



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTA la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante *Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità* e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, con particolare riguardo all'articolo 3-septies concernente l'integrazione sociosanitaria;

VISTO l'articolo 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, recante *Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti*;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*;

VISTO l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*, che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze;

VISTO l'articolo 1, comma 1265, della legge n. 296 del 2006, come modificato dall'articolo 3, comma 4, lettera b), del decreto-legge 12 luglio 2018, n. 86, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2018, n. 97, in base al quale gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo per le non autosufficienze sono adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

VISTA la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, e, in particolare gli articoli, 3, che definisce i principi generali e 19, concernente la vita indipendente e l'inclusione nella società;

VISTO l'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)*, che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'articolo 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386, relativo alla



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

partecipazione delle Province autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione dei fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;

VISTA la legge 31 dicembre 2009, n. 196 recante *Legge di contabilità e finanza pubblica*;

VISTO l'articolo 1, comma 109, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)*, laddove dispone che le eventuali risorse derivanti dalle attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità svolte dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dalle verifiche straordinarie annue aggiuntive ivi previste, sono destinate ad incrementare il Fondo per le non autosufficienze sino alla concorrenza di 40 milioni di euro annui;

VISTO l'articolo 1, comma 411, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019*, ai sensi del quale, in sede di revisione dei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze previsti dall'articolo 1, comma 3, del decreto ministeriale di riparto del Fondo per il 2016, è compresa la condizione delle persone affette dal morbo di Alzheimer;

VISTO l'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*, che istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, e, in particolare, il comma 6, lettera c), che attribuisce alla Rete la responsabilità di elaborare un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006, nonché il comma 7, secondo il quale il Piano ha natura triennale, con eventuali aggiornamenti annuali, ed è adottato nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferisce sono ripartiti alle regioni;

VISTA la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*;

VISTO in particolare, l'articolo 1, comma 592, della medesima legge, ove si prevede "A decorrere dall'anno 2022, al fine di garantire l'unitarietà dell'azione di governo, nelle funzioni di competenza degli enti territoriali correlate con i livelli essenziali delle prestazioni, nonché con i relativi fabbisogni, costi standard e obiettivi di servizio, i Ministri competenti per materia sono tenuti, in ordine alle modalità di riparto delle risorse finanziarie necessarie e di monitoraggio sul raggiungimento degli



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

obiettivi, ad acquisire il preventivo parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard, di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, allo scopo integrata dai rappresentanti delle stesse Amministrazioni, in relazione alle specifiche funzioni;

VISTI, altresì, i commi da 159 a 171 dell'articolo 1 della medesima legge n. 234 del 2021, concernenti i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), e, in particolare, il comma 162, secondo cui i servizi socio assistenziali nei confronti delle persone anziane non autosufficienti sono erogati dalle aree individuate alle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma medesimo, e il comma 167, ai sensi del quale, ai fini della graduale introduzione dei LEPS, con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono determinate le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti, inclusi quelli di cui al comma 168;

VISTO in particolare l'articolo 1, comma 168, della medesima legge, ove è previsto che *per le finalità di cui al comma 162, lettere a), b) e c), e al comma 163, fermi restando gli interventi a valere sullo stesso Fondo per le non autosufficienze già destinati al sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima previsti dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la non autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a euro 100 milioni per l'anno 2022, a euro 200 milioni per l'anno 2023, a euro 250 milioni per l'anno 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025.*;

VISTO l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 febbraio 2001;

VISTO il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 22 agosto 2019, che istituisce presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, di cui all'articolo 24, comma 3, lettera b), del decreto legislativo n. 147 del 2017;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 novembre 2019, concernente l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021, ed in particolare l'allegato F, recante *Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente*;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTA la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante *Delega al Governo in materia di disabilità*;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto con il ministro dell'economia e delle finanze, 23 maggio 2022, n. 77, concernente il *Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 ottobre 2022, con il quale, è stato conferito alla dott.ssa Alessandra Locatelli l'incarico di Ministro senza portafoglio per le disabilità e sono state delegate le relative funzioni in materia;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 ottobre 2022, con il quale è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza e ripartito il Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024;

VISTA la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*;

VISTO il comma 3 dell'articolo 2 della citata legge n. 33 del 2023, con il quale si prevede l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza;

VISTA in particolare la lettera *a*) del medesimo comma 3, ove è previsto che il CIPA adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» e il «Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana», che sostituisce, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 giugno 2023, che disciplina le modalità di funzionamento e l'organizzazione delle attività del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri
su proposta
del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
e del Ministro per le disabilità
di concerto con
il Ministro della Salute
e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 novembre 2023, n. 230, recante *Regolamento di riorganizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e degli Uffici di diretta collaborazione*;

VISTA la legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026 ed, in particolare, l'articolo 1, comma 199, il quale stabilisce che, nei casi in cui, dall'esito del monitoraggio sulla rendicontazione effettuato dalle regioni circa l'effettivo utilizzo delle stesse a livello di ambito territoriale sociale, risultino risorse assegnate e non spese da parte di questi ultimi, queste verranno restituite e versate dalle regioni all'entrata del bilancio dello Stato, secondo le modalità di cui all'articolo 46, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per la successiva assegnazione rispettivamente, al Fondo di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche con riguardo agli interventi di cui alla legge 21 maggio 1998, n. 162, nonché al Fondo di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112;

VISTA la legge 30 dicembre 2024, n. 207, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027";

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 31 dicembre 2024, concernente la "Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e per il triennio 2025 – 2027", ed in particolare, la Tabella 4, riguardante il bilancio di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali che ha assegnato al capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze", una disponibilità per gli anni 2025-2027, pari a euro: 919.755.000,00 per il 2025; 934.570.000,00 per il 2026; 1.108.470.000,00 per il 2027;

VISTO il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 15 gennaio 2025, n. 3, di assegnazione delle risorse umane e finanziarie per l'esercizio finanziario 2025 ai Capi Dipartimento, registrato dall'Ufficio centrale di bilancio al n. 14 in data 16 gennaio 2025, ed in particolare l'articolo 4 che dispone che per l'esercizio finanziario 2025 sono assegnate al Capo Dipartimento per le politiche sociali, del terzo settore e migratorie le risorse finanziarie attribuite ai capitoli dei programmi di spesa 24.2, 24.12 e 27.6 di cui alla citata Tabella 4;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 22 novembre 2023, n. 230, recante "Regolamento di riorganizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e degli Uffici di diretta collaborazione", e in particolare l'articolo 17 ove si prevede che il Ministero del lavoro e delle



Il Presidente del Consiglio dei Ministri
su proposta
del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
e del Ministro per le disabilità
di concerto con
il Ministro della Salute
e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

politiche sociali sia articolato in tre Dipartimenti, tra cui il “Dipartimento per le politiche sociali, del terzo settore e migratorie” e il successivo articolo 39 che prevede l’abrogazione del decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2017, n. 57 e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 giugno 2021, n. 140;

VISTI, altresì, gli articoli 20 e 21 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 230 del 22 novembre 2023, che istituiscono nell’ambito del Dipartimento per le politiche sociali, del terzo settore e migratorie del Ministero del lavoro e delle politiche sociali la Direzione Generale per lo sviluppo sociale e gli aiuti alle povertà, cui è attribuita, tra l’altro, la gestione dei trasferimenti di natura assistenziale agli enti previdenziali, anche in relazione alla tutela dei diritti soggettivi, precedentemente attribuita alla ex Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale;

VISTO il decreto del Capo Dipartimento n. 1 del 12 febbraio 2025, registrato dall’Ufficio centrale di bilancio al n. 88 in data 14 febbraio 2025, con il quale all’articolo 1 sono assegnate, per l’esercizio finanziario 2025, al Direttore della Direzione Generale per lo sviluppo sociale e gli aiuti alle povertà le risorse finanziarie dei capitoli della Missione 24, Programma 12;

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

VISTO decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”;

VISTO il decreto 12 novembre 2024, n. 197, recante “Regolamento recante la disciplina per la procedura di sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, le relative modalità, le risorse da assegnare e il monitoraggio”;

VISTO il decreto del Ministro della salute 10 aprile 2025, n. 94, recante “Regolamento recante i criteri per l’accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione.”;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

CONSIDERATO che la Commissione tecnica per i fabbisogni standard ha evidenziato la necessità di provvedere ad una modifica dei criteri di riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza, per renderli più coerenti con la platea dei potenziali beneficiari degli interventi finanziati;

CONSIDERATO che nell'ambito della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, in sede tecnica, sono stati individuati in maniera condivisa con i rappresentanti delle Regioni e dell'ANCI i nuovi criteri di riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza, prevedendo di ripartire l'80% delle risorse disponibili sulla base della popolazione anziana di età pari o superiore a 75 anni; il 10% delle risorse in ragione del numero di soggetti titolari di indennità di accompagnamento e il restante 10% in ragione del numero di soggetti in possesso di una certificazione rilasciata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata legge n. 104 del 1992;

CONSIDERATO che le risorse disponibili, a legislazione vigente, sul capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze", nel triennio 2025-2027, sono pari ad euro 919.755.000,00 per l'annualità 2025, euro 934.570.000,00 per l'annualità 2026 ed euro 1.108.470.000,00 per l'annualità 2027;

TENUTO CONTO che per ciascuna annualità del triennio 2025-2027 l'importo di 14.640.000,00 euro è destinato alla realizzazione dei progetti di vita indipendente;

