

PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E RIPARTO DEL FONDO PER LE NON
AUTOSUFFICIENZE PER IL TRIENNIO 2022-2024

INDICAZIONI OPERATIVE

[DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 ottobre 2022](#)

(pubblicato in *GU n.294 del 17-12-2022*)

PREMESSO che con questo decreto è stato adottato il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e sono state ripartite le risorse del Fondo per il triennio 2022-2024, si ritiene utile fornire prime indicazioni operative sugli adempimenti connessi e conseguenti da attuare, ai vari livelli.

In particolare, si segnala che:

[Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza \(PNNA\)](#) costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) ed individua, nei limiti di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire, in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale.

È importante tenere conto del fatto che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data 20 dicembre 2022 ha dato [notizia sul proprio sito](#) dell'avvenuta pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto di riparto, riportante anche gli estremi di registrazione da parte della Procura Generale della Corte dei Conti. Pertanto, si ritiene che da tale data (20 dicembre 2022) decorra il termine dei 90 giorni (20 marzo 2023) entro il quale le Regioni sono tenute all'adozione dei previsti piani regionali.

Quindi, come detto, le Regioni per ottenere le risorse dovute dovranno presentare, **entro il 20 marzo 2023**, apposito piano regionale.

Motivo questo per cui appare quantomai opportuno attrezzarsi, per tempo anche all'interno delle nostre Reti, ed iniziare ad approfondire quanto necessario per adempiere a tale incombenza e per dare concreta e compiuta attuazione al nuovo complessivo piano.

A tal fine è bene ricordare che "il Piano regionale dovrà essere concertato con le parti sociali, il terzo settore e le associazioni maggiormente rappresentative sulla disabilità e non autosufficienza".

Si premette e ribadisce che il Piano Regionale dovrà, in ogni caso, essere coerente con quanto previsto dal [Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024](#), anch'esso adottato ed emanato

con il decreto in oggetto nonché seguire le prescrizioni del decreto di riparto stesso.

Sul fronte delle risorse destinate, a livello nazionale, per le suddette finalità afferenti al Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) nel triennio 2022-2024, si ricorda che le stesse ammontano a:

- **822 milioni di euro nel 2022,**
- **865,3 milioni di euro nel 2023,**
- **913,6 milioni di euro nel 2024.**

Si ricorda, anche, che l’FNA è stato istituito, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dall’art. 1 comma 1264 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 al fine di garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (LEPS) su tutto il territorio nazionale, con riguardo alle persone non autosufficienti.

- **Cosa devono fare le Regioni**

Come già detto le regioni sono tenute ad adottare, entro il 20 marzo 2023, un **Piano regionale per la non autosufficienza**, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del piano nazionale, a valere sulle risorse di cui al decreto di riparto.

È bene ricordare che le regioni possono anche integrare le risorse del Fondo Nazionale con risorse proprie, o disporre di proprie specifiche normative in materia, ma, in ogni caso, devono dare attuazione al piano nazionale, utilizzando le risorse ripartite esclusivamente per tali finalità.

- **Tempistica**

L’atto di programmazione è comunicato dalle Regioni al Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali e alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità - **entro novanta giorni** dalla avvenuta pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero, della avvenuta registrazione della Corte dei conti del decreto di riparto.

Il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali procede all'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione, **entro trenta giorni** dalla ricezione dello schema di Piano regionale ovvero dell'atto di programmazione regionale **previa valutazione della sua coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza.**

- **Platea dei destinatari**

Il decreto di riparto prevede espressamente che le Regioni devono utilizzare le risorse loro assegnate in favore:

- 1) delle persone con disabilità gravissima;
- 2) di quelle individuate all'[art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016](#);
- 3) persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;
- 4) persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

Nonché, così come espressamente previsto dal PNNA, delle persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale.

