambito del livello assegnato. In caso di parità nella graduatoria costituisce criterio preferenziale il minor reddito. Le linee guida individuano test, d'intesa con i Distretti sanitari, idonei alla rilevazione degli indicatori.
- i **rapporti Ambiti territoriali - Regione** (art. 9): Gli Enti d'ambito sociale, entro il 31 marzo di ciascun anno, inviano le richieste di finanziamento alla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali. Ai fini dell'ammissibilità al finanziamento, le richieste sono corredate da:
    a. descrizione dei progetti individualizzati di assistenza personale autogestita;
    b. indicazione del finanziamento richiesto per ciascun progetto, nonché di quello complessivamente richiesto per tutti i progetti;
    c. indicazione di eventuale cofinanziamento mediante fondi propri dell'Ente richiedente;
    d. definizione del numero e individuazione degli utenti destinatari;
    e. dichiarazione di possesso, da parte del soggetto richiedente, della certificazione idonea a comprovare lo stato di disabilità grave.

- le **spese ammissibili** (art. 10) per un progetto di vita indipendente, che tengono conto:
    a. del costo del progetto di vita indipendente comprensivo delle spese per l'assistente, degli oneri previdenziali e assicurativi, delle spese vive anche di vitto e alloggio, se dovute, e delle spese per i fornitori di beni e servizi;
    b. di una quota pari a un decimo del progetto per spese di rendicontazione.

Le risorse finanziarie afferenti alla Vita Indipendente

In linea con l'art. 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, il Piano Regionale per la Non autosufficienza – Atto di programmazione del FNA 2022-2024 riserva una quota di risorse del FNA per finanziare azioni volte all'implementazione di "Progetti di vita indipendente", individuando la quota minima di risorse da destinare a livello regionale e il numero di ambiti da coinvolgere.

Gli interventi devono essere dedicati, di norma, a persone con disabilità maggiorenni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. Tuttavia, limitatamente ai progetti di continuità, che prevedono la proroga o l'estensione di programmi già avviati, sarà possibile confermare i servizi alle persone con disabilità per le quali intervengano patologie legate all'invecchiamento.

Nella selezione dei beneficiari viene data preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità.

Per la Regione Abruzzo le risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente ammontano ad **€ 320.000 per ognuna delle tre annualità di bilancio** e consentono **il finanziamento di 4 Progetti di Vita Indipendente** ognuno del costo complessivo di € 100.000, comprensivo del 20% di cofinanziamento, in 4 Ambiti Sociali (nella specie gli Ambiti N. 11 Frentano, N. 12 Sangro Aventino. N. 21 Val Vibrata, N. 23 Fino Cerrano).

Ognuno dei 4 progetti prevede, quindi, un costo di € 100.000 per ogni annualità, comprensivi della compartecipazione di € 20.000,00 assicurata da ogni ADS proponente. Si precisa che la compartecipazione non può essere assicurata con beni in natura o con altre risorse pubbliche che non rappresentano risorse proprie della amministrazione interessata.

Da diversi anni il Consiglio regionale rimodula il budget inziale dell'avviso pubblico (L.R. 57/12). Infatti, il fondo è stato incrementato fino alla somma di 3,5 milioni di euro lo scorso anno e 4,5 milioni di euro nell'ultimo anno, consentendo di finanziare 402 progetti per il 2022 e 511 istanze presentate per il 2023 e dare operatività a progetti che vogliono favorire l'indipendenza delle persone con grave disabilità.

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

Tale quadro, a livello di risorse finanziarie stanziate e destinate dalla Regione per i progetti di Vita Indipendente, e l'impegno della Regione Abruzzo nel potenziarne il reperimento ed effettivo impiego merita certamente apprezzamento.

Va segnalata, tuttavia, l'**urgenza (più volte evidenziata nei tavoli di lavoro) di rendere l'applicazione della Legge Regionale n. 57/12 coerente con le Linee guida nazionali in materia di Vita indipendente, vista l'evoluzione del contesto normativo e applicativo a livello nazionale.**

Ad oggi, infatti, si rileva che le concrete modalità di attuazione della L.R. non consentono di dare effettiva attuazione allo spirito della normativa nel più ampio contesto in cui è inserita e cui va necessariamente adeguata con particolare riferimento al **progetto di vita**.

All'art. 4 è, infatti, previsto che "*i progetti di assistenza personale autogestita sono realizzati attraverso l'attuazione di programmi di aiuto sulla base di progetti personalizzati, presentati con cadenza annuale agli Enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, e gestiti dai destinatari (….); il progetto è redatto secondo modelli predisposti dalla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali*". Tuttavia, la modulistica fornita dalla Regione Abruzzo per la presentazione delle domande **risulta inattuale e non rispetta né tiene conto delle caratteristiche essenziali ed imprescindibili del progetto di vita/individualizzato previsto dall' art. 14, comma 1 della legge n. 328/00**, che addirittura viene richiesto alle famiglie di compilare su un prestampato, laddove, invece, lo stesso, come già evidenziato, **deve essere predisposto nelle diverse e più complesse modalità sopra esaminate e previste dalla normativa nazionale richiamata.**

Si auspica, quindi, che tale problematica venga superata, eliminando l'uso di tale modulistica impropria ed utilizzando i progetti di vita personalizzati, realizzati conformemente alle modalità e metodologie previste dalla normativa.

7 - DOPO DI NOI E IL PROGETTO DI VITA SECONDO LA LEGGE 112/2016

La Legge n. 112/2016 introduce "*Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*".

Tale legge e il connesso decreto attuativo (Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 23 novembre 2016) recante "R*equisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016*"), mirano ad attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave senza sostegno genitoriale.

In particolare, con tali atti normativi si è dato, quindi, vita ad un nuovo modo di intendere il "Dopo di noi, partendo dal durante noi", basandosi sul riconoscimento che le persone con disabilità non possono, dall'oggi al domani, e senza possibilità di scegliere tra diverse alternative, essere "deportate" in una struttura, a volte anche lontana centinaia di chilometri dal tessuto sociale dove hanno vissuto, vedendo così spezzato il loro percorso di vita. La legge e il decreto attuativo, hanno, quindi, permesso di pensare al "dopo di noi" delle persone con disabilità non più solo in termini di mera assistenza da erogare in una struttura, ma, prima ancora, al loro essere Persone, che, come tutte le altre, devono avere l'opportunità di scegliere dove, come e con chi vivere senza vedere "spezzato il filo" della propria vita solo perché i genitori non possono più supportarle.

La legge n.112/16 disciplina, quindi, le misure necessarie per consentire alle persone con **disabilità grave certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92**, di emanciparsi dai loro genitori o dai servizi residenziali **attraverso progetti di vita** da realizzare prima che i genitori diventino anziani e, quindi, nella prospettiva del venir meno della capacità di prendersi cura del figlio con disabilità.

La Legge n. 112/2016 e il suo decreto attuativo individuano, quali **beneficiari**, le persone con disabilità grave (art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92) non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità prive di sostegno familiare in quanto:

- mancanti di entrambi i genitori;

- con genitori o non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale;

- in vista del venire meno del sostegno familiare, con una progressiva presa in carico già durante l'esistenza in vita dei genitori.

La legge n. 112/2016 **non prevede un limite di età** per l'accesso ai benefici, quindi, qualunque persona con disabilità grave che abbia i requisiti sopra elencati, indipendentemente dall'età, secondo tale legge, può accedere alle misure.

Per quanto riguarda le persone con il riconoscimento della disabilità ai sensi della Legge n. 104/92 ma senza la connotazione di gravità, è sempre possibile richiedere l'attivazione di un progetto individuale ai sensi dell'art. 14 della Legge n. 328/2000, prevedendo, ove occorra, anche delle misure per il "durante e dopo di noi" ma, in tal caso, gli interventi dovranno essere finanziati attraverso altre risorse, non potendosi avvalere del finanziamento stanziato dall'apposito fondo Legge n. 112/2016.

Il fondo ai sensi della legge n. 112/16

La legge n. 112/2016 ha istituito anche un apposito fondo dedicato al finanziamento di specifici interventi[7], a cui, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle rispettive competenze, possono compartecipare le regioni, gli enti locali, gli enti del terzo settore, nonché altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza delle persone con disabilità e delle famiglie.

Il fondo ha avuto una dotazione di 90 milioni di euro per l'anno 2016, 38,3 milioni di euro per l'anno 2017 e 51,1 milioni di euro per il 2018 e 56,1 milioni di euro per il 2019. Tale fondo è stato successivamente incrementato negli anni successivi in quanto è stata assegnata al Fondo una disponibilità di 76.100.000 euro per ciascuno degli anni 2021-2023.

Dal punto di vista finanziario, dal 2016 al 2022, sono state quindi stanziate risorse, complessivamente, per circa 466 milioni di euro in base ad un criterio sperimentale (quota della popolazione regionale nella fascia di età 18-24 anni)[8].

---

[7] La legge n. 112/2016 prevede quattro linee di interventi che poi nel Decreto Ministeriale del 23 novembre 2016 (attuativo della legge stessa) si articolano meglio nelle seguenti 5 tipologie di misure:

a) percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
b) interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, comma 4 (cfr. par. 5);
c) programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile, di cui all'art. 3, comma 5, e, in tale contesto, tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui all'art. 3, comma 6;
d) interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
e) in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'art. 3, comma 7.

[8] Sul punto, si veda la Deliberazione della Corte dei conti n. 76/23 "*Gli esiti dell'attività di controllo svolta nell'anno 2022 e le misure conseguenziali adottate dalle amministrazioni"*, consultabile qui: https://trasparenza.mit.gov.it/moduli/downloadFile.php?file=oggetto_allegati/23317130313335918200__Ocorte_dei_conti_deliberazione_20_ottobre_2023_n_762023g.pdf

Tali risorse sono state ripartite alle regioni, che hanno determinato la modalità di utilizzo del fondo, in base alle risorse assegnate, nel rispetto di quanto indicato dalla normativa nazionale.

Per consultare gli atti regionali di programmazione, è possibile consultare il link: http://www.anffas.net/it/informati/leggi-e-diritti/dopo-di-noi/normativae-prassi-regionale/

Per consultare, invece, i decreti di riparto, consultare il link: http://www.anffas.net/it/informati/leggi-e-diritti/dopo-di-noi/normativa-eprassi-nazionale/

Redazione del progetto individuale ex art. 14 legge n. 328/00 come condizione imprescindibile per attivare il percorso di sostegno della legge n. 112/2016.