TENUTO CONTO che per ciascuna annualità del triennio 2025-2027 l'importo di 250 milioni di euro del Fondo per la non autosufficienza è invece specificamente destinato alla platea delle persone anziane non autosufficienti per le finalità di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della citata legge n. 234 del 2021 e che ulteriori 50 milioni di euro sono altresì destinati agli interventi di cui all'articolo 1, comma 163, della medesima legge, finalizzati alle assunzioni di personale presso i Punti unici di accesso (PUA);

CONSIDERATO che, ai fini del relativo riparto, l'importo residuo di euro 605.115.000,00 per l'annualità 2025, di euro 619.930.000,00 per l'annualità 2026 e di euro 793.830.000,00 per l'annualità 2027 del Fondo per la non autosufficienza è destinato, in maniera indistinta, alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e alle persone anziane non autosufficienti;

CONSIDERATO che le regioni, rispetto alla quota di risorse da destinare in maniera indistinta alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e alle persone anziane non autosufficienti, hanno manifestato l'esigenza di prevedere un meccanismo di flessibilità che consenta di gestire eventuali scostamenti in risposta alle esigenze rilevate a livello territoriale;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

CONSIDERATO l'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027", il quale prevede che "all'articolo 1, comma 334, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Le risorse del fondo di cui al primo periodo del presente comma, fino all'adozione degli interventi legislativi ivi previsti, sono destinate alle medesime finalità del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l'attuazione della previsione di cui al secondo periodo, il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare le necessarie variazioni di bilancio.»";

VISTA la nota prot. 0005462 del 24 aprile 2025, con la quale la Direzione Generale per lo sviluppo sociale e gli aiuti alle povertà del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha riconosciuto, nelle more dell'adozione del nuovo Piano per la non autosufficienza 2025-2027, la possibilità per le regioni di poter garantire la continuità assistenziale e gli interventi rivolti alle persone in condizioni di disabilità gravissima, utilizzando risorse proprie in anticipazione e in continuità, con specifico riferimento alle mensilità dell'anno 2025 antecedenti all'adozione del nuovo Piano nazionale e nei limiti delle risorse attribuite per l'annualità 2024;

VISTA la nota prot. 28/0022159 del 30 ottobre 2025, con la quale il Ministro del lavoro e delle politiche sociali ha richiesto la variazione di bilancio, ai sensi dell'articolo 33, comma 4 sexies, della legge n. 196/2009, dal capitolo 3555, piano gestionale 01 - Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, (istituito con legge 30 dicembre 2020, n. 178, art. 1, comma 334, per la copertura di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare, come definito dal comma 255 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205) al capitolo 3538, piano gestionale 01 - Fondo per le non autosufficienze, per l'importo di euro 62.500.000,00 per l'annualità 2025;

VISTO il DMT n. 239688 del 3 dicembre 2025, registrato alla Corte dei conti il 17 dicembre 2025, n. registrazione 1935, concernente la variazione compensativa in termini di cassa e competenza dal capitolo 3555 al capitolo 3538, per euro 62.500.000,00 per l'esercizio finanziario 2025;

CONSIDERATO che, alla luce della variazione richiamata innanzi, la somma disponibile, afferente al Fondo per le non autosufficienze, è rideterminata in euro 982.255.000,00 per l'annualità 2025;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTO il comma 1 dell'articolo 89 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, ove si prevede che: "Ai fini della rendicontazione da parte di regioni, ambiti territoriali e comuni al Ministero del lavoro e delle politiche sociali dell'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, del Fondo nazionale per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità prive di sostegno familiare di cui all'articolo 3, comma 1, della legge 22 giugno 2016, n. 112, del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza di cui all'articolo 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, la rendicontazione del 75% della quota relativa alla seconda annualità precedente è condizione sufficiente alla erogazione della quota annuale di spettanza, ferma restando la verifica da parte dello stesso Ministero del lavoro e delle politiche sociali della coerenza degli utilizzi con le norme e gli atti di programmazione. Le eventuali somme relative alla seconda annualità precedente non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione";

VISTO l'allegato atto di programmazione pluriennale "Piano nazionale per la non autosufficienza" e la ripartizione delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, per il triennio 2025-2027, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo n. 147/2017 nella seduta del 4 dicembre 2025;

RITENUTO, pertanto, di provvedere, con un unico decreto, all'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e alla ripartizione delle risorse stanziare sul capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze", per il triennio 2025-2027;

ACCERTATA la disponibilità finanziaria sul capitolo 3538, dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in conto residui per il 2025 e in conto competenza per il 2026 e 2027;

VISTO l'articolo 1 della legge 30 dicembre 2025, n. 199 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale 2026-2028", e in particolare il comma 699 che ha istituito un Sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale, determinato in ciascun ambito territoriale sociale (ATS), quale livello di spesa necessario a garantire progressivamente, a partire dal 2027, i livelli essenziali delle prestazioni sociali, compresi quelli di cui all'articolo 1, commi 162 e 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e il comma 700 che alle lettere a), b) e c) ha previsto ulteriori livelli essenziali delle prestazioni sociali;



Il Presidente del Consiglio dei Ministri
su proposta
del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
e del Ministro per le disabilità
di concerto con
il Ministro della Salute
e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTO altresì il comma 701 del medesimo articolo 1, il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono determinati entro il 30 giugno 2026 i livelli di spesa di riferimento per ogni ATS, pari all'ammontare della somma dei fabbisogni standard monetari dei singoli comuni componenti l'ATS nonché i criteri e gli obiettivi delle prestazioni di cui al comma 700 e sono individuati, in via progressiva, i criteri di riparto delle risorse che tengano conto degli effettivi beneficiari delle prestazioni e dei fabbisogni reali dei territori;

TENUTO CONTO CHE al comma 705 del medesimo articolo 1 viene disposto che al finanziamento del Sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale di cui al comma 700 dello stesso articolo, ad esclusione della lettera b), concorrono gli stanziamenti previsti a legislazione vigente destinati alle finalità di cui ai commi 162, 163, 169 e 170 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234;

ACQUISITO il parere della Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'articolo 1, comma 29, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, espresso in data 28 gennaio 2026;

ACQUISITA l'intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancita nella seduta del [...];

D E C R E T A

Articolo 1

(Piano nazionale per la non autosufficienza)

1. È adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2025-2027, di cui all'allegato A che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. Il Piano di cui al comma 1 costituisce l'atto di programmazione nazionale, pluriennale, delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione degli obiettivi di servizio delle prestazioni sociali da poter raggiungere su tutto il territorio nazionale, in continuità con quanto già previsto dal precedente Piano per il triennio 2022-2024.



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

3. Sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano di cui al comma 1, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo 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 in condizione di non autosufficienza, le regioni adottano 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 presente decreto, eventualmente integrate con risorse proprie.

4. Il Piano regionale, ovvero l'atto di programmazione regionale, individua in particolare, su base triennale, gli specifici interventi e servizi sociali per la non autosufficienza finanziabili a valere sulle risorse del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 2 del presente decreto. Il Piano regionale o l'atto di programmazione sono redatti secondo le modalità di cui all'Allegato B, che costituisce parte integrante del presente decreto, e contiene:

- a) il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- b) le modalità di individuazione dei beneficiari;
- c) la descrizione degli interventi e dei servizi programmati e, in particolare, le caratteristiche dei servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, compresa l'attuazione degli obiettivi di servizio in favore di tale platea, in continuità con quanto previsto dal precedente Piano 2022-2024;
- 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'articolo 4 del presente decreto.

5. Gli ambiti territoriali sociali garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi nelle aree di attività declinate nella precedente programmazione 2022-2024, sulla base del Progetto di assistenza individualizzato (PAI), ovvero, laddove richiesto, del Progetto di vita, definiti, con il concorso del destinatario, dalle *équipe* multidisciplinari operanti presso i Punti unici di accesso (PUA). Tali *équipe* sono rafforzate mediante l'utilizzo delle risorse destinate al reclutamento del personale aggiuntivo con professionalità sociale di cui all'articolo 5 del presente decreto, come indicato nella tabella n. 6 di cui al presente decreto, denominata "Unità di personale PUA per regione". L'offerta di servizi, in continuità con la precedente programmazione 2022-2024, può essere integrata da contributi, diversi



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza, in coerenza con gli interventi previsti nello strumento di programmazione adottato con il presente decreto.

6. La programmazione è comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro novanta giorni dall'avvenuta registrazione del presente decreto da parte della Corte dei conti. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali procede all'approvazione della programmazione regionale una volta valutata, entro trenta giorni dalla ricezione dello schema di Piano regionale ovvero dell'atto di programmazione regionale, la coerenza di quest'ultimo con il Piano nazionale per la non autosufficienza adottato con il presente decreto.

7. Gli interventi previsti nel Piano 2025-2027, 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 con necessità di un sostegno di livello elevato o molto elevato ai sensi del decreto legislativo n. 62 del 2024, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000,00 euro, elevati a 65.000,00 euro in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni di natura sociosanitaria.

Articolo 2

(Risorse finanziarie)

1. Le risorse complessivamente afferenti al Fondo per le non autosufficienze nel triennio 2025-2027 sono pari a: 982.255.000,00 euro per l'anno 2025; 934.570.000,00 euro per il 2026 e 1.108.470.000,00 euro per il 2027.