Lo stesso decreto prevede, altresì, che comunque occorre utilizzare tali risorse fino al soddisfacimento della platea di destinatari sotto indicata, ovvero persone in condizione di disabilità gravissima intendendo per tali le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla [legge 11 febbraio 1980, n. 18](#), o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 – nonché le persone con disabilità grave, come espressamente indicate dal Piano Triennale e sotto meglio specificate -

Allegato 3 al DCPM 159/2013

Modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)

Categorie	Disabilità Media	Disabilità Grave	Non autosufficienza
Invalidi civili di età compresa tra 18 e 65 anni	- Invalidi 67=>99% (D.Lgs. 509/88)	- Inabili totali (L. 118/71, artt. 2 e 12)	- Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
Invalidi civili minori di età	-Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età (L. 118/71, art. 2 - diritto all'indennità di frequenza)	- Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrano le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30	Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1)
Invalidi civili ultrasessantacinquenni	- Ultrasessanta -cinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67=>99% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	- Ultrasessanta -cinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	- Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
Ciechi civili	- Art 4 L. 138/2001	- Ciechi civili parziali (L. 382/70- L. 508/88 - L. 138/2001)	- Ciechi civili assoluti (L. 382/70 -L. 508/88 - L. 138/2001)
Sordi civili	- Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)	- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000	
INPS	- Invalidi (L. 222/84, artt. 1 e 6 - D.Lgs. 503/92, art. 1, comma 8)	- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)	-Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa
INAIL	- Invalidi sul lavoro 50=>79% (DPR 1124/65, art. 66) - Invalidi sul lavoro 35=>59 % (D.Lgs 38/2000, art.13 - DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	- Invalidi sul lavoro 80=>100% (DPR 1124/65, art. 66) - Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 - DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	- Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 - art. 66) - Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782, punto 4
INPS gestione ex INPDAP	- Inabili alle mansioni (L. 379/55, DPR 73/92 e DPR 171/2011)	- Inabili (L. 274/1991, art. 13 - L. 335/95, art. 2)	
Trattamenti di privilegio ordinari e di guerra	- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. A DPR 834/81 (71=>80%)	- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla prima categoria Tab. A DPR 834/81 (81=>100%)	- Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al DPR 834/81)
Handicap		- Art 3 comma 3 L.104/92	

e per i quali destinatari si sia verificata almeno 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.

Il piano triennale integra, come detto sopra, la platea dei destinatari specificando che le misure ed interventi sono destinati anche a:

- Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave

Nota bene: per persone con disabilità grave (basso bisogno assistenziale) si intendono:

le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, ossia:

- a) "mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'art. 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua;*
- b) invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate.*

Rientrano, in ogni caso, tra i destinatari le persone comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 di cui alla tabella sopra riportata aventi i previsti requisiti.

In ogni caso, ciò deve risultare coerente con i requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.

Necessaria priorità del Piano è, infatti, proprio quella di avviare un percorso che definisca le persone non autosufficienti gravi che accedono agli interventi del FNA, insieme alla generale necessità di consolidare gli strumenti per l'identificazione dei beneficiari.

Finalità del fondo

Il decreto di riparto indica quali finalità del fondo quelle relative all'erogazione di *servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane da erogare da parte degli ATS, fermo restando quanto previsto dal*

[decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 \(LEA\)](#)

Nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria, ovvero:

- I. soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane;*
- II. rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane;*
- III. adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.*

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali:

- I. il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;*
- II. un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;*
- III. l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.*

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti 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, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e

l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti" (art. 1, comma 162, L. 234/2021).

Inoltre, sempre lo stesso decreto prescrive che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS devono garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso a servizi sociali e a servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA devono operare equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS" (art. 1, comma 163, L. 234/2021).

- **Risorse integrative diverse dall'indennità di accompagnamento**

L'offerta di servizi di cui all'[art. 1, comma 162 della legge n. 234 del 2021](#) può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza secondo le previsioni del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e nel rispetto di quanto previsto ai [commi 163 e 164 del medesimo articolo](#), fermo restando quanto stabilito dall'[art. 1, comma 255 della legge n. 205/2017](#).

- **Applicazione ISEE**

Gli interventi previsti nel Piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. Nel caso di interventi forniti a persone in condizioni di gravissima disabilità, le soglie di accesso non possono essere inferiori a **50.000,00 euro, accresciuti a 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni**, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni di natura sociosanitaria.