Requisito essenziale per accedere alle misure previste dalla legge sul "Dopo di Noi" è la predisposizione di un progetto di vita ex art. 14 L. 328/2008, integrato con le misure previste dalla Legge n. 112/16, così determinando la progressiva presa in carico della persona con disabilità grave durante l'esistenza in vita dei genitori.

Pertanto, le persone con disabilità grave possono accedere alle misure di cui alla L. 112/2016 previa richiesta al Comune di residenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territoriale di predisporre un progetto di vita ai sensi dell'art. 14 L. 328 del 2000 integrato con le misure sulla L. 112/2016.

Si precisa come tale progetto deve essere definito assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità, tenendo sempre conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo, altresì, il suo pieno coinvolgimento nel successivo monitoraggio e verifica degli obiettivi.

Ricordiamo, infatti, che la Legge n. 112/2016 e il DM 23 novembre 2016 prevedono che, nel rispetto dell'art. 19 della Convenzione ONU, tutti gli interventi e i servizi da attivare "*sono proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta*". Pertanto, anche quando la persona sia soggetta ad una misura di protezione giuridica e abbia necessità di sostegni ad altissima necessità, occorre adottare tutte le strategie migliori, per individuare la sua volontà quanto più possibile.

Occorre quindi garantire, con le minori limitazioni possibili e con particolare riguardo alle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo, l'utilizzo degli strumenti previsti dalla vigente legislazione relativi al sostegno nella presa delle decisioni e che siano adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte.

Il progetto di vita è predisposto a seguito della **valutazione multidimensionale** effettuata da una equipe multiprofessionale in cui sia presente almeno la componente sanitaria e quella sociale, secondo i principi del modello bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF.

La Legge 112/2016 e il D.M. 23 novembre 2016 prevedono, tra l'altro, che il progetto di vita deve individuare il **case manager** ovvero una figura di riferimento che curi la realizzazione e il monitoraggio del progetto attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso.

Ulteriore elemento essenziale del progetto di vita è la previsione del **budget di progetto,** ossia la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni cristallizzati per quantità, qualità ed intensità all'interno del progetto, in un'ottica di personalizzazione dell'intervento e non di standardizzazione dello stesso.

Il "durante e dopo di noi" nella Regione Abruzzo

Secondo quanto disposto, in materia di assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, dalla **DGR Abruzzo n.772 del 29 novembre 2021,** le azioni da realizzare sono:

A. Percorsi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero di deistituzionalizzazione (all'art. 3, comma 2 e 3 del DM 2016)

Percentuale indicativa delle risorse trasferite da destinarvi: 29%

- Progetti individualizzati per favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, mediante azioni educative da garantire quando la persona vive ancora nell'ambito familiare, in vista di avviarla successivamente a interventi di accompagnamento verso l'autonomia e l'uscita graduale dal nucleo di origine. In questo contesto, per esempio, può essere finanziata l'assistenza personale a scopo educativo o la frequenza di specifici laboratori di autonomia.
- Percorsi programmati di accompagnamento verso l'autonomia e di uscita graduale dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori dell'ambito familiare, in contesti di coabitazione (inserimenti graduali in gruppi appartamento o esperienze di brevi periodi in appartamenti palestra) che facilitino l'uscita definitiva dal nucleo familiare. In questo contesto, sono strutturabili servizi di ospitalità periodica che consentano alle persone con disabilità grave di sperimentare occasioni di autonomia, vivendo in un luogo diverso dalla propria casa, insieme ad un piccolo gruppo, per periodi definiti e programmati, mantenendo le proprie principali attività abituali.

- Percorsi programmati di deistituzionalizzazione definitiva per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare; sono rivalutate le condizioni abitative in coerenza con soluzioni che riproducano un ambiente abitativo e relazionale di tipo familiare, al fine di prevedere, ove opportuno, percorsi programmati di deistituzionalizzazione definitiva. In questo contesto, il progetto individualizzato, nel pieno rispetto della volontà della persona disabile, deve tendere ad accompagnare il soggetto verso il superamento della situazione di residenzialità impropria, all'acquisizione si una più ampia autonomia possibile e all'inserimento le soluzioni alloggiative adeguate.

B. **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative** che presentano, caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (art. 3, comma 4 del DM 2016).

Percentuale indicativa delle risorse trasferite da destinarvi 23%

Gli interventi finanziabili sono:

- voucher o assegno di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari con regolare contratto;
- assistenza domiciliare socioassistenziale e/o socioeducativa con riferimento ai soli oneri a rilievo sociale;
- interventi educativi individuali o di gruppo;
- eventuali ulteriori contributi economici di carattere non continuativo funzionali alla realizzazione del progetto di vita e di cura e voucher per il sostegno del costo abitativo.

C. **Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze** per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile programmi di accrescimento della consapevolezza abilitazione e sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia (art. 3, c. 5) anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6 del DM 2016).

Percentuale indicativa delle risorse trasferite da destinarvi 26,50%

Si intende supportare programmi socioeducativi finalizzati a favorire l'accrescimento della consapevolezza e l'autonomia nelle attività della vita quotidiana delle persone con disabilità e dei loro famigliari, da realizzarsi in sinergia con le Associazioni delle famiglie delle persone con disabilità e delle Associazioni di tutela che operano attivamente sui territori; in particolare:

- laboratori diurni e/o brevi soggiorni per l'autonomia abitativa svolti in appartamenti attrezzati (cosiddetta palestra), con supporto educativo ed assistenziale, nei quali le persone con disabilità imparano e sperimentano concretamente a vivere fuori dalla famiglia e in piccoli gruppi;
- tirocini finalizzati all'inclusione sociale e all'autonomia, purché inseriti nel più ampio progetto di vita autonoma del beneficiario;
- attività di informazione, formazione e consulenza rivolte ai familiari che si preparano anch'essi ad affrontare il "dopo di noi durante noi".

D. Promozione dell'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di *ambient assisted living* (art. 3, c. 6 DM 2016).

Percentuale indicativa delle risorse trasferite da destinarvi 13%

Al fine di migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave si intende promuovere l'utilizzo di nuove tecnologie, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di *ambient assisted living*.

E. Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, (art. 3, comma 7, del DM 2016).

Percentuale indicativa delle risorse trasferite da destinarvi 8,50%

In caso di situazioni di emergenza (ad es. decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare, ecc.) che possono fortemente pregiudicare i sostegni necessari alla persona con disabilità grave al proprio domicilio e non si possa efficacemente provvedere con servizi di assistenza domiciliare per consentire il permanere nel suo contesto di vita, a valere sulle risorse del Fondo Dopo di noi, e per le sole spese di carattere sociale, si può prevedere l'inserimento, per il tempo strettamente necessario, in strutture (comunità alloggio o Comunità alloggio sanitarie o socio-sanitarie) dalle caratteristiche diverse da quelle previste al comma 4 dell'art. 3 del DM 2016, previa verifica dell'impossibilità di inserimento presso una di queste. Deve essere comunque garantito il rispetto della volontà della persona disabile o di chi ne tutela gli interessi.

Tali interventi sono da realizzarsi nel superiore interesse della persona con disabilità grave e si inseriscono in ogni caso in un percorso che identifica i tempi del rientro nella situazione familiare, cessata la situazione di emergenza.

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

Pur rilevandosi buone prassi in più ambiti, anche consolidate nel tempo (in un ambito ci sono i primi segnali per iniziare a sperimentare brevi distacchi dalle famiglie), si segnalano alcune **criticità in fase di esecutiva con ads.**

In particolare, soprattutto dalle segnalazioni raccolte dalle famiglie di persone con disabilità emerge che:

- il progetto Individualizzato non viene redatto secondo quanto previsto e non tiene conto degli otto domini della qualità di vita[9];

- le misure proposte spesso sono una ripetizione di interventi già in essere nei confronti della persona con disabilità e non aprono a nuove esperienze necessarie a sviluppare nuova autonomia che possano portare ad un progressivo distacco dal nucleo familiare di origine;

- nelle progettazioni non si tiene sempre conto dei desideri e delle aspettative delle persone con disabilità;

- quando si parla di "Dopo di noi", nell'interpretazione corrente, si ritiene che possano essere destinatari solo le persone con disabilità a bassa intensità di sostegni e, di conseguenza, per coloro i quali necessitano di elevati sostegni, si ritiene di dover ricorrere ad altre progettualità ma non al "Dopo di noi".

- come per altri tipi di interventi, si ritiene fondamentale che il progetto individualizzato sia cucito "su misura" rispetto a quelle che sono le necessità, i bisogni ed i desideri della persona con disabilità, e, conseguentemente, non può corrispondere ad una erogazione standardizzata di servizi già esistenti e standardizzati.

[9] Rispetto ai domini di Qualità di Vita è importante ricordare il meta-modello proposto da Schalock e Verdugo Alonso (2002), con tutte le successive elaborazioni e integrazioni, grazie ai contributi di Claes, Van Loon, Vandevelde, il gruppo dell'Università di Ghent e Clement Ginè e Maria Carbò a Barcellona.
In tale modello, la prospettiva della qualità della vita viene rappresentata dall'**articolazione di 8 domini:**

1. Benessere Fisico;
2. Benessere Materiale;
3. Benessere Emozionale;
4. Autodeterminazione;
5. Sviluppo Personale;
6. Relazioni Interpersonali;
7. Inclusione Sociale;
8. Diritti ed Empowerment.

Per ciascuno dei domini sono stati individuati una serie di indicatori, ovvero percezioni, comportamenti e condizioni che li definiscono dal punto di vista operazionale e la cui misurazione consente di valutare gli esiti personali (Schalock, 2010), come schematicamente riportato nella tabella scaricabile cliccando qui (tabella 1): **https://www.anffas.net/dld/files/Tabella 1 - indicatori domini.pdf**

8 - INCLUSIONE SCOLASTICA

L'inclusione scolastica trova il suo fondamento già a livello costituzionale. Infatti, l'art. 34 Cost. garantisce il diritto allo studio per tutti. Tale principio, letto in combinato disposto con l'art. 3 Cost., che sancendo il principio di uguaglianza, prevede che "*tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali dinanzi alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*", riconosce il diritto alla piena inclusione scolastica di tutti i bambini e ragazzi con disabilità, in condizione di pari opportunità rispetto agli altri alunni/studenti.

Inoltre, l'art. 38 Cost. si occupa espressamente del diritto allo studio delle persone con disabilità, affermando nello specifico – sebbene con una terminologia ormai risalente e superata – che "*gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale*".

In tale ottica, nel nostro ordinamento giuridico, sin dal 1992, con la Legge n. 104, sono stati previsti interventi **personalizzati, adeguabili, verificabili e modificabili** nel tempo volti a sostenere il percorso di educazione e scolastico delle persone con disabilità.