2. Ai fini dell'assegnazione alle regioni delle risorse del Fondo di cui al comma 1, sono individuate le somme da riservare alle seguenti finalità:

- a) 14.640.000,00 euro, destinati alla realizzazione di progetti per la vita indipendente ai sensi del d.P.C.M. 21 novembre 2019, ed in particolare della tabella 5 e dell'Allegato F che forma parte integrante del presente decreto, recante *Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente*;
- b) 250.000.000,00 euro, destinati agli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti, finalizzati all'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) ai sensi dell'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della legge n. 234/2021, per la realizzazione di quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

autosufficienza nella popolazione anziana, di cui all'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge 23 marzo 2023, n. 33. Tale importo è ripartito alle regioni sulla base dei seguenti criteri:

- il 70% delle risorse disponibili è attribuito sulla base della popolazione anziana residente di età pari o superiore a 70 anni;
 - il 30% delle risorse è attribuito in ragione dei soggetti di età pari o superiore a 70 anni che siano titolari di indennità di accompagnamento;
- c) 50.000.000,00 euro, quale quota parte delle risorse destinate agli interventi di cui al punto b), specificamente rivolti alle assunzioni di personale con professionalità sociale, finalizzate all'implementazione dei PUA, di cui dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021.

3. La quota indistinta, pari a 605.115.000,00 di euro per l'annualità 2025, 619.930.000,00 di euro per l'annualità 2026 e 793.830.000,00 per l'annualità 2027, è ripartita alle regioni, come già richiamato in premessa, sulla base dei seguenti criteri:

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

4. Per il triennio 2025-2027, in considerazione dei tempi tecnici dovuti all'adozione del presente Piano e della progressiva attuazione delle recenti riforme, rispettivamente in materia di politiche in favore delle persone anziane ai sensi della legge n. 33 del 23 marzo 2023 e delle persone con disabilità ai sensi del decreto legislativo n. 62 del 2024, la quota indistinta è programmata dalle regioni in funzione delle specificità dei diversi contesti territoriali, tenendo conto delle esigenze delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e delle persone anziane non autosufficienti, nonché della necessità di garantire la continuità dei servizi e dei sostegni già assicurati a carico delle precedenti programmazioni. Per quanto concerne tale ultima platea, la programmazione regionale è definita anche in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, da adottarsi ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 23 marzo 2023.



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

5. Fino all'adozione degli interventi legislativi richiamati all'articolo 1, comma 334, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, le risorse finanziarie indicate al medesimo comma 334 integrano le risorse di cui al comma 1, ai sensi l'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, per le medesime finalità del Fondo per le non autosufficienze, per l'erogazione dei servizi socioassistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere *a)*, *b)* e *c)*, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. In particolare, per l'annualità 2025 la somma di euro 15.686.593,00 è ripartita alle regioni per compensare, in fase di prima applicazione, gli effetti dei nuovi criteri di riparto e garantire la necessaria continuità degli interventi assistenziali già previsti e realizzati a livello territoriale. Le ulteriori risorse disponibili pari ad euro 46.813.407,00 sono destinate alla platea degli anziani non autosufficienti sulla base dei criteri individuati per la realizzazione degli interventi dei LEPS, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*. Per l'annualità 2026, nella prospettiva dell'adozione degli interventi legislativi richiamati al primo periodo, a valere sulle medesime risorse di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, è ripartita alle regioni la somma di euro 9.007.893,00 all'analogo fine di compensare gli effetti dell'applicazione dei nuovi criteri di riparto e di garantire la necessaria continuità degli interventi assistenziali programmati a livello territoriale. Con successivo decreto del Ministro dell'economia e delle finanze si procede a disporre la relativa variazione compensativa, in termini di cassa e competenza, dal capitolo 3555 al capitolo 3538 per l'esercizio finanziario 2026.

6. Le somme ripartite alle regioni per le annualità 2025, 2026 e 2027 sono indicate rispettivamente nella colonna "Importo quota indistinta" della Tabella 1, al netto delle quote di cui al comma 2 del presente articolo. Le regioni procedono al trasferimento delle risorse ai rispettivi ambiti territoriali sociali, secondo quanto previsto nella programmazione regionale, entro sessanta giorni dall'effettivo trasferimento da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. L'erogazione agli ambiti territoriali sociali 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, che costituisce parte integrante del presente decreto.

7. Eventuali, ulteriori risorse derivanti dall'incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze", saranno ripartite con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali fra le Regioni secondo le quote percentuali indicate nella Tabella 1.

8. Le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, per una quota nel limite del 50 per cento delle risorse assegnate, per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016,



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

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.

Articolo 3

(Monitoraggio ed erogazione)

1. Le regioni assicurano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il monitoraggio e la rendicontazione degli interventi programmati a valere sulle risorse assegnate, secondo le indicazioni del Piano di cui all'articolo 1, come declinate nel presente articolo.
2. L'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione, nella specifica sezione del SIOSS, da parte degli Ambiti territoriali dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, secondo le modalità di cui alla scheda della piattaforma SIOSS denominata "Rendicontazioni FNA", fatta salva la facoltà della regione di curare direttamente la raccolta delle informazioni e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli Ambiti territoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.
3. Le regioni sono altresì tenute a rilevare, a livello di ambito territoriale sociale, 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 articolo 6, comma 5, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019, n. 103, entro il 31 maggio dell'anno successivo.

Articolo 4

(Progetti di vita indipendente)

1. Sono finanziate azioni volte alla realizzazione dei progetti previsti dalle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente", di cui all'allegato F al Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 approvato con il presente decreto, per n. 183 ambiti territoriali coinvolti ed un ammontare complessivo di risorse a livello nazionale pari a 14.640.000,00 euro per ciascuna annualità del triennio 2025-2027, a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze trasferita a ciascuna regione,



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

come indicato nella tabella 5 del presente decreto. Le suddette Linee di indirizzo individuano le modalità attuative e, per ogni progetto di vita indipendente, il singolo ambito territoriale può accedere ad un finanziamento pari ad euro 80.000,00, cui deve essere aggiunto un cofinanziamento di 20.000,00 euro da parte della regione.

2. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali verifica la corretta e uniforme attuazione sul territorio nazionale di quanto previsto al comma 1.

Articolo 5

(Personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA)

1. Ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234 del 2021, ai fini del rafforzamento dei PUA, nell'ambito delle risorse disponibili, per ciascuna annualità del triennio 2025-2027 l'importo annuo di 50 milioni di euro è vincolato alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, come indicato nella tabella 6 del presente decreto.

2. I dati relativi al personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA sono raccolti, a cura degli Ambiti territoriali sociali, ai fini dell'inserimento nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, secondo le modalità riportate nell'allegato G, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Articolo 6

(Adozione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027)

1. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali è recepito il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027*, come adottato dal CIPA.

Articolo 7

(Disposizioni finali)

1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Le province autonome di Trento e di Bolzano possono provvedere all'erogazione di servizi destinati alle persone non autosufficienti



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

perseguendo le finalità del Piano di cui al comma 1 nell'ambito della propria competenza legislativa e relativa potestà amministrativa.

Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, previo visto e registrazione della Corte dei conti.

Roma,

Il Presidente del Consiglio dei ministri
Giorgia Meloni

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali
Marina Elvira Calderone

Il Ministro dell'economia e delle finanze
Giancarlo Giorgetti

Il Ministro della salute
Orazio Schillaci

Allegati:

A – B – C – D – E – F – G



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Tabella 1
Quota indistinta per il triennio 2025-2027

Regioni	Popolazione residente (75+)	Popolazione con indennità di accompagnamento	Popolazione con certificazione art. 3, comma 3, della legge 104/1992	Importo quota indistinta*		
				2025	2026	2027
	%	%	%	Euro	Euro	Euro
Abruzzo	2,2742	2,2687	1,8342	13.491.947	13.822.269	17.699.631
Basilicata	0,9147	1,0604	0,9244	5.629.022	5.766.837	7.384.524
Calabria	2,9329	5,1450	3,2857	19.299.477	19.771.985	25.318.335
Campania	7,5906	12,0650	8,801	49.371.817	50.580.585	64.769.225
Emilia-Romagna	8,0303	5,5815	7,4208	46.741.927	47.886.307	61.319.160
Friuli-Venezia Giulia	2,4191	1,6683	2,0465	13.958.551	14.300.297	18.311.753
Lazio	9,4066	11,5244	12,6604	60.171.183	61.644.351	78.936.550
Liguria	3,3013	2,2317	2,4876	18.837.048	19.298.235	24.711.690
Lombardia	17,0473	13,5557	16,5309	100.730.468	103.196.647	132.144.911
Marche	2,8112	2,7447	2,6305	16.861.408	17.274.226	22.119.914
Molise	0,5351	0,5424	0,4606	3.197.307	3.275.586	4.194.439
Piemonte	8,2414	5,1753	6,2354	46.800.744	47.946.564	61.396.320
Puglia	6,5305	9,9432	7,5959	42.226.801	43.260.637	55.395.918
Sardegna	2,8795	3,8044	3,8832	18.591.311	19.046.481	24.389.315
Sicilia	7,4727	8,9671	7,984	46.432.108	47.568.903	60.912.719
Toscana	7,1869	4,9489	4,8777	40.737.431	41.734.804	53.442.065



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Umbria	1,7029	2,2742	2,4014	11.072.878	11.343.975	14.526.136
Valle d'Aosta	0,2206	0,1463	0,1324	1.236.553	1.266.827	1.622.192
Veneto	8,5022	6,3528	7,8074	49.727.019	50.944.484	65.235.203
Totale	100,0000	100,0000	100,0000	605.115.000	619.930.000	793.830.000

*La quota indistinta è ripartita per l'80% in base alla popolazione over 75 (fonte ISTAT), per il 10% in base alle indennità di accompagnamento (fonte INPS) e per il 10% in base alle certificazioni rilasciate ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992 (fonte INPS)