- **Consultazioni parti sociali/Terzo Settore ed associazioni rappresentative delle disabilità**

Il decreto prevede espressamente che nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali occorre favorire la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti.

- **Il piano regionale (secondo l'[allegato B](#) del decreto di riparto)**

Il piano regionale, ovvero l'atto di programmazione regionale, deve individuare, in particolare, su base triennale gli specifici interventi e servizi sociali per la non autosufficienza finanziabili a valere sulle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.

Il piano regionale o l'atto di programmazione devono essere redatti secondo le modalità di cui all'allegato B del citato decreto e devono contenere:

a) il quadro di contesto contenente:

- l'indicazione delle norme regionali che disciplinano gli interventi in materia di disabilità, di non autosufficienza delle persone anziane e vita indipendente;
- le modalità con le quali è avvenuto il confronto con le autonomie locali, la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza e il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti;
- **le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria**, indicando la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria e descrivendo specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenute norme e indirizzi nazionali:
 - ambiti territoriali;
 - PUA;

- valutazione multidimensionale;
- progetto personalizzato.

b) le modalità di individuazione dei beneficiari, indicando:

- i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale di disabilità gravissima ([art. 3 DM 26 settembre 2016](#));
- i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità grave e descriverne sinteticamente i contenuti, in particolare, specificando se ai fini dell'accesso alle prestazioni è stata utilizzata una scala di valutazione multidimensionale (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche,
- i criteri e le modalità per l'individuazione delle persone anziane non autosufficienti, le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione.

c) la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, e, in particolare:

- la descrizione degli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per anziani non autosufficienti mettendo in evidenza le modalità di realizzazione dei LEPS di erogazione dei servizi di cui [all'art. 1, comma 162, lettere a\), b\) e c\) della legge n. 234 del 2021](#), nonché la descrizione delle altre forme di intervento di cui al [comma 164 del medesimo articolo](#);
- la descrizione degli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima, ovvero:
 - 1) assegno di cura e per l'autonomia ([art. 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021](#)), che deve essere previsto tra gli interventi del PAI e predisposto dall'équipe multidisciplinare, inserendosi in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;
 - può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
 - essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
 - in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;

- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi.

In tale ambito si richiede non solo di descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra, ma altresì di evidenziare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti rispetto al livello minimo.

2) assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali). In tal caso è necessario descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.

- gli interventi per le persone in condizione **di disabilità grave**, anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato. Descrivere gli interventi previsti.

d) la programmazione delle risorse finanziarie

e) le modalità di monitoraggio degli interventi;

f) le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle «Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente» di cui all'[art. 4 del decreto in discorso](#), indicando le risorse destinate ai progetti di vita indipendente, inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio, assicurandosi che il cofinanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto e ripetendo la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio.

- **Rafforzamento PUA**

Ai sensi dell'[art. 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021](#), ai fini del rafforzamento dei PUA, nell'ambito delle risorse disponibili, sono previsti 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024 da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, come indicato nella [tabella 3](#) del decreto di riparto.

- **Rilevazione PUA**

I dati relativi al personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA vanno raccolti, a cura degli Ambiti territoriali sociali, nell'[allegato F](#), che costituisce parte integrante del decreto di riparto, ai fini dell'inserimento nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali.

- **Équipe integrate**

Presso i PUA dovranno operare équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

Tali équipe sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale di cui all'[art. 5 del decreto di riparto](#), come indicato nella [tabella n. 3](#) denominata «Personale PUA».

- **Unità di valutazione multidimensionali**

Dette équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto [dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017](#) per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

- **Erogazione risorse agli ambiti territoriali**

La quota di riparto è assegnata alle regioni per l'intero ammontare secondo i criteri di cui all'[art. 1, comma 2, del decreto ministeriale 26 settembre 2016](#), ossia:

- a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%;
- b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'[art. 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328](#), nella misura del 40%;

e secondo le quote percentuali riportate nel Piano di cui all'art. 1 e nella colonna (A) della [tabella 1](#) del decreto di riparto.