Una delle norme più importanti di tale Legge è rappresentata dall'art. 12, comma 4, che afferma espressamente:

«*L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap*».

Gli interventi previsti dalla Legge n.104/92 erano, più che altro, volti a garantire l'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità, supportandolo e sostenendolo per permettergli di «entrare» in un contesto già predeterminato.

Il momento di svolta è indubbiamente rappresentato dalla ratifica della **Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità,** la quale – riconoscendo la **centralità** della persona e ponendo, conseguentemente, l'attenzione anche all'adeguamento del contesto di riferimento e alle modalità di interazione con lo stesso – ha segnato **il passaggio dall'integrazione** (volta ad inserire l'alunno, seppur con i giusti e personalizzati supporti, all'interno di un contesto predeterminato) **all'inclusione** (volta, invece, anche a modificare quei contesti).

La Convenzione, tra l'altro, all'art. 24, riafferma il diritto all'istruzione delle persone con disabilità, da realizzare **senza discriminazioni e su base di pari opportunità** attraverso «*un **sistema di istruzione inclusivo** a tutti i livelli ed un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita*».

Successivamente, la riforma c.d. de «La Buona Scuola» ha inteso delegare il Governo per l'approvazione di decreti legislativi che modificassero in tal senso il sistema delineato dalla Legge n. 104/1992.

Questo è accaduto soprattutto con il **Decreto Legislativo n. 66/2017** «*Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107*», che ha in parte novellato gli articoli della Legge n. 104/1992 ed in parte introdotto nuove previsioni.

Occorre precisare come la spinta verso l'attuazione del diritto all'inclusione scolastica di ciascun alunno/a deve partire dai vari soggetti garanti, primi fra tutti i Dirigenti Scolastici e i docenti, che, grazie al possesso delle necessarie conoscenze, competenze ed informazioni, **devono favorire nell'ottica della corresponsabilità educativa, adeguate strategie, accorgimenti, sostegni, supporti e modalità operative di sistema** finalizzati a fare acquisire ad ognuno, attraverso il **potenziamento delle abilità possedute e nel rispetto dei principi di inclusione**, le **massime competenze possibili** per poterle sfruttare al meglio nei vari contesti di vita (familiari, sociali e lavorativi) tra di loro strettamente interconnessi.

Il tutto deve essere sempre coordinato e funzionale al perseguimento del miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità nella massima misura possibile.

Come ribadito anche dal D.lgs. n. 66/2017 tale coordinamento si realizza concretamente solo attraverso la definizione del più ampio **progetto individuale di vita** della persona con disabilità, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, nonché della Legge Delega in materia di disabilità (L. n. 227/2021) sul progetto di vita **individuale, personalizzato e partecipato**, **di cui il PEI (Piano Educativo Individualizzato) è parte integrante** e la sua condivisione fra scuole, famiglie e altri soggetti, pubblici e privati, operanti sul territorio e coinvolti nella vita della persona stessa.

Infatti, il PEI non esaurisce il progetto individuale ma **ne è, come detto, parte integrante**, dovendosi gli interventi previsti nel primo coordinare con quelli previsti nel secondo, onde potersi valorizzare reciprocamente evitando viceversa sovrapposizioni ed incongruenze.

L'accesso agli interventi di inclusione scolastica

L'accesso agli interventi di inclusione scolastica previsti per gli alunni con disabilità è subordinato al possesso della c.d. «certificazione ai sensi della legge 104/1992».

All'articolo 2 del D.lgs. n. 66/2017 si legge che «*Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano esclusivamente alle bambine e ai bambini della scuola dell'infanzia, alle alunne e agli alunni della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado, alle studentesse e agli studenti della scuola secondaria di secondo grado con disabilità* ***certificata ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104****, al fine di promuovere e garantire il diritto all'educazione, all'istruzione e alla formazione*»

Le novità introdotte dal D.lgs. n. 66/17: l'accertamento della disabilità in età evolutiva e il profilo di funzionamento

Occorre ricordare che la riforma introdotta con il decreto legislativo n. 66/2017 ha previsto **l'introduzione dell'«accertamento della disabilità in età evolutiva»**, nonché la **graduale sostituzione** delle certificazioni utilizzate ai fini scolastici per l'elaborazione del PEI (redatto seguendo lo schema ministeriale introdotto con D.I. 182/2020) con il profilo di funzionamento.

Pertanto, **progressivamente**, tale nuovo sistema andrà a regime.

In particolare, con la certificazione di disabilità in età evolutiva, si guarda **all'interazione del minore con i contesti** (non solo scolastici, visto che da essa poi dovrà discendere il profilo di funzionamento, il Pei ed il più ampio progetto di vita). Tale certificazione sarà posta in essere dalla medesima commissione della Legge 104/92.

Dopo questa, si dovrà redigere il **profilo di funzionamento** (che sostituisce, ricomprendendoli, la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale), non si limita ad analizzare il funzionamento dell'alunno ma tiene in considerazione i contesti e gli ambienti, individuando quali possano essere le barriere e/o i facilitatori da attivare con la pianificazione degli interventi nel PEI (art. 12, comma l. 104/92).

Il piano educativo individualizzato (P.E.I.)

Il PEI è il "progetto di vita scolastica" del singolo alunno con disabilità, in cui vengono definiti tutti gli interventi, tra loro integrati, per la piena realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione dell'alunno.

Il PEI deve indicare tutti i **sostegni**, didattici e non, provvedendo anche a quantificare **l'impegno orario** di ogni singolo sostegno.

Nello specifico, all'interno del PEI devono essere individuati per dimensione, gli obiettivi, le strategie operative, le attività ed i contenuti, i metodi e gli strumenti, determinando anche, con l'assenso della famiglia, eventuali percorsi didattici differenziati rispetto ai programmi ministeriali.

Il PEI viene elaborato dal **Gruppo di Lavoro Operativo (GLO**), che, pertanto, deve essere attivato dalla scuola per ciascun alunno/a con disabilità. Infatti, il GLO, ai sensi dell'art. 12, comma 5 della L. 104/92 elabora ogni anno, nei modi e nei tempi previsti dalla vigente normativa in materia, già a partire dalla scuola dell'infanzia, il PEI.

Al fine di garantire il pieno diritto all'inclusione scolastica degli alunni con disabilità in condizioni di parità con gli altri compagni devono essere rispettate le seguenti scadenze:

- **Entro il 30 giugno di ogni a.s. →** il GLO verifica il raggiungimento o meno degli obiettivi del PEI precedente e individua le risorse necessarie per l'anno successivo, che il Dirigente Scolastico deve avere cura di attivare per tempo in vista dell'avvio a settembre del nuovo anno scolastico.

N.B.: ove ci si trovi in presenza di alunni/e con nuova certificazione occorrerà redigere un PEI provvisorio a cura di un GLO appositamente nominato.

- **Entro il 31 ottobre di ogni a.s. →** il GLO definisce il PEI per il nuovo anno scolastico, in modo da considerare eventuali modifiche da apportare dopo il primo periodo di osservazione in classe e nel contesto scolastico.
- **Verifiche intermedie e aggiornamenti per condizioni sopravvenute →** è opportuno che il Dirigente Scolastico convochi nuovamente il GLO per eseguire almeno una verifica intermedia sul raggiungimento degli obiettivi indicati nel PEI o, ove fosse necessario (es. nuove o sopravvenute condizioni di funzionamento della persona), per aggiornarlo.

I supporti e sostegni che possono essere riconosciuti all'alunno/a con disabilità

- **INSEGNANTE DI SOSTEGNO →** si tratta un insegnante con **formazione specifica che viene assegnato alla classe** in cui è presente l'alunno/a con disabilità al fine di garantire il processo di inclusione scolastica. Infatti, gli insegnanti di sostegno non devono essere considerati, come spesso si usa fare, quali insegnanti dell'alunno con disabilità, ma, come tra l'altro specificato all'art. 13, comma 6, Legge n. 104/92, essi assumono la **contitolarità** delle sezioni e delle classi in cui operano;
- **ASSISTENZA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE →** l'assistente all'autonomia e comunicazione è la figura professionale dedicata all'alunno che cura gli aspetti relativi alla comunicazione e all'autonomia, favorendone il relativo sviluppo.

  Il numero delle ore di assistenza per l'autonomia e la comunicazione, la fascia oraria e le modalità di esplicazione delle stesse vengono indicate nel Piano Educativo Individualizzato (PEI) e già determinate in sede di GLO entro il 30 giugno per l'a.s. successivo;
- **ASSISTENZA DI BASE - ASSISTENZA IGIENICO PERSONALE →** l'assistente di base è la figura dedicata all'alunno che deve garantire adeguata assistenza negli spostamenti all'interno e all'esterno del plesso scolastico oltre che il supporto e l'accompagnamento ai servizi igienici e la cura dell'igiene personale;
- **TRASPORTO →** La famiglia, all'atto dell'iscrizione, può già segnalare la necessità che venga garantito il servizio trasporto per il percorso casa-scuola e viceversa,

cosicché il Dirigente Scolastico si possa attivare per inviare la richiesta all'ente competente che dovrà garantire il servizio a partire dal primo giorno di scuola.

Nei nuovi modelli di PEI (sez. 9 e 11/12) è dedicata una specifica parte all'indicazione delle "Eventuali esigenze correlate al trasporto dell'alunno/a da e verso la scuola" (es. relativamente al mezzo, all'attività di supporto dell'accompagnatore, etc.).

L'Ente tenuto a garantire il servizio trasporto è il **Comune di residenza** per la scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado. Per la scuola secondaria di secondo grado, invece, è competente la **Regione** che, a sua volta potrebbe, a seconda delle singole realtà regionali, avere delegato lo svolgimento di tale funzione alle città metropolitane o ai comuni anche associati tra loro.

L'inclusione scolastica nella Regione Abruzzo

Sul tema "**Scuola"**, l'Abruzzo mostra, rispetto al dato nazionale, una più **alta presenza di alunne/i e studentesse/i con disabilità in tutti gli ordini scolastici**, dall'infanzia alla secondaria di II grado, con una media di 3,9 persone con disabilità ogni 100 alunni, contro 3,3 dell'Italia, nell'anno 2019. Risulta, infatti, essere **la prima regione in Italia** e l'inclusione sociale di ragazzi con disabilità all'interno delle scuole costituisce quindi **uno dei maggiori punti di forza della Regione.**

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

Il PSR 2022-2024 evidenzia, comunque, che permangono **criticità** rilevanti soprattutto nell'ambito di alcuni aspetti evidenziati nella precedente programmazione, per cui risulta necessario intervenire con azioni di sistema e di indirizzo per migliorare le procedure e le modalità di intervento.