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Tabella 2			
Risorse trasferite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi*			
Regioni	Risorse assegnate per l'anno 2024 (al netto delle risorse per PUA e vita indipendente)	Importi da attribuire per garantire il livello di finanziamento dell'anno 2024	
		2025	2026
	Euro	Euro	Euro
Abruzzo	20.120.000	+ 903.028	+ 572.706
Basilicata	8.914.000	+ 805.428	+ 667.613
Calabria	29.035.000	+ 631.848	+ 159.340
Campania	72.501.000	+ 589.383	---
Emilia-Romagna	65.794.000	+ 957.198	---
Friuli-Venezia Giulia	19.866.000	+ 423.524	+ 81.778
Lazio	77.680.000	---	---
Liguria	27.846.000	+ 1.719.402	+ 1.258.215
Lombardia	135.239.000	---	---
Marche	23.771.000	---	---
Molise	5.518.000	+ 953.468	+ 875.189
Piemonte	67.153.000	+ 2.156.131	+ 1.010.311
Puglia	56.711.000	---	---
Sardegna	24.790.000	---	---
Sicilia	69.530.000	+ 3.378.642	+ 2.241.847
Toscana	59.597.000	+ 2.784.794	+ 1.787.421
Umbria	14.517.000	---	---
Valle d'Aosta	2.122.000	+ 383.747	+ 353.473
Veneto	68.256.000	---	---
Totale	848.960.000	15.686.593	9.007.893

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



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Tabella 3			
Ulteriori risorse residue per l'annualità 2025, al netto di quelle ripartite in Tabella 2*			
	Popolazione residente (70+)	Popolazione con indennità di accompagnamento (70+)	Importo quota residua 2025**
Regioni	%	%	Euro
Abruzzo	2,2976	2,2723	1.072.032,00
Basilicata	0,9419	1,1083	464.305,00
Calabria	3,0538	5,0127	1.704.696,00
Campania	8,0060	11,3724	4.220.659,00
Emilia-Romagna	7,8417	5,8292	3.388.331,00
Friuli-Venezia Giulia	2,3505	1,8274	1.026.885,00
Lazio	9,4276	11,2581	4.670.457,00
Liguria	3,1638	2,3372	1.364.995,00
Lombardia	16,8501	13,8392	7.465.254,00
Marche	2,7753	2,9941	1.329.941,00
Molise	0,5435	0,5548	256.018,00
Piemonte	8,1105	5,3370	3.407.290,00
Puglia	6,6434	9,9650	3.576.488,00
Sardegna	2,9578	3,5740	1.471.186,00
Sicilia	7,7353	8,2433	3.692.501,00
Toscana	6,9709	5,1676	3.010.060,00
Umbria	1,6616	2,4781	892.521,00
Valle d'Aosta	0,2215	0,1521	93.945,00
Veneto	8,4472	6,6772	3.705.843,00
Totale	100,0000	100,0000	46.813.407,00

* Ulteriori risorse disponibili del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024, per l'anno 2025, al netto di quelle ripartite in Tabella 2.



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

**** Ripartite per il 70% in base alla popolazione over 70 (fonte ISTAT) e per il 30% in base alle indennità di accompagnamento per la popolazione over 70 (fonte INPS).**



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

**Tabella 4
Quota LEPS**

Regioni	Popolazione residente (70+)	Popolazione con indennità di accompagnamento (70+)	Importo quota LEPS per ciascun anno del triennio 2025-2027*
	%	%	Euro
Abruzzo	2,2976	2,2723	5.725.025
Basilicata	0,9419	1,1083	2.479.550
Calabria	3,0538	5,0127	9.103.675
Campania	8,0060	11,3724	22.539.800
Emilia-Romagna	7,8417	5,8292	18.094.875
Friuli-Venezia Giulia	2,3505	1,8274	5.483.925
Lazio	9,4276	11,2581	24.941.875
Liguria	3,1638	2,3372	7.289.550
Lombardia	16,8501	13,8392	39.867.075
Marche	2,7753	2,9941	7.102.350
Molise	0,5435	0,5548	1.367.225
Piemonte	8,1105	5,3370	18.196.125
Puglia	6,6434	9,9650	19.099.700
Sardegna	2,9578	3,5740	7.856.650
Sicilia	7,7353	8,2433	19.719.250
Toscana	6,9709	5,1676	16.074.775
Umbria	1,6616	2,4781	4.766.375
Valle d'Aosta	0,2215	0,1521	501.700
Veneto	8,4472	6,6772	19.790.500
Totale	100,0000	100,0000	250.000.000

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



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Tabella 5
Progetti di vita indipendente

Regioni	Numero ATS	Popolazione residente 18-64 anni all'1.1.2025	ATS finanziabili	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027
Abruzzo	24	758.083	4	320.000
Basilicata	9	320.445	2	160.000
Calabria	32	1.102.181	6	480.000
Campania	60	3.460.016	18	1.440.000
Emilia-Romagna	38	2.695.709	14	1.120.000
Friuli-Venezia Giulia	18	703.010	4	320.000
Lazio	37	3.498.461	18	1.440.000
Liguria	18	873.766	5	400.000
Lombardia	91	6.113.059	31	2.480.000
Marche	23	878.074	5	400.000
Molise	7	172.236	1	80.000
Piemonte	40	2.516.475	13	1.040.000
Puglia	45	2.344.127	12	960.000
Sardegna	26	940.088	5	400.000
Sicilia	55	2.886.805	15	1.200.000
Toscana	28	2.174.685	11	880.000
Umbria	12	500.296	3	240.000
Valle d'Aosta	1	73.360	1	80.000
Veneto	21	2.929.664	15	1.200.000
Totale	585	34.940.540	183	14.640.000



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

su proposta

del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

e del Ministro per le disabilità

di concerto con

il Ministro della Salute

e il Ministro dell'Economia e delle Finanze

Tabella 6		
Unità di personale PUA per regione		
Regioni	Unità di personale per ciascun anno del triennio 2025-2027	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027 (Euro)
Abruzzo	50	2.000.000
Basilicata	19	760.000
Calabria	67	2.680.000
Campania	128	5.120.000
Emilia-Romagna	84	3.360.000
Friuli-Venezia Giulia	38	1.520.000
Lazio	83	3.320.000
Liguria	39	1.560.000
Lombardia	198	7.920.000
Marche	49	1.960.000
Molise	15	600.000
Piemonte	72	2.880.000
Puglia	96	3.840.000
Sardegna	53	2.120.000
Sicilia	118	4.720.000
Toscana	63	2.520.000
Umbria	26	1.040.000
Valle d'Aosta	2	80.000
Veneto	50	2.000.000
Totale	1.250	50.000.000

* * * * *

**Accordo di Programma interistituzionale
Piano nazionale per la non autosufficienza 2025 - 2027**

**Accordo di Programma interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in
materia di integrazione sociosanitaria per le persone in condizioni di non autosufficienza sino ai
70 anni**

Premesse

Il presente Accordo di Programma interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia, necessarie per sviluppare:

- i Percorsi assistenziali integrati;
- i progetti di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, che includono tutta la disciplina prevista dal Capo III del decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62 nei territori e nei tempi in cui tale decreto è già in vigore.

La collaborazione si attua all'interno dell'ambito territoriale, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

In particolar modo, tale Accordo di Programma interistituzionale delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale, tenendo conto anche di quanto previsto dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante *Definizione della condizione della disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*.

L'accordo è uno strumento fondamentale per la realizzazione degli interventi nel settore sociosanitario per le persone con disabilità ed in particolare per coloro che versano in condizione di non autosufficienza.

Tale proposta di Accordo di Programma interistituzionale è stata redatta in conformità con i contenuti del Piano nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2025-2027 e quindi con un'attenzione per le persone con disabilità non autosufficienti. Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può essere coordinato con altri strumenti regionali già attivi in materia e anche con strumenti regionali e locali di presa in carico delle persone con disabilità *tout court*. L'accordo è stipulato al livello del singolo Ambito territoriale sociale (ATS) dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale, nonché dagli enti titolari del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita ai sensi dell'articolo 23 del d.lgs. n. 62/2024, se diversi dagli Ambiti Territoriali Sociali.

Accordo di Programma interistituzionale

L'Amministrazione Regionale, rappresentata dal nato/a il ecc.

Il Comitato/Conferenza di Ambito Sociale....., rappresentato dal Presidente..... nato/a il ecc.

L'Azienda sanitaria locale, rappresentata dal Direttore Generale nato/a il ecc.

Il Direttore dell'ente gestore dell'ATS, nato/a il ecc.

Il Direttore del Distretto Sanitario, nato/a il ecc.

Ente titolare del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita ex art. 23 d.lgs. n. 62/2024

(altri sottoscrittori da definire)

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 recante *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 recante *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*;

VISTO l'articolo 21 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*, che istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, e, in particolare, il comma 6, lettera c), che attribuisce alla Rete la responsabilità di elaborare un Piano per la non autosufficienza, quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'*articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006*, nonché il comma 7, secondo il quale il Piano ha natura triennale, con eventuali aggiornamenti annuali, ed è adottato nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferisce sono ripartiti alle regioni;

VISTA la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*;

VISTA la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*;

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

VISTO decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*;

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con disabilità in condizioni di non autosufficienza in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale per le non autosufficienze 2025-2027;

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Articolo 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma interistituzionale, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, al fine di favorire la realizzazione degli obiettivi di servizio;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e di valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi della progettazione individuale personalizzata e partecipata e la costruzione di sostegni anche attraverso il metodo del budget di progetto,

sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Articolo 2 - Oggetto

Per il territorio, il presente Accordo di Programma interistituzionale definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione degli obiettivi di servizio relativo al Processo assistenziale integrato/Progetto personalizzato/Progetto di Vita, dedicato alle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni di cui all'articolo 1, Comma 163, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234.