Le somme ripartite alle regioni nelle annualità 2022, 2023 e 2024 sono indicate rispettivamente nelle colonne (B), (C) e (D) della [tabella 1](#).

Le regioni procedono al trasferimento delle risorse spettanti agli ambiti territoriali, secondo quanto previsto nella programmazione regionale, **entro sessanta giorni** dall'effettivo trasferimento delle stesse alle regioni da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

L'erogazione agli ambiti territoriali è comunicata al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali **entro trenta giorni** dall'effettivo trasferimento delle risorse secondo le modalità di cui all'allegato C, del decreto di riparto.

- **Incremento risorse**

Eventuali ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3538 «Fondo per le non autosufficienze», saranno ripartite fra le regioni con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sentito l'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, secondo le quote percentuali di cui alla colonna (A) della [tabella 1](#).

- **Vincolo di utilizzo**

Le regioni utilizzano le risorse di cui al decreto di riparto, secondo quanto previsto dall'[art. 1, comma 168 della legge n. 234/2021](#), al fine di garantire anche gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata 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.

- **Monitoraggio e rendicontazione**

Le regioni si impegnano a monitorare e rendicontare al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali gli interventi programmati a valere sulle risorse loro destinate secondo le indicazioni del Piano.

L'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte della regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità di cui all'[allegato D](#), che costituisce parte integrante del presente decreto. Le regioni rilevano le informazioni di cui al primo periodo nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui al [decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto](#)

[2019](#), avendo come unità di rilevazione l'ambito territoriale e secondo le modalità di cui all'art. 6, comma 5 del medesimo decreto.

L'erogazione è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.

Le regioni si impegnano, altresì, a rilevare a livello di ambito territoriale, a fini del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'[allegato E](#), che costituisce parte integrante del presente decreto, rendendole disponibili, secondo le modalità di cui al citato [art. 6, comma 5 del decreto ministeriale 22 agosto 2019](#), entro il 31 maggio dell'anno successivo.

- **Vita indipendente**

Al fine dell'assegnazione della quota di riparto del FNA, per ogni regione e per ogni esercizio finanziario, dalle risorse disponibili sono state individuate quelle da dedicare alle azioni per la realizzazione **dei progetti per la Vita indipendente e per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA.**

Attraverso il Piano sono finanziate azioni volte alla realizzazione dei progetti previsti dalle «Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente», sulla base della programmazione regionale inclusive di cofinanziamento, di cui all'[allegato F del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021](#), per n. 183 ambiti coinvolti ed un ammontare complessivo di risorse a livello nazionale pari a 14.640.000 euro per ciascun anno del triennio 2022-2024, a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze trasferita a ciascuna regione, come indicato nella [tabella 2](#) del decreto di riparto.

Le suddette linee di indirizzo individuano le modalità attuative e, per ogni progetto di Vita indipendente, ogni ambito può accedere di un finanziamento pari a 80.000 euro, cui dovrà sommarsi un cofinanziamento di 20.000 euro garantito dalle regioni.

- **Vigilanza del ministero sui progetti di vita indipendente**

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali vigila in ordine all'attuazione uniforme sul territorio nazionale di quanto previsto, in merito, dal decreto di riparto.

PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

- **Premesse**

Con il decreto di riparto è stato, anche, adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 che rappresenta l'atto al quale occorre principalmente fare riferimento in sede di predisposizione dei Piani Regionali o atti di programmazione.

In particolare, si ribadisce che il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024, secondo quanto espressamente dichiarato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali all'interno dello stesso Piano; *"si sviluppa come ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla [L. 33/2017](#) e dal [D. Lgs. 147/2017](#), basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e disabilità"*.

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza costituisce, quindi, l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le Non Autosufficienze ed individua, nei limiti di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire, in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale.

Pertanto, il Piano Regionale indicato nei paragrafi precedenti dovrà, in ogni caso, essere coerente con quanto previsto dal Piano Nazionale sulla non autosufficienza 2022-2024, tenendo anche conto del fatto che Il Piano è pensato ed orientato per andare verso la prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS.