In particolare, emerge e permane la necessità di **definire più precisamente le competenze e gli standard quantitativi e qualitativi delle azioni e delle risorse umane e professionali per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione in ambito scolastico degli alunni con disabilità** (L. 104/92).

Si ritiene necessario correggere le incongruenze e disomogeneità a livello territoriale in merito al **monte ore assistenziale settimanale e all'impiego dei profili professionali**, nonché **la collaborazione con il personale curriculare e di sostegno**.

Si segnalano, inoltre, ulteriori difficoltà rilevate sul territorio dalle famiglie dei minori con disabilità:

- tempi lunghi e difficoltà di accesso alla prima visita neuropsichiatrica per l'accertamento della disabilità (l.n. 104/92), poiché possono trascorrere anche sei mesi per ottenere l'appuntamento per la visita;

- la predisposizione del *profilo di funzionamento* richiede molto tempo; in alcuni casi il neuropsichiatra è presente presso la sede ASL una volta a settimana e non riesce a fronteggiare tutte le richieste ed esigenze, né riesce a partecipare quasi mai ai GLO (spesse c'è solo l'assistente sociale)

- carenza di *specializzazione* e mancanza di *continuità* dei docenti di sostegno; come noto, è stato consentito l'accesso all'insegnamento nella Scuola Primaria di I grado a persone con diploma magistrale conseguito con vecchio ordinamento (prima del 2001), per cui entrano in servizio docenti che non hanno la formazione specialistica necessaria per assolvere adeguatamente il ruolo dell'insegnante di sostegno

- la gestione del monte ore assistenziale risulta inadeguata e migliorabile nell'interesse della persona con disabilità;

- difficoltà di raccordo fra insegnanti di sostegno, assistente educativo e docenti curriculari.

Occorre che la nuova programmazione sociale intervenga sugli aspetti evidenziati di concerto con la Direzione dell'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo e con il Servizio Istruzione del Dipartimento Lavoro-Sociale per meglio definire, tra l'altro, anche le azioni di programmazione e rendicontazione degli interventi assistenziali e trasporto scolastico per gli alunni frequentanti le scuole secondarie di secondo grado e che, pur se programmati integralmente all'interno dei piani distrettuali sociali, fanno capo per gli adempimenti amministrativi e finanziari al Servizio Istruzione regionale ai sensi della L.R. 78/78 *"diritto allo Studio".*

In materia, si segnalano **le raccomandazioni elaborate dalla Cabina di regia**, volte, su indicazione degli ADS, a rispondere alla necessità, per il Servizio Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione delle persone con disabilità, di definire un Accordo di Programma Quadro, ai sensi della L. 104/92 tra la Regione (che ha assorbito il ruolo delle Province) e l'Ufficio Scolastico Regionale, che delinei in modo netto il sistema delle responsabilità delle scuole, delle ASL e degli Enti Locali a tutela del diritto allo studio degli studenti con disabilità.

9 - INCLUSIONE LAVORATIVA

In ambito europeo le persone con disabilità hanno ricevuto una tutela specifica con la **Direttiva per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (2000/78/CE)** che ha introdotto, in ambito lavorativo, **il divieto di discriminazione anche in base alla disabilità** e l'obbligo, per i datori di lavoro, di adottare «*soluzioni ragionevoli*».

Tale Direttiva, quindi, oltre a definire la discriminazione in ambito lavorativo sotto una triplice forma (diretta, indiretta e molestie), all'art. 5, ha previsto che «*per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste **soluzioni ragionevoli**. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili*».

Fino al 2013 l'Italia non aveva completamente recepito la direttiva 2000/78/CE nell'ordinamento interno, non avendo introdotto l'espresso obbligo di adottare le soluzioni ragionevoli per i datori di lavoro. Per tale ragione, dopo essere stata condannata da parte della Corte di Giustizia Europea, con il «decreto lavoro» (D.I. 76/2013), si è provveduto a colmare tale lacuna, introducendo l'espresso obbligo per i datori di adottare soluzioni ragionevoli in favore dei lavoratori con disabilità[10].

Anche la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, più volte già citata, si occupa espressamente dell'inclusione lavorativa. Infatti, l'art. 27 CRPD[11] ("*Lavoro e*

[10] Sul punto, si ricorda che la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, all'art. 2 ha previsto lo strumento dell'**accomodamento ragionevole**, che viene definito come "le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongono un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di **tutti** i diritti umani e delle libertà fondamentali".

[11] **Articolo 27- Lavoro e occupazione**

Gli Stati Parti riconoscono il diritto al lavoro delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri; segnatamente il diritto di potersi mantenere attraverso un lavoro liberamente scelto o accettato in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto, che favorisca l'inclusione e l'accessibilità alle persone con disabilità.

Gli Stati Parti devono **garantire e favorire l'esercizio del diritto al lavoro**, anche a coloro i quali hanno subìto una disabilità durante l'impiego, prendendo appropriate iniziative - anche attraverso misure legislative - in particolare al fine di:

(a) **vietare la discriminazione fondata sulla disabilità** per tutto ciò che concerne il lavoro in ogni forma di occupazione, in particolare per quanto riguarda le condizioni di reclutamento, assunzione e impiego, la continuità dell'impiego, l'avanzamento di carriera e le condizioni di sicurezza e di igiene sul lavoro;

(b) proteggere il diritto delle persone con disabilità, su base di uguaglianza con gli altri, di beneficiare di **condizioni lavorative eque e favorevoli**, compresa la parità di **opportunità e l'uguaglianza di remunerazione** per un lavoro di pari valore, condizioni di lavoro **sicure e salubri**, la **protezione da molestie** e le procedure di composizione delle controversie;

occupazione") riconosce e sancisce il diritto al lavoro delle persone con disabilità su base di uguaglianza con gli altri, nonché il diritto di potersi mantenere attraverso un lavoro liberamente scelto o accettato in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto, che favorisca l'inclusione e l'accessibilità alle persone con disabilità.

L'Italia ha incominciato a rivolgere l'attenzione sul tema dell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità con la **Legge n. 482/68**, recante "*Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private*".

Detta legge aveva introdotto l'obbligo per i datori di lavoro pubblici, con un certo numero di dipendenti, di assumere un numero proporzionale di lavoratori con disabilità che fossero inseriti in liste speciali di collocamento tenute dall'allora Direzione Provinciale del Lavoro.

Tale legge è stata successivamente abrogata dalla **Legge n. 68/99**, tutt'ora vigente, recante "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*", con la quale si è inteso favorire l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, migliorando al contempo la qualità del sistema di avviamento al lavoro.

Essa, infatti, come indicato all'art. 1, ha come finalità *«la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato»*.

L'originario impianto della legge 68/99 è mutato anche a seguito dell'emanazione del D.lgs. n. 151/2015 con la finalità di rivedere la disciplina relativa all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e al collocamento mirato "*al fine di favorirne l'inclusione sociale l'inserimento e l'integrazione nel mercato del lavoro, avendo cura di valorizzare le competenze delle persone*".

(c) garantire che le persone con disabilità siano in grado di **esercitare i propri diritti di lavoratori e sindacali** su base di uguaglianza con gli altri;
(d) consentire alle persone con disabilità di avere effettivo **accesso ai programmi di orientamento tecnico e professionale, ai servizi per l'impiego e alla formazione professionale e continua**;
(e) promuovere **opportunità di impiego e l'avanzamento di carriera per le persone con disabilità nel mercato del lavoro**, quali l'assistenza nella ricerca, nell'ottenimento e nel mantenimento di un lavoro, e nella reintegrazione nello stesso;
(f) promuovere **opportunità di lavoro autonomo, l'imprenditorialità, l'organizzazione di cooperative e l'avvio di attività economiche in proprio**;
(g) **assumere persone con disabilità nel settore pubblico**;
(h) favorire l'impiego di persone con disabilità nel **settore privato** attraverso politiche e misure adeguate che possono includere programmi di azione antidiscriminatoria, incentivi e altre misure;
(i) garantire che alle persone con disabilità siano forniti **accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro**;
(j) promuovere l'acquisizione, da parte delle persone con disabilità, di **esperienze lavorative** nel mercato del lavoro;
(k) promuovere programmi di **orientamento e riabilitazione professionale**, di **mantenimento** del posto di lavoro e di **reinserimento** nel lavoro per le persone con disabilità.

2. Gli Stati Parti assicurano che le persone con disabilità non siano tenute in schiavitù o in stato di servitù e siano protette, su base di uguaglianza con gli altri, dal lavoro forzato o coatto.

Il percorso dell'inclusione lavorativa delle persone con disabilità ha poi visto, poi, l'emanazione delle **«Linee guida sul collocamento mirato»**, **adottate con DM 11 marzo 2022, n. 43**.

Tale documento punta a fornire un quadro di riferimento unitario a livello nazionale rispetto a principi, interventi e metodologie di attuazione, puntando a migliorare l'efficienza e l'organicità del sistema di inclusione lavorativa italiano.

Le linee guida costituiscono, quindi, un atto di indirizzo volto a promuovere (pur non sostituendosi alle legislazioni regionali) un migliore e maggiore coordinamento sul piano istituzionale del sistema di collocamento mirato nelle diverse regioni, nel rispetto dei principi sanciti dalla CRPD e della Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 e una sempre maggiore responsabilizzazione degli attori coinvolti in tale processo.

In tale contesto, la Direzione Generale delle Politiche attive del lavoro del Ministero si occupa di dare attuazione alla Banca dati del collocamento mirato, di cui all'art.8 del D.lgs. n. 151 del 2015, al fine di razionalizzare la raccolta sistematica dei dati, di semplificare gli adempimenti, nonché di migliorare il monitoraggio e la valutazione degli interventi. I dati da trasmettere nonché le modalità attuative sono stati definiti con decreto del Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro per l'Innovazione tecnologica e la transizione digitale e con il Ministro per la Pubblica amministrazione del 29 dicembre 2021.

Provvede, inoltre, ad aggiornare annualmente il Decreto con il quale, ai sensi dell'art. 13, comma 5, della Legge n. 68 del 1999, il Ministro del Lavoro, di concerto con il Ministro per le Disabilità e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze definisce l'ammontare delle risorse del Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità di trasferimento all'INPS e cura la relazione biennale al Parlamento sullo stato di attuazione delle norme per il diritto al lavoro delle persone con disabilità, di cui all'art. 21 della predetta Legge n. 68 del 1999.

Quando parliamo di inclusione lavorativa, occorre precisare che, rispetto al passato, è oggi venuta meno la c.d. "dichiarazione di incollocabilità" prevista nel modello utilizzato per il riconoscimento dell'invalidità civile.