Articolo 3 – Presa in carico, percorso assistenziale integrato e progetti personalizzati della persona con disabilità in condizioni di non autosufficienza

Il Percorso integrato per la presa in carico della persona con disabilità certificata in condizioni di non autosufficienza, che richiede il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) o un Progetto personalizzato (PP) o del progetto di vita è costituito dalle seguenti fasi:

- valutazione di base effettuata dall'INPS;
- valutazione multidimensionale;
- elaborazione e realizzazione del PAI o del progetto personalizzato, qualora il beneficiario manifesti il proprio bisogno, e a seguito della valutazione multidimensionale, al fine di individuare le risposte e i servizi adeguati da metterli a disposizione o, in via alternativa;
- elaborazione e definizione del Progetto di Vita con il relativo budget di progetto con conseguente attuazione.

Articolo 4 - Cooperazione interprofessionale

Il presente Accordo riguarda la realizzazione, nell'ambito territoriale, dell'obiettivo di servizio relativo al "Percorso assistenziale integrato", ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa, che ne garantiscono la piena attuazione. In riferimento alle disposizioni dell'articolo 1, comma 163 della legge 234/2021, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata sociosanitaria composta da personale adeguatamente formato appartenente al Servizio sanitario nazionale, agli Ambiti Territoriali Sociali e da operatori degli Enti diversamente coinvolti nella valutazione multidimensionale e multidisciplinare, che, nel caso di progetto di vita, confluisce in esso arricchendosi di interventi organizzativi di altri ambiti. L'equipe integrata assicura la funzionalità della valutazione multidimensionale e multiprofessionale con approccio bio-psico-sociale attento al funzionamento della persona e dei suoi contesti di vita, anche al fine di delineare i bisogni di sostegno a cui rispondere anche per ridurre riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario, coinvolgendo gli attori significativi per l'evoluzione del Progetto di Vita/Progetto Personalizzato/PAI ("valutazione multidimensionale allargata", art 24 Dlgs 62/2024), definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Le equipe integrate, composte da personale adeguatamente formato appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali, operano nei PUA presso le Case di Comunità qualora già costituite.

Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare

modalità e sedi stabili di concertazione (nel caso fossero già state individuate precedentemente con altri accordi dovranno essere contemplati) al fine di garantire in ogni caso la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario. In tale definizione, almeno nella prima fase sperimentale, sono mantenute le modalità già in essere previste per le misure sociosanitarie dedicate alle persone con disabilità non autosufficienti.

Articolo 5 - Cooperazione per la definizione delle modalità di integrazione degli interventi

Le Parti del presente Accordo provvedono a coordinare le attività e l'organizzazione degli interventi a favore delle persone con disabilità non autosufficienti, mediante l'utilizzo di risorse proprie.

L'erogazione degli interventi, dei servizi e/o delle attività, sono definiti nel PAI, in altro tipo di progetto personalizzato o nel più ampio progetto di vita. Nel documento sono definite le modalità per l'integrazione tra gli interventi, servizi, e/o attività riferiti agli obiettivi di servizio e ai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo, l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario attuano tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale, programmatorio, che a livello organizzativo e professionale e di definizione delle risorse, umane, tecnologiche, strumentali, professionali ed economiche utili al budget progetto.

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Articolo 6 - Programmazione integrata

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare, anche con il confronto con gli enti del terzo settore i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di co-programmare interventi e risposte adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali, anche ricorrendo ai correttivi di cui all'articolo 30 del d.lgs. n. 62/2024.

Articolo 7 - Sistema unitario di accesso e PUA

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale sociosanitario integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'informazione, l'orientamento e l'accesso unitario ai servizi territoriali integrati. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario, che articola i punti fisici e unitari di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale.

Fermo restante quanto previsto dall'articolo 23 del d.lgs. n. 62/2024 per le istanze di progetto di vita, il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Articolo 8 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario provvedono a costituire l'equipe integrata, composta da personale adeguatamente formato garantendo inoltre l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato anche sottoscrivendo opportuni accordi di programma operativi, tra loro e con Enti pubblici, del privato sociale e privati che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione necessari per la valutazione multidimensionale.

Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona. L'unità di valutazione, nel caso in cui si occupi di un'istanza di progetto di vita si struttura secondo quanto previsto dall'articolo 24 del d.lgs. n. 62/2024, commi 1, 2 e 3 e garantisce, per quanto di competenza dei firmatari del presente Accordo, la partecipazione della persona secondo quanto previsto dall'articolo 21 del medesimo decreto.

Le Parti garantiscono la partecipazione delle figure professionali necessarie alla valutazione multidimensionale.

L'equipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle funzioni di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI/Progetto personalizzato), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento del percorso assistenziale integrato oggetto del presente Accordo. Nel caso del progetto di vita, l'UVM nella parte di elaborazione dei sostegni conformi agli esiti della valutazione, è integrata dai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto.

Articolo 9 - Il Processo Assistenziale Integrato e il Progetto di Vita

Per il Progetto di Vita si richiamano gli articoli del decreto legislativo n. 62 del 2024, che ne definiscono natura, contenuti e modalità di predisposizione, prevedendo che esso sia elaborato secondo principi di autodeterminazione, partecipazione attiva e valorizzazione delle capacità e delle aspirazioni della persona con disabilità. Il Progetto di Vita, ai sensi dell'articolo 26 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, partendo dai desideri, dalle aspettative e dalle preferenze della persona con disabilità, è diretto ad individuare i sostegni, formali e informali, necessari a consentirle di migliorare la qualità della propria vita, attraverso un processo caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione che permettono budget integrati di risorse in ambito socio-sanitario e risposte più flessibili (art. 28. c. 9 del d.lgs. n. 62/2024). Nell'ambito di tale processo possono essere inclusi, qualora già presenti, sia il Piano di assistenza individualizzato sia i contenuti del Progetto personalizzato, integrandone le previsioni e assicurando un sostegno complessivo alla persona non autosufficiente o in condizione di grave disabilità, in coerenza con gli esiti della valutazione multidimensionale e con l'attivazione coordinata delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, anche nell'ambito del budget di progetto e del budget di salute e comunità.

In caso non ricorra il progetto di vita, il Processo assistenziale integrato dedicato alle persone con disabilità non autosufficienti si articola nelle macrofasi dell'accesso, della prima valutazione, della valutazione multidimensionale, dell'elaborazione del Piano assistenziale individualizzato personalizzato e del monitoraggio degli esiti di salute. La programmazione condivisa tra l'Ambito territoriale sociale, l'ente titolare del procedimento amministrativo per l'elaborazione del progetto di vita, se diverso dal primo, e il Distretto sanitario, nel quadro delle competenze definite dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, dal Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022 n. 77 e dal decreto legislativo n. 62 del 2024, è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del Piano assistenziale individualizzato, garantendo la coerenza della progettazione personalizzata, l'effettiva attivazione degli interventi previsti dal PAI e dal Progetto di Vita e il monitoraggio degli esiti in relazione agli obiettivi definiti.

Articolo 10 - Budget di progetto

Gli interventi contenuti nel Progetto assistenziale, individuati per garantire l'inclusione della persona, anche allo scopo di prevenire l'istituzionalizzazione, e conformati sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidimensionale, possono assumere un contenuto personalizzato rispetto all'offerta di servizi disponibile. In questo caso, le risorse finanziarie di provenienza sanitaria (destinate ai Livelli essenziali di assistenza, di cui al Capo IV del d.P.C.M. 12 gennaio 2017) e sociale (nei limiti delle risorse disponibili), della persona o di altra provenienza, che devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI, possono caratterizzarsi per un utilizzo ad elevata flessibilità e innovazione, nell'ambito di un rapporto di co-gestione tra i soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore, e connotarsi come Budget di salute e comunità, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 4-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77. In questa prospettiva, il budget di salute può progressivamente configurarsi come "meccanismo di riconversione delle risorse" per favorire l'inclusione sociale e il godimento dei diritti su base di uguaglianza.

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

A livello territoriale, nell'ambito della predisposizione del presente Accordo, le parti individuano le modalità di composizione del budget di progetto in coerenza con quanto disposto dal d.lgs. 62/2024 e dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027.

Articolo 11 - Gestione delle informazioni

Nei limiti delle proprie risorse finanziarie disponibili, le parti si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Articolo 12 – Impegni delle Amministrazioni Locali e dell'Azienda Sanitaria Locale

Alla realizzazione dell'obiettivo di servizio volto a costruire il processo organizzativo e gestionale come definito dal presente Accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale, l'ente titolare del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita, se diversi dal primo, e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze.

I Comuni/ATS, congiuntamente con i Distretti sanitari e per le materie oggetto del presente Accordo, attuano le azioni necessarie a garantire:

- lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito dall'Accordo;
- la dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- la piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito.

La parti si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali per l'implementazione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Articolo 13 – Organismo tecnico di condotta dell'Accordo

Il Comitato/Conferenza dei sindaci di ambito e l'Azienda sanitaria locale, secondo i modelli organizzativi regionali e territoriali, costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente Accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

Allegato B

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

ovvero

ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE 2025-2027

Elementi richiesti e indicazioni per la redazione

I Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

NOTA: Il richiamo all'art.1, commi da 160 a 164 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 è riportato quale punto di riferimento per l'individuazione degli obiettivi di servizio che possono essere raggiunti, in continuità con quanto già realizzato per la platea dei non autosufficienti con riguardo al Piano 2022-2024. Resta inteso che il medesimo riferimento verrà parallelamente previsto nel "Piano Nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana" previsto dall'art.3, comma 3, lett. a) della Legge 23 marzo 2023 n.33, dove avrà, invece, valenza di LEPS.