In particolare, si rappresenta che, complessivamente, il Piano fa riferimento a cinque strumenti che, per i prossimi anni, porteranno un forte investimento finanziario unitamente ad un altrettanto consistente impegno volto a qualificare ulteriormente il sistema dei servizi sociali, ovvero:

- i tre piani principali previsti dal [D. Lgs 147/2017](#);
- la [Missione 5 Componente 2 del PNRR](#);
- i contenuti del [PN Inclusione 2021-2027](#).

Di seguito i principali punti contenuti nel PNNA a cui occorre fare riferimento:

- **Correlazione tra Sanità e sociale**

Dalla lettura del PNNA 2022-2024 emerge con estrema chiarezza la correlazione indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il benessere delle persone, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, tanto da rendere non più eludibile l'obiettivo della costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale.

- **Concertazione**

I Piani Regionali per la Non Autosufficienza dovranno essere adottati dalle regioni, previa concertazione con le parti sociali, il Terzo Settore e le associazioni rappresentative delle Persone con Disabilità, entro 90 giorni dalla data in cui il Ministero del Lavoro ne ha dato avviso sul proprio sito.

- **La spinta alla transizione**

Nel suo impianto, il PNNA 2022-2024 si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali e si configura come un importante vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso. Nel contempo è stato predisposto, per favorire con la necessaria progressività, il consolidamento dei LEPS su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario. Tutto ciò, seguendo un approccio rivolto alla prevenzione per scongiurare l'adozione di onerosi interventi emergenziali, presagibili in un contesto determinato dall'invecchiamento e dalla presenza di condizioni di fragilità complesse.

- **La governance multilivello: il ruolo delle Regioni**

L'obiettivo del legislatore è quello di prevedere un sistema multilivello di governance istituzionale che riordini l'insieme di servizi e di interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti agli ambiti del sociale e del sociosanitario – in un articolato unitario e coordinato complesso di attività e processi. Ciò consentirà di mettere in relazione duratura le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari, mirando a ricomporre l'articolato disegno dei diversi livelli di governo interessati: statale, regionale e locale.

L'[art. 117, lett. M\), Cost.](#), nella versione post-Riforma del Titolo V, prevede che sia compito del legislatore statale definire la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. A tale riconoscimento va altresì applicato il principio di “leale collaborazione” tra Stato e Regioni, visto che la stessa Costituzione riconosce la potestà legislativa statale in materia di servizi sociali (lo Stato ha il compito di indicare gli obiettivi di politica sociale nazionale) e potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute.

Le Regioni, nell’ambito della gestione del Fondo per le non autosufficienze e mediante propri Programmi regionali, e nel rispetto di quanto sancito nel Decreto di riparto illustrato nel capitolo precedente, devono, quindi, orientare le scelte organizzative e gestionali in ordine all’erogazione dei servizi sociali e sociosanitari consapevoli che esse sono chiamate a contribuire all’effettiva esigibilità dei livelli essenziali delle prestazioni.

- **Regioni e ATS**

Come già richiamato, l'Ambito Territoriale Sociale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale. A tal fine si ricorda che il singolo Ambito è individuato dalle Regioni, ai sensi della [L. 328/2000](#). In particolare, in base all'articolo 8, comma 3 lettera "a", tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, spetta ad esse la determinazione degli Ambiti Territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Le Regioni sono chiamate, quindi, ad esercitare la funzione di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale.

- **Dimensione territoriale del Piano**

Sulla dimensione territoriale, il Piano prevede la predisposizione di tavoli tecnici periodici, che vedano anche la partecipazione di rappresentanti di Regioni, ANCI, Ministero della Salute e Ministero della Disabilità, anche nella prospettiva di un monitoraggio della qualità dei servizi, con l’orientamento a costruire nel triennio un set di indicatori quali/quantitativi che ponga al centro l’individuo e i suoi bisogni.