Una persona con il riconoscimento dell'invalidità civile, anche con il 100% di invalidità e con indennità di accompagnamento, **non presenta alcuna incompatibilità con la possibilità di svolgere una attività lavorativa** e ha, pertanto, diritto a ricevere una valutazione delle residue capacità lavorative e in caso di valutazione positiva di accedere ad un percorso di inserimento lavorativo mirato.

Pertanto, **non esiste alcun automatismo tra la sussistenza di una invalidità e la possibilità di effettuare un'attività lavorativa[12].**

Il collocamento mirato delle persone con disabilità

L'art. 2 della Legge n. 68/99 definisce il collocamento mirato delle persone con disabilità come:

l'insieme degli «*strumenti tecnici e di supporto che permettono di **valutare adeguatamente le persone con disabilità nella loro capacità lavorativa e di inserirle nel posto più adatto**, attraverso l'analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzione dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione*».

Rispetto agli obblighi già contenuti nella previgente Legge n. 482/68 si è ritenuto di valorizzare maggiormente le **caratteristiche del lavoratore con disabilità** facendo sì che questi sia avviato ad una attività lavorativa **compatibile con le proprie attitudini e inclinazioni**.

Quanto ai **beneficiari**, la legge 68/99, si rivolge alle **persone in età lavorativa** che, ai sensi dell'art. 1 del DPR 333/2000, abbiano compiuto i **quindici anni d'età e non abbiano raggiunto l'età pensionabile**, che abbiano ottenuto almeno **uno dei seguenti riconoscimenti**:

- invalidità civile superiore al 45%;
- invalidità ai sensi Legge 222/84, ossia le persone la cui capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle proprie attitudini sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo;
- le persone non vedenti, ossia coloro che siano ciechi assoluti o ciechi parziali con un residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione;
- le persone sorde dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata;

[12] Restano salvi i **limiti reddituali** personali previsti per l'erogazione delle connesse provvidenze economiche per le pensioni di invalidità (17.920 euro l'anno per il 2023) e per gli assegni alle persone con invalidità parziale (5.391,88 euro l'anno per il 2023).
Mentre **ciò non vale per l'accompagnamento** che, invece, non è erogato in base al reddito ed è sospeso solo nel caso in cui la persona, per un certo periodo, sia ricoverata a spese dello Stato.
Le persone titolari di **pensione "di reversibilità",** in quanto inabili al lavoro, non corrono il rischio di perderla nel caso in cui inizino a lavorare, se tale attività ha fini terapeutici e di inclusione sociale (accertata dal centro medico – legale dell'Inps) ed un orario non superiore a 25 ore settimanali (art. 46 Legge 31/2008).
L'attività lavorativa, per far sì che non si perda il beneficio della pensione ai superstiti, deve essere svolta presso laboratori protetti, cooperative sociali o datori di lavoro che assumono persone con disabilità con convenzione di integrazione lavorativa, con contratti di formazione e lavoro, con contratti di apprendistato o con le agevolazioni previste per le assunzioni di disoccupati di lunga durata.

- invalidità da lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL);
- invalidità di guerra e per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al Decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915.

Le persone con disabilità che vogliono accedere al collocamento mirato necessitano:

1. **dell'accertamento dell'invalidità civile** volto ad attestare difficoltà a svolgere alcune funzioni tipiche della vita quotidiana, a causa di una menomazione fisica, di un deficit psichico o intellettivo, della vista o dell'udito: per le persone tra i 18 e i 67 anni, si accerta la perdita delle capacità lavorative (rappresentata in percentuale di invalidità). NB: Ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, l'invalidità civile del minore è conteggiata in percentuali;
2. **dell'accertamento della disabilità,** che si differenzia, per caratteristiche e finalità, da quello relativo all'invalidità civile, condizioni visive e sordità e da quello sullo stato di *handicap* ai sensi della Legge n. 104/92. Tale accertamento, infatti, è volto ad individuare le residue capacità lavorative rispetto alle «patologie» rilevate e le possibilità applicative nel mondo del lavoro. Vengono redatti verbale di visita, diagnosi funzionale e relazione conclusiva sul lavoratore: tale accertamento è effettuato anche nei confronti dei minori, a partire dai 15 anni e fino all'età pensionabile.

Anche se tali accertamenti possono essere richiesti nello stesso momento e svolgersi nel medesimo giorno, per ciascuno di essi viene rilasciato uno specifico verbale.

L'accertamento: la diagnosi funzionale e la relazione conclusiva

La Commissione[13] esegue l'accertamento secondo i criteri previsti dal DPCM 13 gennaio 2000, che specifica che l'attività della Commissione è finalizzata alla formulazione della c.d. "**diagnosi funzionale**".

[13] L'accertamento è svolto dalle commissioni integrate ASL/INPS istituite ai sensi della Legge n. 104/92 che, quindi, sono composte da:
- un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente*;
- due medici, di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro*;
- un operatore sociale**;
- un esperto nei casi da esaminare**.

Tali commissioni, inoltre, sono, di volta in volta, integrate da un medico in rappresentanza dell'associazione di categoria ANFFAS – ANMIC - UIC - ENS (a seconda della "patologia" che ricorre nel caso specifico) ed è riconosciuto il diritto per l'interessato di farsi assistere da un medico di fiducia (art. 1, Legge n. 295/1990).
Per le patologie di competenza Anffas cliccare qui: http://www.anffas.net/dld/files/Documenti_Anffas/Documenti vari/ELENCO PATOLOGIE ANFFAS.pdf
*dipendenti o convenzionati dell'Azienda sanitaria locale territorialmente competente;
** in servizio presso l'Azienda Sanitaria territorialmente competente.

Si tratta, in particolare, della descrizione analitica della compromissione dello stato psico-fisico e sensoriale della persona con disabilità, seguendo il modello allegato al DPCM su citato.

Nel glossario del DPCM, la diagnosi funzionale viene più specificatamente definita come «*la valutazione qualitativa e quantitativa, il più possibile oggettiva e riproducibile, di come la persona* ***"funziona"*** *per quanto concerne le sue condizioni fisiche, la sua autonomia, il suo ruolo sociale, le sue condizioni intellettive ed emotive*».

La diagnosi funzionale parte dall'elaborazione della "**scheda socio-lavorativa**" della persona con disabilità e si basa sui dati anamnestico-clinici, sulla documentazione medica preesistente e sul profilo socio-lavorativo della persona con disabilità, al fine di evidenziare le conseguenze derivanti dalle sue minorazioni e/o infermità in relazione al contesto lavorativo.

Tale attività è svolta in raccordo con il **Comitato Tecnico** operante presso i servizi per il collocamento mirato, il quale è formato da tecnici esperti in materia di disabilità, grazie al quale la Commissione acquisisce le notizie utili per individuare la posizione della persona con disabilità nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro.

Altre notizie, inoltre, possono essere acquisite dalla Commissione anche attraverso la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale (che saranno progressivamente sostituite dal profilo di funzionamento) redatti per la persona con disabilità durante il periodo scolare.

Una volta definita, attraverso la diagnosi funzionale, la concreta capacità globale (reale e potenziale) del lavoratore con disabilità, la Commissione medica formula la c.d. "**relazione conclusiva**".

Tale relazione indica la collocabilità o meno al lavoro e contiene i suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento lavorativo del lavoratore con disabilità attraverso il sistema del collocamento mirato.

Secondo le nuove Linee Guida sul collocamento mirato, emanate con il DM dell'11 marzo 2022 la Commissione di accertamento della disabilità ai fini lavorativi, oltre agli strumenti già in uso, utilizza anche la "**Scheda del profilo di funzionamento della persona con disabilità**" allegata alle Linee guida, che già in parte riprende quanto si indicava nella relazione conclusiva (suggerimenti in ordine ad eventuali forme di sostegno e strumenti tecnici necessari), ma **analizza anche le attività di accompagnamento da parte dei servizi all'interno di un progetto personalizzato**.

Con le linee guida si introduce, quindi, un importante ulteriore tassello nel sistema del collocamento mirato.

Infatti, l'Ufficio del Collocamento mirato, ricevuta l'iscrizione del lavoratore e le informazioni sopra dette, dovrà attivare percorsi di progressivo avvicinamento ad un contesto lavorativo intervenendo anche nel merito di eventuali modifiche dell'organizzazione di tale contesto, onde accogliere il lavoratore con disabilità in maniera del tutto inclusiva.

Iscrizione al collocamento mirato

L'art. 8, comma 1, della Legge n. 68/99 prevede che le persone aventi diritto ad accedere al collocamento mirato che aspirino «*ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative, **si iscrivono nell'apposito elenco tenuto dai servizi per il collocamento mirato** nel cui ambito territoriale si trova la residenza dell'interessato, il quale **può, comunque, iscriversi nell'elenco di altro servizio nel territorio dello Stato, previa cancellazione dall'elenco in cui era precedentemente iscritto***».

Ordinariamente, **l'iscrizione avviene, quindi, nell'elenco presso i servizi del collocamento mirato nel cui ambito territoriale si trova la residenza dell'interessato**.

Come indicato nelle Linee guida sul collocamento mirato, «*la ratio di tale previsione va rinvenuta nell'eventualità che la progettazione sulla persona con disabilità debba coinvolgere, oltre ai centri per l'impiego, la rete dei servizi territoriali (sociali, sanitari, ecc.), tipicamente attivabili sulla base della residenza»*.

La delibera del 23 maggio 2018, n. 19 dell'ANPAL - Ministero del Lavoro, DG Lotta alla povertà e per la programmazione sociale - Regioni e Province Autonome - illustra i **passaggi principali** del percorso di attivazione nell'ambito del collocamento mirato.

Nel caso delle persone con disabilità sono previste le seguenti fasi:

- accoglienza e prima informazione;
- DID (dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro) online e iscrizione al collocamento mirato;
- orientamento di base;
- eventuale profilazione qualitativa per persone con particolari fragilità;
- stipula del Patto di servizio personalizzato.

L'accoglienza e la prima informazione della persona interessata, rappresentano un momento di fondamentale importanza, e nel caso di persone con disabilità l'accoglienza è finalizzata, sotto forma di incontri, ad illustrare le caratteristiche, le opportunità e le tutele del collocamento mirato.

In tale contesto, è previsto, in primo luogo, il rilascio della DID (dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro) online, da parte della persona, che può essere effettuata in modalità autonoma o assistita presso il CPI (Centro per l'impiego).

Modalità autonoma → l'interessato rilascia la DID online accedendo in maniera autonoma al SIU (Sistema Informativo Unitario) e fissando on line un appuntamento

presso il CPI prescelto in occasione del quale presenta la documentazione che certifica la propria condizione di disabilità e viene effettuata l'iscrizione al collocamento mirato.