1.1 Il quadro di contesto

- Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi volti alle persone con disabilità e non autosufficienti (non anziane), e quelli relativi alla "Vita Indipendente".
- L'articolo 1 del presente decreto prevede che "Sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano di cui al comma 1, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo 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 in condizione di non autosufficienza, le regioni adottano 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 presente decreto, eventualmente integrate con risorse proprie".
 - Descrivere com'è avvenuto il confronto, la consultazione e il coinvolgimento.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 162, lettera a) legge 30 dicembre 2021 n.234).

- Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria.
- Descrivere specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenute norme e indirizzi nazionali:

1.2.1 Ambiti territoriali: l'articolo 1 comma 160 della legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede che "al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio... omissis -i LEPS (da considerarsi come obiettivi di servizio) sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8 comma 3, lett. a), della legge 8 novembre 2000 n.328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, in servizi ed attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23, del d.lgs. 15 settembre 2017 n. 147".

- Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

1.2.2 Punti Unici di Accesso: l'articolo 1 comma 163 della legge 30 dicembre 2021 n.234 dispone che "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".

- Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione e, in particolare, la costituzione o il rafforzamento dei PUA (numero di assunzioni già effettuate e quelle che si intendono effettuare).

1.2.3 Unità di valutazione multidimensionale: l'art.24 del Decreto Legislativo. 3 maggio 2024 n.62 dispone che "L'Unità di valutazione multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione di cui all'articolo 25 del d.lgs. 3 maggio 2024 n.62, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali".

L'art. 25 del suddetto Decreto Legislativo dispone che "Il procedimento di valutazione multidimensionale è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare ed è fondato sull'approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD. Il procedimento si articola in quattro fasi:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi".

L'articolo 1 comma 163 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede:omissis "presso i PUA operano 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".

- Descrivere la programmazione che si intende realizzare.

1.2.4 PAI/Progetto personalizzato: l'articolo 1, comma 163 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede che "omissis..... 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”.

Progetto di vita: l'art. 18 del d.lgs. 3 maggio 2024 n.62 prevede che “il progetto di vita è diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità per migliorare le condizioni personali e di salute nei diversi ambiti di vita, facilitandone l'inclusione sociale e la partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri” e “individua, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti anche ad eliminare e a prevenire le barriere e ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita”.

L'art. 26 del medesimo decreto ne definisce la forma e il contenuto.

2 Le modalità di individuazione dei beneficiari

Il decreto legislativo 3 maggio 2024 n.62 individua specificamente tra i beneficiari dei servizi socio-assistenziali, integrati da interventi di natura socio-sanitaria, le persone con disabilità e non autosufficienti.

L'art.2, comma 1, lett. a) del citato decreto legislativo definisce persona in “condizione di disabilità” quella che presenta “una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri”.

Le parole “con connotazione di gravità” e “in situazione di gravità”, ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: “con necessità di sostegno elevato o molto elevato”; le parole: “disabile grave”, ove ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: “persona con necessità di sostegno intensivo” (art. 4, comma 1, lettere c) e d) del D.Lgs. n.62 del 2024).

Per “sostegni” si intendono “i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno” (art.2 comma 1, lett. h) d.lgs. n.62 del 2024);

Ciò premesso, ai fini della programmazione, è necessario:

- individuare i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità e non autosufficienza nonché l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche;
- Indicare, pertanto, i criteri e le modalità per l'individuazione di tale tipologia di beneficiari.

3 La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1 Al fine di realizzare interventi in linea di continuità con quanto previsto nel precedente Piano 2022-2024, gli obiettivi di servizio sono realizzati innanzitutto nell'ambito delle seguenti aree (articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della Legge 30 dicembre 2021, n. 234):

- Assistenza domiciliare sociale;
- Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- Servizi sociali di sollievo;

- Servizi sociali di supporto;
- Contributi per il sostegno alla domiciliarità e della maggior autonomia possibile per le persone con disabilità non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.

In ogni caso, il “Progetto di vita” richiesto dalla persona con disabilità, all’esito della valutazione multidimensionale di cui all’art. 25 del D. Lgs. n.62 del 2024, individua “ i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali, incluse le prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017” (art. 26 comma 3, lett. c) d.lgs. n. 62 del 2024.)

➤ Descrivere gli interventi previsti degli obiettivi di servizio di erogazione.

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo

3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

L’assegno per l’autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI o del Progetto di Vita e predisposto dall’équipe multidimensionale. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta. Esso 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;
 - prevedere, in assenza di altri servizi, un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
 - essere eventualmente condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l’ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
 - 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.
- Descrivere l’intervento previsto specificando i punti di cui sopra.
- Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell’accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali).

➤ Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l’assegno di cura e per l’autonomia.

3.2.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel PAI/Progetto personalizzato o nel Progetto di Vita.

➤ Descrivere gli interventi previsti.

4 La programmazione delle risorse finanziarie per l'attuazione degli obiettivi di servizio di erogazione

PNNA 2025-2027 Matrice di Programmazione Obiettivi di servizi			Personne con disabilità non autosufficienti		
			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	
Obiettivi di servizio di Erogazione e	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)			
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)			
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)			
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164			
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs.n.6 2 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità		
			Valutazione multidimensionale		
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita		
			Monitoraggio		

Totale		
5 Il monitoraggio degli interventi		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento. 		
6 Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente"		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicare le risorse destinate ai progetti di "Vita Indipendente", inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il co-finanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio. 		
Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente		
<i>Risorse Vita Indipendente</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
Indicazione n. Ambiti aderenti		
<i>n.</i>		
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
1.		
2.		
3.		
Totale		

Allegato C
MONITORAGGIO DEI FLUSSI FINANZIARI
da inviare per ogni annualità

1. Riparto delle risorse

Atto che dispone il riparto delle risorse dalle regioni agli Ambiti Territoriali Sociali	Numero e data del provvedimento
Indicare i criteri e gli indicatori utilizzati per il riparto agli Ambiti territoriali	
Denominazione dell'ambito territoriale	Importo

2. Estremi del pagamento quietanzato (numero, data) e importi liquidati

Denominazione dell'ambito territoriale	Annualità	
	Numero e data del pagamento	Importo

Note

Allegato D

RENDICONTAZIONE SULL'UTILIZZO DELLE RISORSE ANNUALITÀ _____

Dal 2021 l'unità di rilevazione è l'ambito territoriale.

1. Risorse erogate per aree prioritarie di intervento

AREE DI INTERVENTO	Persone con disabilità non autosufficienti		Totale
	Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art 3 comma 3 l. 104/92 con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	
assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone con disabilità non autosufficienti che richiedono supporto e 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.			
servizi sociali di sollievo rivolto a persone con disabilità non autosufficienti e le loro famiglie, quali: la frequenza di centri diurni, 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;			
servizi sociali di supporto rivolto alle persone con disabilità 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.			
Gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui sopra. 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 con disabilità non autosufficienti e ai familiari che partecipano all'assistenza.			
Totale			

2. Risorse erogate per Progetti in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità. (dalla rendicontazione dell'annualità 2019)

	Importo destinato	Descrizione dell'intervento
Assistente personale		
Abitare in autonomia		
Inclusione sociale e relazionale		
Trasporto sociale		
Domotica		
Azioni di sistema		
Totale		

Descrivere gli interventi suddividendoli per le seguenti aree:

- a)** Assistente personale: indicare l'area di utilizzo: se presso il domicilio familiare, a supporto dell'housing/co-housing, a sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale, per il trasporto sociale o altro. Specificare se esiste un albo regionale degli assistenti personali.
- b)** Abitare in autonomia: specificare se l'intervento è rivolto a forme di housing e/o di co-housing sociale.
- c)** Inclusione sociale e relazionale: indicare la tipologia dell'intervento (attività sportive, culturali, relazionali, di orientamento al lavoro, etc.).
- d)** Trasporto sociale: indicare la tipologia del servizio, se, cioè, convenzioni con i trasporti pubblici o con i trasporti privati, specificare il coinvolgimento dell'assistente personale e l'eventuale acquisto/noleggio mezzi specializzati.
- e)** Domotica: specificare gli strumenti previsti
- f)** Azioni di sistema: descrivere ciascun intervento previsto

Allegato E

BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI

Rilevare solo i dati delle persone assistite con le risorse nazionali del FNA al 31 dicembre di ciascun anno. L'unità di rilevazione è l'ambito territoriale ai sensi del DM 22 agosto 2019 attuativo del sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali

1.1 Persone assistite, per sesso, classe d'età e tipologia di disabilità

Classi di età	Persone con disabilità non autosufficienti		
	Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art 3 comma 3 l. 104/92 con o senza indennità di accompagnamento di cui alla L.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	Totale
< 18 anni			
18-24			
25-34			
35-44			
55- 70			
70 e oltre (Art. 33 d.lgs. 15 marzo 2024 n. 29)			
Totale			

1.2 Persone assistite secondo aree di intervento

Aree di intervento	Numero persone assistite in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato	Numero persone assistite ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	Totale
assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari quale servizio rivolto a persone con disabilità non autosufficienti			
servizi sociali di sollievo in favore di persone in condizione di disabilità non autosufficienti e le loro famiglie			
servizi sociali di supporto rivolto alle persone con disabilità non autosufficienti e le loro famiglie			
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 con disabilità non autosufficienti e ai familiari che partecipano all'assistenza.			