- **La matrice di programmazione**

L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 segue l'impostazione generale definendo gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale.

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

Di tali elementi le Regioni dovranno tenere assolutamente conto, unitamente a quanto previsto dal decreto di riparto sopra meglio specificato, nella predisposizione del Piano regionale o atto di programmazione.

I tre programmi operativi del PNNA 2022-2024 riguardano:

1. LEPS di erogazione riferiti ai contenuti del [comma 162 lettere a, b, c](#) e del [comma 164 della legge di bilancio 234/2021](#).
2. LEPS di processo riferito ai contenuti del [comma 163 della legge di bilancio 234/2021](#).
3. Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del [comma 166 della legge di bilancio 234/2021](#), che riguardano il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali e lo sviluppo del sistema dei servizi.

I due gruppi di destinatari riguardano, come abbiamo visto sopra, persone con non autosufficienza e persone con disabilità.

- **Dettaglio Leps di erogazione e Leps di processo**

“Per il PNNA 2022-2024 i [Commi 162 e 164 della L. 234/2021](#) sono oggetto delle azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, e in particolare sul passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti; mentre il [Comma 163](#) è oggetto delle azioni legate all'attuazione di un LEPS di Processo, sostenuto da un Accordo Interistituzionale allegato al Piano”.

[La legge 234/2021 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”](#) definisce all'art. 1 comma 159 ciò che caratterizza i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ovvero interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, che hanno un carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire

ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

I LEPS di erogazione si sostanziano nei servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza, ossia:

- a) a.1 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo;
- a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;
- a.3 soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
- a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
- b) servizi sociali di sollievo, quali:
 - b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
 - b.2 un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
 - b.3 l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;
- c) servizi sociali di supporto, quali:
 - c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.
 - c.2 l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

È opportuno sottolineare il fatto che i LEPS, così come declinati nella [Legge di Bilancio 234/2021](#), si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, mentre è la [Legge n. 227/2021](#) (“Legge delega in materia di disabilità”) che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni specifici. Pertanto, nella fase di transizione di cui al presente Piano, i servizi alle persone con disabilità saranno considerati quali **obiettivi di servizio**.

Il LEPS di processo è teso a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato.

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute.

Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

Sia i LEPS di erogazione che il LEPS di processo sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali. L'ATS costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS. I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'[art. 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147](#).

Organizzazione del percorso assistenziale

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal [PNRR M5C2 e M6C1](#).

A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:

1. l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.
2. Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo.
3. Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.
4. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: <ul style="list-style-type: none"> - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: <ul style="list-style-type: none"> - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	<ul style="list-style-type: none"> - Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Regolazione

Per sostenere la progressiva attuazione del LEPS di Processo “Percorso assistenziale integrato”, sono individuati degli obiettivi di servizio che gli ATS si impegnano a raggiungere nelle annualità di vigenza del PNNA 2022-2024.

➤ 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.
- Regolamento unico di ambito per i servizi sociosanitari.
- Protocolli per la costruzione delle reti di comunità.
- Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

Leps di erogazione -dettaglio-

I LEPS di erogazione sono riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c, in forza del quale *“Fermo restando quanto previsto dal [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017](#), i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:*

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti 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, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti”;

inoltre, il comma 164 della legge di bilancio 234/2021, prevede che “gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162 sopra dettagliato. Pertanto, l'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e 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”.

Leps di processo -dettaglio-

I LEPS di processo fanno riferimento ai **contenuti del comma 163 della legge di bilancio 234/2021**, a norma del quale *“Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l’accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA devono essere presenti ed operare equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS”.*

Azioni di rafforzamento – dettaglio-

Le Azioni di rafforzamento sono riferite ai **contenuti del comma 166 della legge di bilancio 234/2021**, che afferma espressamente che *“Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel rispetto delle previsioni del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro (ANPAL) e previa intesa in sede di Conferenza*

unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, definisce strumenti e modelli di supporto, utilizzabili su tutto il territorio nazionale, agli interventi di cui al comma 162, lettera c), nonché alle attività e ai programmi di formazione professionale di cui al comma 165 e ai progetti formativi a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti”.