Modalità assistita → la persona, recandosi presso il CPI, di norma quello di residenza, viene supportata da un operatore nella procedura online di rilascio della DID. In tale occasione è presentata la documentazione che certifica la propria condizione di disabilità e viene effettuata contestualmente l'iscrizione nell'apposito elenco.

Ricordiamo che presso ciascun servizio per il collocamento mirato, infatti, è tenuto un elenco unico nel quale vengono iscritte tutte le persone con disabilità disoccupate che ne fanno richiesta. Il posizionamento in graduatoria dipende dai criteri che vengono stabiliti da ciascuna Regione.

È da tale elenco che si attinge per soddisfare le c.d. "quote di riserva" a cui sono tenuti i datori di lavoro, in base alle loro chiamate, numeriche o nominative.

Ai fini dell'iscrizione, è richiesta, in particolare, la seguente documentazione:

1. il certificato che attesti l'invalidità che dia luogo al diritto ad essere iscritti presso le liste speciali (certificato di invalidità civile con almeno il 45% o certificato di invalidità ai sensi della Legge n. 222/84 con almeno il 34%, etc.);
2. il certificato che attesti la "disabilità" emesso dalla Commissione medica di cui all'art. 4 Legge n. 104/92 (ossia diagnosi funzionale e relazione conclusiva);
3. il documento di riconoscimento e codice fiscale;
4. lo stato di famiglia;
5. i titoli di studio e professionali.

Per quanto riguarda la regione Abruzzo, è possibile consultare, attraverso il portale istituzionale (raggiungibile a questo link: https://selfi.regione.abruzzo.it/menu_items/centri-per-l-impiego) l'elenco dei Centri per l'Impiego, suddivisi per provincia di riferimento della Regione Abruzzo.

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

Sempre dall'esperienza diretta sul territorio, vengono segnalate:

- la non continuità delle esperienze di stage o tirocini, già sporadiche, discontinue e disomogenee nei territori
- la mancanza di raccordo fra chi potrebbe offrire lavoro e le persone con disabilità che vogliono lavorare.

Si rileva la necessità di un intervento da parte della Istituzioni, con la collaborazione attiva del Terzo Settore, per favorire un cambiamento culturale e valorizzare al meglio le buone prassi di inclusione lavorativa ed il raccordo tra domanda ed offerta di lavoro, incentivando il più possibile la continuità delle esperienze lavorative delle persone con disabilità.

10 - CO-PROGRAMMAZIONE E CO-PROGETTAZIONE

La co-programmazione e la co-progettazione sono modalità di **relazione** tra enti pubblici e Terzo settore ispirate al **principio di collaborazione**.

L'Ente del Terzo Settore (ETS) si caratterizza, infatti, per lo svolgimento di attività di interesse generale che lo rendono omologo per finalità all'ente pubblico: **per questo motivo sono previste forme di relazione tra i due soggetti che non presuppongano, come nel caso dei soggetti di mercato, interessi diversi e contrapposti, ma un partenariato per perseguire insieme una finalità condivisa.**

Co-programmazione e co-progettazione sono, quindi, modalità concrete con cui enti pubblici e Terzo settore possono operare insieme per perseguire uno scopo condiviso nei settori di attività di interesse generale. Ciò avviene mantenendo la piena trasparenza dei rapporti e la necessità di trattare in modo uniforme i soggetti che entrano in relazione con la pubblica amministrazione, da individuare attraverso bandi pubblici e sulla base di criteri coerenti con l'obiettivo da perseguire.

Ricordiamo che, quando parliamo di co-programmazione e co-progettazione, viene in rilievo l'art. 55 D.lgs. n. 117/17, che, disponendo in materia di "*Coinvolgimento degli enti del Terzo settore*", stabilisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, ad assicurare il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento.

Più nello specifico, la co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili; mentre la co-progettazione è finalizzata alla definizione ed, eventualmente, alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, proprio alla luce degli strumenti di programmazione suddetti.

Come previsto nelle Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed Enti del terzo settore negli artt. 55-57 del d.lgs. n.117/2017, adottate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 72/2021, gli artt. 55, 56 e 57 del Codice del Terzo settore rappresentano un'applicazione dell'art. 118, ultimo comma, Cost. che **valorizza ed agevola la possibile convergenza su "attività di interesse generale" fra la pubblica amministrazione e gli ETS**.

Sul punto, la Corte Costituzionale (sentenza n. 131 del 2020), ha chiarito come si tratti di "*una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost.*", un originale canale di

"*amministrazione condivisa*", alternativo a quello del profitto e del mercato, scandito "*per la prima volta in termini generali [come] una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria".* Ed ha, altresì, sottolineato il fondamentale ruolo che gli enti del Terzo settore svolgono in tali procedure, chiarendo proprio come gli ETS rappresentano la *"società solidale*" e "***costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale****, (…) in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno".*

In quest'ottica, quanto alla fase di co-programmazione, nelle Linee guida, si legge proprio che la stessa mira a generare un arricchimento della lettura dei bisogni, anche in modo integrato, rispetto ai tradizionali ambiti di competenza amministrativa degli enti, agevolando, nell'ambito della fase attuativa, la continuità del rapporto di collaborazione sussidiaria, come tale produttiva di integrazione di attività, risorse, anche immateriali, qualificazione della spesa nonché costruzione di politiche pubbliche condivise e potenzialmente effettive, oltre alla produzione di un clima di fiducia reciproco.

Con riguardo alla co-progettazione, poi, si legge che si tratta della metodologia ordinaria per l'attivazione di rapporti di collaborazione con ETS e che l'art. 55 fornisce, al riguardo, due indicazioni di cui tener conto nella sua applicazione:

a) da un lato, l'attivazione della co-progettazione rappresenta **la conseguenza dell'attivazione della co-programmazione, quale esito "naturale"**;
b) dall'altro, tale istituto è riferito a "specifici progetti di servizio o di intervento".

Proprio con riferimento all'istituto della co-progettazione, la Corte costituzionale lo ha definito come un modello che "*non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico*".

Quindi, se in passato il rapporto tra gli Enti del Terzo Settore e gli Enti Pubblici, veniva spesso inteso quale mera consultazione all'interno del processo che conduceva alla decisione finale da adottare, ad oggi, non può più essere così.

Quanto sancito nel Codice del Terzo settore prima e nella suddetta sentenza dopo, infatti, rende ragione di un diverso rapporto tra Enti Pubblici e Terzo Settore, non

fondato su un rapporto sinallagmatico ma su un fare-con, instaurando un canale di **amministrazione condivisa**. Ciò significa **riconoscere al Terzo Settore il ruolo di partner paritetico dell'Ente Pubblico per il raggiungimento dell'interesse generale**.

Inoltre, ricordiamo, come successivamente, al fine di rendere praticabile questa nuova modalità operativa, anche **il Codice degli appalti** ha recepito e normato tale novità, Infatti, all'art. 6, si stabilisce: "*In attuazione dei principi di solidarietà sociale e di sussidiarietà orizzontale, la pubblica amministrazione può apprestare, in relazione ad attività a spiccata valenza sociale, modelli organizzativi di co-amministrazione privi di rapporti sinallagmatici, fondati sulla condivisione della funzione amministrativa con i privati, sempre che le organizzazioni non lucrative contribuiscano al perseguimento delle finalità sociali in condizioni di pari trattamento, in modo effettivo e trasparente e in base al principio del risultato. Gli affidamenti di tali attività agli enti non lucrativi avvengono nel rispetto delle disposizioni previste dal decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, e non rientrano nel campo di applicazione del codice*".

Con tali modifiche si è reso più concreto e praticabile il campo della amministrazione condivisa che vede quali attori gli Enti del TS e gli Enti Pubblici.

Alcune Regioni (Toscana, Lazio, Umbria ed Emilia-Romagna) hanno voluto legiferare in tal senso accogliendo positivamente tale modo di lavorare insieme per l'interesse generale, dando, così, una ulteriore spinta verso la pratica dell'amministrazione.

Focus sulle criticità nella regione Abruzzo

È certamente apprezzabile il percorso messo in atto dalla Regione Abruzzo per la redazione del Piano sociale e da alcuni Comuni abruzzesi nella fase di progettazione degli interventi previsti dal piano sui territori ma, al contempo, viene rilevata una **difficoltà culturale** nell'approccio a questa nuova modalità operativa in particolar modo per quello che concerne la co-programmazione.

Tali difficoltà trovano la loro principale ragione in procedure amministrative che non tengono conto della novità normativa introdotta dal Codice del Terzo Settore e poi chiarite dalla sentenza della Corte Costituzionale n.131/20.

È, comunque, doveroso rilevare come sia necessario ed imprescindibile che anche il Terzo Settore si educhi a questo nuovo approccio e migliori le sue competenze oltre che, in alcuni casi, "uscire" da una eccessiva autoreferenzialità che non aiuta percorsi di condivisione tra soggetti diversi.

RACCOMANDAZIONI

Di seguito, a chiusura della trattazione contenuta nel presente documento, si propone un breve *focus* sull'attuale situazione rilevata nel territorio da Anffas Regione Abruzzo. Muovendo dalle prescrizioni normative meglio e più ampiamente analizzate nella parte generale, si evidenziano i disallineamenti riscontrati nell'applicazione effettiva sul territorio di tali discipline sopra esaminate. In particolare, tra l'altro, viene data voce alle maggiori criticità riscontrate e segnalate dalle famiglie di persone con disabilità e vengono indicate alcune Raccomandazioni e proposte concrete, al fine di favorire ed agevolare un proficuo scambio e costruttivo dialogo con gli Enti e le Autorità competenti nell'interesse e per una effettiva tutela delle persone con disabilità.

- ✓ **L.R. Abruzzo n. 2/2005 "*Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona*"**

  Tale legge, a distanza di quasi vent'anni dalla sua emanazione, è rimasta inattuata per mancata adozione regolamento attuativo

  - ➢ Si auspica una focalizzazione in tal senso al fine di colmare il vuoto normativo e soprattutto allo scopo di rendere tutto il processo più aderente alle nuove norme emanate negli anni in tema di disabilità.