1.3 Numero di persone assistite ai sensi del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 assistite nel proprio territorio per tipologia di disabilità

Tipologia di disabilità	Numero di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo
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 $QI \leq 34$ 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 psico-fisiche.	

2 Vita indipendente

2.1 Numero di persone inserite in Progetti di vita indipendente

Classe d'età	Persone inserite in progetti di vita indipendente		
	Maschi	Femmine	Totale
18-24 anni			
25-34 anni			
35-44 anni			
45-54 anni			
55-64 anni			
65 e oltre			
Totale			

➤ Indicare il numero di persone inserite in progetti attivi al 31.12

2.2 Criteri di selezione dei beneficiari inseriti nei Progetti di Vita indipendente

Indicare i criteri di preferenza utilizzati nella selezione dei beneficiari:

Criteri di selezione	Si/No
Limitazioni dell'autonomia	
Condizione familiare	
condizione abitativa e ambientale	
condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia	
Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento	
Altro (specificare)	

2.3 Numero di beneficiari per aree di intervento

Aree di intervento	Numero
Assistente personale	
Abitare in autonomia	
Inclusione sociale e relazionale	
Trasporto sociale	
Domotica	
Azioni di sistema	

ALLEGATO F

LINEE DI INDIRIZZO PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

IL CONTESTO: IL CAMBIO DI PARADIGMA DELLA CONVENZIONE ONU DEL 2006 SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

1 - La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 ha introdotto un vero e proprio cambio di paradigma nell'approccio al tema della disabilità, fornendone una lettura improntata ad una nuova visione culturale, scientifica e giuridica imponendo agli Stati membri di ideare ed implementare interventi che da una modalità settoriale e speciale approdino ad un approccio globale per la costruzione di una società pienamente inclusiva e di un ambiente a misura di tutti. In questo senso, la Convenzione mira a garantire il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità in situazione di eguaglianza con gli altri per garantirne la piena inclusione all'interno della società.

2 - In tale contesto, i primi elementi di cui occorre tener conto sono quelli relativi alla centralità della persona e la sua inclusione nella società. Uno degli elementi fondamentali e necessari ai fini della più ampia inclusione sociale, costituendone requisito essenziale, è "l'importanza per le persone con disabilità della loro autonomia e indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte", come recita la Convenzione ONU (Preambolo, lettera n). È anche per tale ragione che il tema della vita indipendente è stato considerato una delle priorità sia del primo che del secondo Programma

d'Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, predisposti dall'Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità e, con riferimento al secondo Programma, da ultimo adottato con D.P.R. 12 ottobre 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 dicembre 2017. Il Programma d'Azione rappresenta uno degli strumenti fondamentali con cui il legislatore ha previsto l'attuazione della Convenzione ONU. 3 - Va rilevato come il Programma d'Azione abbia seguito, nella sua elaborazione, l'approccio altamente partecipativo che è stato alla base della istituzione dell'Osservatorio, composto da rappresentanti delle amministrazioni nazionali, regionali e locali e da esponenti delle federazioni e associazioni rappresentative delle persone con disabilità, in ossequio al principio convenzionale del coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità nel processo di elaborazione ed implementazione di normative e politiche (articolo 4, comma 3, Conv.).

4 - Partendo dalle conclusioni raggiunte dal primo Programma d'Azione e dalla IV Conferenza Nazionale sulle politiche per la disabilità (tenutasi a Bologna il 12 e 13 luglio 2013), che rimandavano, quale tema trasversale, alla questione dei servizi sociali nel nostro Paese e al ruolo delle Regioni, è stata proposta per la prima volta nel 2013 l'adesione alla sperimentazione di un modello di intervento unitario a favore del tema della vita indipendente nei diversi territori regionali quale requisito essenziale per la piena inclusione nella società delle persone con disabilità. La proposta è stata successivamente rinnovata in ciascun anno, rafforzandosi a seguito di quanto emerso in materia di vita indipendente nel corso della V

Conferenza Nazionale sulle politiche per la disabilità, tenutasi a Firenze il 16 e 17 settembre del 2016, nonché nel secondo Programma d'azione, pienamente recepito nelle presenti Linee di indirizzo.

5 - In tale quadro, quale elemento di sfondo per la comprensione delle dinamiche proprie del panorama italiano, occorre ricordare come nel nostro Paese si è in presenza di una estrema eterogeneità nella diffusione dei servizi sul territorio cui corrisponde una elevata sperequazione della spesa sociale, che va da oltre 250 euro procapite nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano e in Val d'Aosta a meno di 20 euro nella Regione Calabria, con il Sud – l'area territoriale più povera e quindi con bisogni maggiori – che spende in media poco più di un terzo del Nord. In questo contesto appare urgente e necessario rafforzare i meccanismi e gli strumenti di governance che possono accompagnare un processo di convergenza o, perlomeno, di riduzione dell'eterogeneità non solo nella spesa, ma anche nei modelli di intervento.

VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

6 - Il concetto di vita indipendente rappresenta, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere la propria vita come qualunque altra persona, prendendo le decisioni riguardanti le proprie scelte con le sole limitazioni che possono incontrare le persone senza disabilità. Non si tratta necessariamente di vivere una vita per conto proprio o dell'idea della semplice autonomia, ma ha a che fare con l'autodeterminazione delle persone con disabilità, riverberandosi anche sull'ambito familiare della persona interessata.

7 - Vita indipendente e libertà di scelta sono strettamente connesse all'inclusione delle persone con disabilità nella società. Va ricordato come l'articolo 19 della Convenzione ONU ("Vita indipendente ed inclusione nella società") disponga che gli Stati Parti riconoscono "il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società" (community), con la stessa libertà di scelta delle altre persone, grazie a "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". A tale scopo viene assicurato anche che "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"; che, inoltre, "abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione"; e che, infine, "i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni".

8 - I principi di riferimento devono dunque essere la libertà di scelta di poter vivere al proprio domicilio, nonché lo sviluppo di una rete di servizi utili alla piena inclusione della persona con disabilità nella società anche a fronte di un progressivo processo di deistituzionalizzazione.

9 - La Legge 21 maggio 1998, n. 162, nel modificare la Legge 5 febbraio 1992, n. 104, aveva già introdotto nell'ordinamento italiano un primo espresso riferimento al diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità. La legge prevedeva, fra le possibilità operative delle Regioni in materia di disabilità, la facoltà di "disciplinare, allo scopo 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, 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". La legge 162, inoltre, indicava alle Regioni l'opportunità di "programmare interventi di sostegno alla persona e familiare come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone con handicap di particolare gravità, di cui all'articolo 3, comma 3, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'articolo 9, all'istituzione di servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 8, comma 1, lettera i), e 10, comma 1, e al rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati".

10 - Le Regioni, sulla base delle indicazioni contenute nella legge 162, hanno nel corso degli anni sperimentato e favorito una progettualità volta all'assistenza indiretta, all'incentivazione della domiciliarità e, sebbene in modo residuale, al supporto a percorsi di autonomia personale. Se tali esperienze hanno avuto un indubbio valore di innovazione sociale, sono tuttavia emerse criticità relative alla programmazione degli interventi. Innanzitutto, si sono determinate sensibili differenze tra le Regioni, talvolta accentuate dalla difficoltà di mantenere le buone prassi attivate nel corso degli anni a causa delle riduzioni dei finanziamenti dei fondi sociali registratesi all'inizio del decennio. Più in particolare, come è stato fatto rilevare nel primo e nel secondo Programma d'Azione, nell'individuazione della platea degli "aventi diritto" si sono spesso adottati criteri sanitari più che elementi di valutazione del rischio di esclusione, mentre è tuttora rilevante il peso della mancata unificazione e concertazione degli interventi (sociali, educativi, sanitari e sociosanitari). Infine, ancora non hanno assunto la necessaria centralità gli interventi che incidano sulla cosiddetta "disabilità adulta", soprattutto in favore delle persone con disabilità intellettiva. Un ruolo importante è stato rivestito, in talune realtà, da Agenzie per la vita indipendente, laddove attivate, che hanno offerto alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione personalizzata e, allo stesso tempo, un aiuto per gli aspetti più pratici ed operativi nella gestione dell'assistenza indiretta.

11 - È in questo quadro che si è manifestata a partire dal 2013 la volontà di promuovere le attività sui territori nazionali in materia di Vita Indipendente, su iniziativa del Ministero e d'intesa con le Regioni. Alla luce dell'esperienza maturata in questi anni, si ritiene necessario rendere strutturali i progetti e servizi innovativi, procedendo al contempo a rafforzare i processi di integrazione dei principi a sostegno della vita indipendente, dell'autodeterminazione e della libera scelta delle persone con disabilità nelle pianificazioni ordinarie degli Ambiti territoriali, al fine di assicurare continuità e maggiore estensione territoriale alle iniziative e ai servizi. In questa direzione, è auspicabile che il quadro di contesto sia in grado di dimostrare la buona volontà di tutti gli attori, ai diversi livelli di responsabilità, con l'obiettivo di inserire gli interventi all'interno di una più vasta rete di iniziative e di servizi, a partire dall'ordinaria programmazione sociale nei territori nonché dalle più recenti previsioni del Fondo per le non autosufficienze volte a meglio identificare le necessità di sostegno intensivo delle persone con disabilità, e da quanto previsto dalla legge 22 giugno 2016, n.112, in materia del cd. "dopo di noi" e relativa disciplina attuativa.