- **Modalità di graduale attuazione dei LEPS**

In sede di programmazione ogni regione dovrà, partendo dalla propria realtà territoriale individuare la quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi, per l'anno 2022, tenendo presente che per gli anni successivi tale quota dovrà essere implementata del 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024.

Non è stata indicata una quota di realizzazione uguale per tutti fin dal primo anno in ragione sia dei tempi tecnici del rilascio del piano e sia soprattutto nel rispetto delle singole realtà territoriali e nella consapevolezza che ogni regione nell'ambito della propria autonomia avesse la piena contezza delle proprie esigenze e potesse in base ad esse andare ad utilizzare nel modo più efficace le risorse assegnate secondo il bisogno.

Per gli anni successivi invece è richiesta una implementazione standard in misura percentuale tale (10 % per il secondo anno e 20% per il terzo) rispetto alla base di partenza della annualità 2022 così come dichiarata nella programmazione regionale, da consentire a tutti i territori il raggiungimento della progressiva attuazione dei livelli essenziali, con un avanzamento percentuale uniforme a livello nazionale.

- **L'accesso ai servizi sociosanitari e sociali**

Alla luce di quanto detto sopra, è allora evidente come **il Servizio sanitario nazionale e gli ATS sono chiamati a garantire**, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza (ovvero alle persone in condizioni di non autosufficienza ex art. 1 comma 163 della L. 234/21, alle persone con disabilità ed alle persone anziane) l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso **(PUA)**, che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate **“Case della comunità”**.

- **Punti unici di accesso (PUA)**

Gli Ambiti territoriali sociali garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate all'[art. 1, comma 162, lettere a\), b\) e c\) della legge n. 234 del 2021](#), sulla base del Progetto di assistenza individualizzato (PAI) definito, con il concorso del destinatario, dalle

equipe multidimensionali operanti presso i Punti unici di accesso (PUA), ai sensi di quanto disposto dall'[art. 1, comma 163 del medesimo articolo](#).

In particolare, il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

- **Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)**

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

- **Interrelazioni nella stesura dei PAI**

Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

- **Raccordo con Inps**

La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Vita indipendente

Progetti di vita indipendente

Nel PNNA si richiamano le "Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità", elaborate e adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con [D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018](#), nella declinazione delle finalità di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale

nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, e di prevedere le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

I Progetti di Vita Indipendente dovranno armonizzarsi con quelli previsti dal [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\)](#), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi (Progetti per il dopo di noi) e al Fondo nazionale per la non autosufficienza (Progetti di vita indipendente) e secondo le linee guida precedentemente citate.

Platea dei destinatari

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. Un fondamentale criterio da tenere in considerazione, inoltre, riguarda le scelte che favoriscano i percorsi di deistituzionalizzazione, di non istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità.

Aree di intervento

I progetti devono considerare tutte le tipologie di limitazioni corporee e funzionali, il rischio di discriminazione plurima e la prospettiva di genere. I percorsi promuovono quindi il mantenimento dell'abitare a domicilio anche della persona con disabilità priva di nucleo familiare, promuovendo percorsi di mantenimento dell'autonomia. Con specifico riferimento alle persone con disabilità intellettiva devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte. Le aree di intervento definite nelle linee guida su indicate, si sintetizzano in:

➤ Assistente personale.

Figura che assume un ruolo centrale nell'organizzazione di un progetto di vita indipendente. Nell'ottica della reale garanzia dei diritti umani e del godimento delle libertà fondamentali come sancito dalla [Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006](#) è fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato. Il contributo economico per l'assistente personale legato all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarato.

➤ Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing.

Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla [Legge n. 112/2016](#), e con i progetti a valere sulle risorse del [PNRR](#) sostenuti dal su menzionato investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Rientreranno altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.

➤ Inclusione sociale e relazionale.

In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.

➤ Domotica.

Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.

➤ Azioni di sistema.

Nell'elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere attuate azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente attraverso interventi di welfare di comunità e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche con la collaborazione del Terzo settore.