- ✓ **Legge 328/2000 - Art. 14, comma 1 – progetto individualizzato**

  1) In Abruzzo, come riporta il PSR 2022/2024 la progressiva costruzione di un nuovo *welfare* regionale, partendo dagli indirizzi e dalle azioni della legge quadro 104/92 sulla disabilità, dalla legge 328/2000 e della normativa successiva e complementare per la disabilità e la non autosufficienza, oltre che dal rafforzamento dei principi e dei diritti universali delle persone con disabilità e svantaggio sociale (Convenzione ONU 2006), **si fonda sulla capacità di valutazione del bisogno e di *presa in carico*,** prendendo a riferimento le indicazioni programmatorie del D.M. 26 settembre 2016 che pone le basi per una concreta applicazione dei principi universali della Convenzione ONU sulla disabilità del 13 dicembre 2006 (L. 18/2019). La valutazione del bisogno di cura, come detto, viene effettuato da parte **dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** in cui sono presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando scale già applicate e validate scientificamente presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, *nella prospettiva della classificazione ICF*, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o di chi ne fa le veci.

  Per tale ragione sono stati stanziati aumenti per il potenziamento dei PUA nei tre anni di durata del piano.

Allo stato attuale le UVM, tranne sporadiche eccezioni, non redigono progetti individuali ai sensi dell'art.14 della l.n. 328/2000 corredati da budget di progetto e sono decisamente sottodimensionate rispetto al lavoro da svolgere; per tale ragione, i tempi di attuazione dell'effettivo potenziamento dei PUA si prospettano comunque non brevi, con conseguenti ritardi e connesso pregiudizio per l'effettiva tutela dei diritti delle persone con disabilità.

- Si propone di valutare, nelle more dell'effettivo e stabile potenziamento dei PUA con personale stabilmente inserito in organico, di addivenire ad accordi con soggetti quali le associazioni rappresentative delle persone con disabilità che possano mettere a disposizione gli strumenti nonché il proprio personale adeguatamente formato per la redazione dei P.I. e del connesso budget di progetto.

2) Una ulteriore criticità viene riscontrata con riferimento agli strumenti utilizzati per redigere i piani individualizzati/personalizzati: lo strumento di valutazione maggiormente utilizzato risulta essere la scheda S.Va.M.Di. integrata con altri strumenti non validati scientificamente e non uniformi sul territorio.

- Si auspica in tempi brevi l'utilizzo di strumenti e di processi di valutazione multidimensionale fondati sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF;

3) In riferimento al progetto individualizzato è stato rilevato che nel PSR 2016 - 2018 era previsto, che la effettiva predisposizione e realizzazione dei Progetti individualizzati per le persone con disabilità, da parte di tutti i Servizi sociali professionali degli Ambiti distrettuali fosse un vincolo per l'erogazione delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie per tutte le fasce di età e le tipologie di disabilità. Lo stesso concetto veniva ribadito nei PSD.

Nel PSR 2022-2024, viene invece fatto riferimento ad un semplice un "***impegno"*** della Regione Abruzzo in tal senso, depotenziando, nei fatti, il requisito di imprescindibilità dell'effettiva predisposizione di un progetto individualizzato in termini di legge ai fini di cui sopra. *("l'impegno della Regione Abruzzo nell'ambito della programmazione territoriale dei servizi socioassistenziali e sociosanitari, è quello di garantire una condivisione con gli enti territoriali preposti alla gestione dei servizi alla persona, con i servizi sociosanitari del territorio (DSB, PUA, UVM) e con le associazioni rappresentative del mondo della disabilità e della non autosufficienza. Proprio nell'ottica del rafforzamento della rete sociosanitaria territoriale, a partire dal Piano per la non autosufficienza 2019-2021 si vogliono potenziare il confronto e la condivisione sia delle modalità sia delle procedure di presa in carico, ma soprattutto rendere pienamente condivisi e uniformi i processi e gli strumenti di individuazione del target (disabilità gravissima e non autosufficienza grave), di valutazione e misurazione del bisogno*

socioassistenziale e sociosanitario. Con tale modalità si "costruisce" un buon "Progetto Personalizzato" che definisce in dettaglio l'intervento assistenziale mirato e appropriato, sia esso diretto e/o indiretto, rivolto alla persona non autosufficiente).

4) Ad oggi, si registra che il PEI, il progetto di vita indipendente (L.R. 57/12), i percorsi del "Durante e Dopo di Noi", nonché i servizi di cui la persona con disabilità usufruisce, non confluiscono in un più ampio e completo **Progetto individuale,** come invece previsto dalla normativa e imposto dalla *ratio* della disciplina in materia, con conseguente:

- ✓ impossibilità di coordinare gli interventi e monitorare gli esiti nel tempo a discapito della qualità di vita;
- ✓ dispendio di risorse e l'impossibilità di pianificare future allocazioni

La condivisione fra i servizi sociosanitari e le associazioni più rappresentative delle persone con disabilità non è attuata in modo reale ed efficace, con tempi spesso molto ristretti concessi dalla Regione agli Ambiti per la redazione dei PSD o ugualmente troppo stringenti per gli avvisi pubblici.

- Si propone maggior attenzione:
  - alla tempistica fornita per le scadenze che sia compatibile con i tempi necessari per un reale confronto;
  - alla maggiore focalizzazione sul miglioramento della qualità di vita della P.C.D. alla quale destinare gli interventi di volta in volta necessari a tale scopo e non partire dai servizi disponibili da assegnare con la modalità a pioggia (in parti uguali).
- proprio nell'ottica del rafforzamento della rete sociosanitaria territoriale, è fondamentale potenziare il confronto e la condivisione delle modalità e procedure di presa in carico, ma soprattutto rendere pienamente condivisi ed uniformi i processi e gli strumenti di individuazione del target (disabilità gravissima e non autosufficienza), di valutazione e misurazione del bisogno socioassistenziale e socio-sanitario.
- deve essere assicurata la più ampia ed effettiva partecipazione della persona con disabilità alla stesura del proprio progetto personalizzato: affinché sia un progetto con la persona e non per la persona con disabilità**,** tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze ed agevolandone la presenza anche nelle fasi successive di monitoraggio e valutazione.

- ✓ **Legge Regione Abruzzo n. 57 del 23 novembre 2012 - Interventi regionali per la vita indipendente**

  L'art. 1 stabilisce le finalità degli interventi regionali per la realizzazione delle modalità di vita indipendente, che consistono nel favorire l'autogestione dei servizi assistenziali al fine di contrastare il ricorso all'istituzionalizzazione, garantire la personalizzazione degli interventi, l'integrazione sociale e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone con grave disabilità. Nel rispetto delle risorse disponibili annualmente sul bilancio regionale, la Regione garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita, finalizzata a contrastare l'isolamento, a garantire la vita all'interno della comunità e l'integrazione con il proprio ambiente sociale.

  Il livello e l'entità delle risorse finanziarie stanziate e destinate dalla Regione Abruzzo per il finanziamento dei progetti di Vita Indipendente e l'impegno della Regione Abruzzo nel potenziarne il reperimento ed effettivo impiego merita certamente apprezzamento.

  Va segnalata, tuttavia, l'**urgenza (più volte evidenziata nei tavoli di lavoro) di rendere l'applicazione della Legge Regionale n. 57/12 coerente con le Linee guida nazionali in materia di Vita indipendente, vista l'evoluzione del contesto normativo e applicativo a livello nazionale.**

  Ad oggi, infatti, si rileva che le concrete modalità di attuazione della L.R. non consentono di dare effettiva attuazione allo spirito della normativa nel più ampio contesto in cui è inserita e cui va necessariamente adeguata con particolare riferimento al **progetto di vita**.

  All'art. 4 è, infatti, previsto che "*i progetti di assistenza personale autogestita sono realizzati attraverso l'attuazione di programmi di aiuto sulla base di progetti personalizzati, presentati con cadenza annuale agli Enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, e gestiti dai destinatari (…); il progetto è redatto secondo modelli predisposti dalla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali*".

  Tuttavia, la modulistica fornita dalla Regione Abruzzo per la presentazione delle domande **risulta inattuale e non rispetta né tiene conto delle caratteristiche essenziali ed imprescindibili del progetto di vita/individualizzato previsto dall' art. 14, comma 1 della legge n. 328/00**, che addirittura viene richiesto alle famiglie di compilare su un prestampato, laddove, invece, lo stesso, come già evidenziato, **deve essere predisposto nelle diverse e più complesse modalità sopra esaminate e previste dalla normativa nazionale richiamata.**

  - ➢ Si auspica che tale problematica concreta e sostanziale venga superata, eliminando l'uso di tale modulistica impropria ed utilizzando i progetti di

vita personalizzati, realizzati conformemente alle modalità e metodologie previste dalla normativa al fine di non vanificare lo spirito della legge e della complessiva disciplina nazionale.

- ✓ **D.lgs. n. 66/17 – Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità**

Tale normativa ha previsto **l'introduzione dell'«accertamento della disabilità in età evolutiva»**, nonché la **graduale sostituzione** delle certificazioni utilizzate ai fini scolastici per l'elaborazione del PEI (redatto seguendo lo schema ministeriale introdotto con D.I. 182/2020) con il profilo di funzionamento che sostituisce, ricomprendendoli, la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale e che non si limita ad analizzare il funzionamento dell'alunno, ma tiene in considerazione i contesti e gli ambienti, individuando quali possano essere le barriere e/o i facilitatori da attivare con la pianificazione degli interventi nel PEI (art. 12, comma l. 104/92).

Il PEI ("progetto di vita scolastica" del singolo alunno con disabilità), in cui vengono definiti tutti gli interventi, tra loro integrati, per la piena realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione dell'alunno, deve indicare tutti i **sostegni**, didattici e non, provvedendo anche a quantificare **l'impegno orario** di ogni singolo sostegno.

Nello specifico, all'interno del PEI devono essere individuati per dimensione, gli obiettivi, le strategie operative, le attività ed i contenuti, i metodi e gli strumenti, determinando anche, con l'assenso della famiglia, eventuali percorsi didattici differenziati rispetto ai programmi ministeriali.

Il PEI viene elaborato dal **Gruppo di Lavoro Operativo (GLO**).

Viene evidenziato dalle famiglie il mancato rispetto delle tempistiche per l'elaborazione del PEI nonché una gestione del monte ore assistenziale inadeguata e migliorabile nell'interesse della persona con disabilità

- ➢ Si auspica che:
  - ✓ gli uffici scolastici vigilino sul rispetto delle tempistiche previste dalla normativa per le riunioni del GLO e per la relazione del PEI;
  - ✓ la ASL di pertinenza dovrebbe mettere a disposizione un neuropsichiatra infantile per partecipare ai GLO e superare così la cattiva prassi per cui spesso, per carenza di tali figure, la partecipazione ai GLO viene demandata ai soli assistenti sociali;
  - ✓ l'**insegnante di sostegno venga** considerato un insegnante con **formazione specifica che viene assegnato alla classe e che** assume la **contitolarità** delle sezioni e delle classi in cui operano;

- ✓ venga incentivata e garantita la continuità con l'insegnante di sostegno;
- ✓ ove si verifichi una perdita di ore dell'assistenza educativa nel caso in cui lo studente con disabilità sia malato o sia assente per la chiusura della scuola in occasione di festività, il monte ore dell'assistenza educativa stabilito per lo studente con disabilità viene decurtato in base alle suddette assenze, mentre, nel rispetto del PEI e degli obiettivi ivi previsti, si potrebbe valutare un recupero di tale utile servizio;
- ✓ venga definito un Accordo di Programma Quadro, ai sensi della L. 104/92 tra la Regione (che ha assorbito il ruolo delle Province) e l'Ufficio Scolastico Regionale, che delinei in modo netto il sistema delle responsabilità delle scuole, delle ASL e degli Enti Locali a tutela del diritto allo studio degli studenti con disabilità.

✓ **Legge n. 68/99** - **"*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*"**

Tale legge, come indicato all'art. 1, ha come finalità *«la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato»*.

L'art. 8, comma 1, della Legge n. 68/99 prevede che le persone aventi diritto ad accedere al collocamento mirato che aspirino «*ad una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative,* ***si iscrivono nell'apposito elenco tenuto dai servizi per il collocamento mirato*** *nel cui ambito territoriale si trova la residenza dell'interessato, il quale* ***può, comunque, iscriversi nell'elenco di altro servizio nel territorio dello Stato, previa cancellazione dall'elenco in cui era precedentemente iscritto*****»**.

L'art. 2 della Legge n. 68/99 definisce il collocamento mirato delle persone con disabilità come:

l'insieme degli «*strumenti tecnici e di supporto che permettono di* ***valutare adeguatamente le persone con disabilità nella loro capacità lavorativa e di inserirle nel posto più adatto****, attraverso l'analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzione dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione*».

Dall'esperienza diretta sul territorio, vengono segnalate:

- la non continuità delle esperienze di stage o tirocini, già sporadiche, discontinue e disomogenee nei territori
- la mancanza di raccordo fra chi potrebbe offrire lavoro e le persone con disabilità che vogliono lavorare

- Si rileva la necessità di un intervento da parte della Istituzioni, con la collaborazione attiva del Terzo Settore, per favorire un cambiamento culturale e valorizzare al meglio le buone prassi di reale inclusione lavorativa ed il raccordo tra domanda ed offerta di lavoro, incentivando il più possibile la continuità delle esperienze lavorative delle persone con disabilità.

✓ **LEGGE n. 112/16 - sul "Durante e dopo di noi"** - "*Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*".

Tale legge e il connesso decreto attuativo (Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 23 novembre 2016) recante "R*equisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016*"), mirano ad attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave senza sostegno genitoriale.

Requisito essenziale per accedere alle misure previste dalla legge sul "Dopo di Noi" è la predisposizione di un progetto di vita ex art. 14 L. 328/2008, integrato con le misure previste dalla Legge n. 112/16, così determinando la progressiva presa in carico della persona con disabilità grave durante l'esistenza in vita dei genitori.

In sede attuativa negli ADS, come già evidenziato, il progetto Individualizzato **non sempre viene redatto secondo quanto previsto, e non si tiene conto degli otto domini della qualità di vita**.

Le misure proposte spesso sono una ripetizione di interventi già in essere nei confronti della persona con disabilità e non aprono a nuove esperienze necessarie a sviluppare nuova autonomia che possano portare ad un progressivo distacco dal nucleo familiare di origine.

Inoltre, nelle progettazioni non si tiene sempre conto dei desideri e delle aspettative delle persone con disabilità;

Quando si parla di "Dopo di noi", nell'interpretazione corrente, si ritiene che possano essere destinatari solo le persone con disabilità a bassa intensità di sostegni e, di conseguenza, per coloro i quali necessitano di elevati sostegni, si ritiene di dover ricorrere ad altre progettualità ma non al "Dopo di noi".

Alla luce di tutto quanto sopra:

- si ritiene fondamentale redigere il progetto individuale per le persone con disabilità ai sensi dell'art. 14 della l.n. 328/2000 per l'accesso alle misure previste per il "durante e dopo di noi" tenendo conto delle necessità, dei bisogni e dei desideri della persona con disabilità.
- Si ribadisce come tale progetto deve essere definito assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità, tenendo sempre conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo, altresì, il suo pieno coinvolgimento nel successivo monitoraggio e verifica degli obiettivi

Assistenza sanitaria territoriale

Riorganizzazione della rete di assistenza Residenziale e Semiresidenziale

In attuazione della Legge Regionale n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale 2008-2010) la Regione Abruzzo aveva delineato e avviato un ambizioso programma di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale di tipo Residenziale e Semiresidenziale al fine di renderla più coerente con i fabbisogni della popolazione abruzzese e con le opportunità dell'evoluzione della pratica clinica e delle moderne tecnologie.

Il programma di riconversione delle strutture, seppure assentito con provvedimenti di Giunta Regionale, non ha avuto esito producendo disequilibrio tra fabbisogno stimato e offerta di servizi nelle aree Anziani, non autosufficienti, disabilità e riabilitazione, inattivazione di nuovi setting assistenziali, inappropriatezza delle prese in carico.

Attualizzazione e aggiornamento delle tariffe

I servizi di assistenza sanitaria territoriale sono remunerati con tariffe non aggiornate da molti anni (per taluni setting da oltre un ventennio) disattendendo quanto disposto all'art. 8-sexies, comma 6, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Nel mese di maggio 2023 in coerenza con l'Obiettivo 2-Azione 1 del Programma Operativo 2022-2024 la Regione Abruzzo con provvedimento di Giunta Regionale ha conferito all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) espresso incarico per la **verifica ed eventuale attualizzazione delle tariffe vigenti per le diverse Aree Assistenziali**, attraverso la costituzione di un **Gruppo Tecnico di lavoro** a composizione mista pubblico-privata.

Ad oggi degli undici sottogruppi costituiti **ne sono stati attivati solamente 2** (Residenze Sanitarie Assistenziali e Residenze Assistenziali) i cui lavori sono **fermi dal mese di novembre** scorso.

➢ Si auspica una pronta attivazione di tutti i sottogruppi previsti ed una maggiore continuità dei lavori

Riduzione e contingentamento dei tetti di spesa

Il Piano di Risanamento attuato dalla Regione Abruzzo a seguito del commissariamento, ha prodotto una **riduzione delle risorse destinate ai servizi erogati dal privato accreditato pari a 70 milioni di euro**, ridotti di un ulteriore 5% per effetto della spending review.

Il perdurare contingentamento dei tetti di spesa contrattualizzati con il privato accreditato non consente di rispondere in maniera adeguata e puntuale alle richieste di cura autorizzate delle UVM territoriali, producendo **corpose liste di attesa** (per talune tipologie di prestazione i tempi di attesa sono superiori all'anno) e **incremento della spesa per la mobilità passiva**.

Aggiornamento dei Fabbisogni assistenziali - Area Anziani non autosufficienti, Disabilità e Riabilitazione

Per numerosi setting assistenziali delle aree Anziani non autosufficienti, Disabilità e Riabilitazione gli atti di fabbisogno sono risalenti all'anno 2017 (DCA 28 settembre 2016, n. 117).

Discutibili sono i criteri di calcolo sovente utilizzati per la stima del fabbisogno laddove ci si è limitati al mero calcolo matematico (popolazione di riferimento x indice standard) senza tener conto delle differenze territoriali e del dato di bisogno insoddisfatto, documentabile dalle liste di attesa e dal dato della mobilità passiva.

Esempio recente e tangibile di quanto appena rappresentato, con riferimento alle prestazioni ambulatoriali ex art. 26, ci viene fornito dal Documento Tecnico predisposto dal Servizio Programmazione Socio-Sanitaria, approvato dalla Giunta Regionale nel mese di ottobre 2023 "Fabbisogno di accreditamento ambulatori di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78".

Nel caso di specie il fabbisogno aggiuntivo di punti erogativi di prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, extramurale e domiciliare viene stimato utilizzando una metodologia razionale con criterio empirico che tiene conto unicamente dei flussi di dimissione ospedaliera (SDO) anno 2019 riferiti a patologie compatibili con le prestazioni riabilitative, omettendo il volume delle domande di cura giacenti in lista di attesa preso le varie strutture private accreditate

Sulla base del criterio di calcolo adottato dal Servizio regionale nella Asl 202 (Lanciano-Vasto-Chieti) e nella Asl 204 (Teramo), a differenza delle Asl 201 (L'Aquila) e Asl 203 (Pescara) non si ravvisa la presenza di fabbisogni aggiuntivi accreditabili.

Co-programmazione e co-progettazione

L'art. 55 D.lgs. n. 117/17, disponendo in materia di "***Coinvolgimento degli enti del Terzo settore***", stabilisce che le pubbliche amministrazioni sono tenute, **in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale**, **responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, ad assicurare il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione e accreditamento.**

È certamente apprezzabile il percorso messo in atto dalla Regione Abruzzo per la redazione del Piano sociale e da alcuni Comuni abruzzesi nella fase di progettazione degli interventi previsti dal piano sui territori ma, al contempo, viene rilevata una **difficoltà culturale** nell'approccio a questa nuova modalità operativa in particolar modo per quello che concerne la co-programmazione.

Tali difficoltà trovano la loro principale ragione in procedure amministrative che non tengono conto della novità normativa introdotta dal Codice del Terzo Settore e poi chiarita dalla sentenza della Corte Costituzionale n.131/20, nonché delle linee guida sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore di cui al D.M. n. 72 del 31.03.2021.

È, comunque, doveroso rilevare come sia necessario ed imprescindibile che anche il Terzo Settore si educhi a questo nuovo approccio e migliori le sue competenze oltre che, in alcuni casi, "uscire" da una eccessiva autoreferenzialità che non aiuta percorsi di condivisione tra soggetti diversi.

➢ Si auspica un coinvolgimento sempre maggiore del Terzo Settore, che possa essere ancor più effettivo, in uno scambio e dialogo che siano costanti e continui. Occorre, inoltre, abbandonare un modello di coinvolgimento meramente formale, spesso in stringente prossimità di determinazioni da assumere, con tempi che rendono difficile un pieno e reale confronto e contributo da parte del Terzo Settore.

ANFFAS NAZIONALE

Via Latina, 20
00179 Roma (RM)
Tel. 06/3611524 - 06/3212391
nazionale@anffas.net
www.anffas.net

ANFFAS ABRUZZO

Via Bernini, 13/15
65124 Pescara (PE)
Tel. 085/2195136
anffasabruzzo@yahoo.it
www.anffasabruzzo.it