12 - Nello specifico alle Regioni si richiede un rinnovato impegno per adeguare il quadro normativo e di regolamentazione della Vita Indipendente, tenendo in debita considerazione i temi e gli elementi emersi dalla gestione condivisa delle fasi sperimentali, nonché le richiamate previsioni normative nazionali. Contestualmente, gli Ambiti sono sollecitati a sostenere gli obiettivi della vita Indipendente in tutte le programmazioni che abbiano per oggetto la disabilità, incentivando una partecipazione diffusa delle forze sociali, a cominciare dalle associazioni rappresentative delle persone con disabilità, con lo scopo di allargare la progettazione e l'accesso alle risorse e alle opportunità che fanno riferimento alle programmazioni regionali, nazionali e comunitarie.

13 - In continuità con le attività già avviate con le Linee Guida delle precedenti annualità, si intende offrire una delle possibili risposte all'esigenza di assicurare la piena applicazione delle disposizioni

convenzionali e della legge nazionale in materia di vita indipendente, contribuendo al rafforzamento di interventi omogenei sui territori regionali.

14 - L'obiettivo generale rimane quello di proseguire nello sviluppo di un percorso condiviso di promozione della vita indipendente, lavorando sulla esigenza di omogeneità a livello nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativo-programmatica delle regioni. Si ricorda a tal proposito che l'obiettivo principale in materia sia del primo che del secondo Programma d'Azione è la definizione di linee d'indirizzo nazionali per l'applicazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU, fissando i criteri guida per la concessione di contributi, per la programmazione degli interventi e servizi e la redazione dei progetti individualizzati.

IL SECONDO PROGRAMMA D'AZIONE

15 - Al fine di individuare le caratteristiche dei progetti di vita indipendente, si richiama integralmente la serie di interventi previsti nel secondo Programma d'Azione biennale con riferimento alla Linea di intervento 2 "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società", con particolare riferimento alle azioni 3, 4 e 5, di seguito riportate.

16 - Per quanto riguarda l'azione 3 ("Servizi e strutture per la collettività a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e adattate al loro funzionamento") "è necessario che per tutte le persone con disabilità, anche per chi necessita di maggiori o più intensi sostegni, siano privilegiati e garantiti politiche e servizi di sostegno, sulla base di progetti personali, affinché la persona con disabilità o chi lo rappresenta possa programmare e realizzare il proprio progetto di vita adulta sia all'interno che all'esterno della famiglia e dell'abitazione di origine. E affinché i familiari della persona con disabilità possano adeguatamente compiere i loro ruoli genitoriali o parentali senza deprivazioni derivanti da sovraccarichi assistenziali o economici. Per "sostegni per l'abitare" si intendono le misure, gli interventi, le modalità organizzative che concorrano al dignitoso permanere presso il proprio domicilio, o alla realizzazione del proprio progetto di vita all'esterno della famiglia di origine, o a percorsi di deistituzionalizzazione. Per "servizi per l'abitare" si intendono le modalità organizzative che garantiscono soluzioni abitative e di supporto alla persona alternativi alla permanenza presso il domicilio originale o familiare. In particolare favorire l'abitare in autonomia comporta l'insieme delle attività destinate a fornire risposte ai bisogni e/o a promuovere forme di sostegno alle persone con disabilità nel corso della loro vita per quel che concerne l'autonomia, le relazioni sociali, l'accesso alle opportunità offerte dal territorio, l'esercizio dei propri diritti, indipendentemente dalle modalità organizzative e di gestione degli interventi." Sulla base dell'obiettivo della "Promozione e diffusione di modelli organizzativi e gestionali per l'abitare in autonomia e della domiciliarità e adottare in modo omogeneo norme relative ai servizi per l'abitare", l'azione specifica di cui alla lettera c) individua la "determinazione, nelle more della puntuale definizione di LEPS e/o LEA, di obiettivi di servizio per i "sostegni all'abitare", incardinati in progetti personali, che prevedano di: garantire il protagonismo della persona con disabilità o di chi la rappresenta; garantire una valutazione multidimensionale e ad ampio spettro delle condizioni personali e di contesto; garantire un ampio coinvolgimento dei servizi, delle reti formali e informali del territorio; garantire un sostegno alla progressiva acquisizione di autonomia personale; una contemporanea incentivazione delle attività, delle relazioni, degli impegni extradomiciliari; sviluppare capacità di espressione/comunicazione, autorappresentazione; costruire un'identità solida attraverso l'alleanza con la famiglia; sostenere e sviluppare una compliance con tutti gli attori coinvolti; sostenere, rafforzare e sviluppare i processi di pensiero; fornire un supporto alla famiglia di tipo psicologico, pedagogico attraverso incontri frequenti e la formazione anche condivisa; sviluppare relazioni con le collettività di riferimento".

17 - Per quel che riguarda l'azione 4 ("Rafforzamento ed efficacia di modelli di assistenza personale autogestita"), "l'approccio "Independent Living" (per vivere in modo indipendente) mutuato da consolidate esperienze straniere, pur non essendo purtroppo sufficientemente consolidato nelle prassi delle politiche sociali nazionali e regionali, conta su una strutturazione teorica e di modello organizzativo sufficientemente solida e strutturata. Esso si riferisce e si ispira a un modello di intervento volto a favorire l'autodeterminazione, l'inclusione e la piena partecipazione delle persone con disabilità, attraverso la redazione diretta del proprio progetto di vita. La persona cui viene garantito il diritto di scelta si assume le conseguenti responsabilità e la consapevolezza degli eventuali rischi. Esso rappresenta una delle alternative possibili dell'assistenza diretta, scelta da altri, e favorisce la partecipazione delle persone con disabilità nella società, innescando meccanismi di mutamento culturali e materiali nell'ottica del "mainstreaming". L'approccio attualmente necessita di un consolidamento sia

in termini di risorse che di modellizzazione uniforme sul territorio nazionale con la condivisione e applicazione di linee guida”. Sulla base dell’obiettivo di “favorire la diffusione e l’adozione di procedimenti omogenei ed efficaci relativi a modelli di assistenza personale autogestita”, sono previste le seguenti azioni specifiche: “Definizione di linee guida condivise e sostenibili che garantiscano: il pieno coinvolgimento personale della persona con disabilità o di chi la rappresenta; l’individuazione di congrue risorse necessarie; l’individuazione chiara e comprensibile degli obiettivi del progetto; l’individuazione di un referente certo presso l’ente; il trasferimento monetario congruente al progetto di vita indipendente presentato e accettato; perequato nel tempo al costo di mercato e al costo orario del contratto lavorativo dell’assistente personale assunto; continuativo nel tempo per consentire una progettazione di lungo periodo ed evitare il ritorno a situazioni di dipendenza; la possibilità di destinare, in modo concordato, il trasferimento monetario a spese propedeutiche all’inclusione sociale quindi non strettamente connesse alla diretta assistenza personale; la scelta del proprio assistente personale senza condizionamenti o imposizioni esterne nel rispetto della normativa in materia di contratti di lavoro; la possibilità di avvalersi di consulenza alla pari offerta da agenzie o centri per la vita indipendente; l’opportunità di revisione nel tempo del progetto adeguandolo a nuove o diverse esigenze; di evitare la richiesta e l’acquisizione di documentazione ridondante rispetto alle finalità della procedura; la definizione ex ante e chiara della documentazione da presentare e dei tempi entro cui presentarla; la semplificazione dei procedimenti di presentazione della documentazione a supporto della rendicontazione; di applicare una rendicontazione delle spese flessibile in relazione al progetto anche in ragione di particolari emergenze; di procedere per avvisi bonari prima di applicare riduzioni o sospensioni; il rafforzamento della reciproca collaborazione con centri e agenzie per la vita indipendente soprattutto in funzione della circolazione delle informazioni corrette; la previsione della portabilità del finanziamento interregionale e nazionale (esigibilità dei diritti di cittadinanza) e internazionale in caso di trasferimento”.

18 - Infine, per quanto concerne l’azione 5 “Condivisione e diffusione di principi e strumenti di progettazione personale e loro applicazione”, “il confronto e le analisi condotte in seno all’OND hanno evidenziato, fra l’altro, la necessità di una più ampia condivisione di criteri e indicazioni operative per migliorare e qualificare la progettazione mirata alla piena inclusione delle persone con disabilità, nel solco dei principi fondanti della Convenzione ONU (“mainstreaming” ed “empowerment” in particolare). Si rileva da un lato una certa disomogeneità, che sconfinata talora in disorientamento o elusione, nell’applicazione di strumenti di progettazione personale, nella loro congruente applicazione, nel loro necessario monitoraggio. Ciò lascia supporre la stretta necessità di predisporre - in modo condiviso - linee guida (da emanarsi a cura del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sentita la Conferenza Stato Regioni e le associazioni delle persone con disabilità) che possano essere utili alle regioni e agli Enti locali nella elaborazione delle proprie politiche e, ancor più, nella organizzazione dei servizi sui territori”. Sulla base dell’obiettivo di “favorire l’elaborazione e la diffusione di strumenti utili alla efficace progettazione personale”, sono previste le seguenti azioni specifiche: “a) redazione condivisa e promozione di linee guida per l’elaborazione del progetto personalizzato inteso come un’azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che da valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia; b) elaborazione condivisa e promozione di linee guida per la corretta e completa valutazione delle aspettative, dei valori, delle risorse personali, del contesto familiare e dei sostegni, con strumenti sensibili e validati oltre che da una valutazione degli esiti esistenziali personali, parametrati anche sui principali domini della qualità della vita, sia oggettivi che soggettivi; c) elaborazione e promozione di modelli allocativi di “budget personalizzati” (budget di cura, budget di salute o comunque denominati) che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personalizzato alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l’uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.”

CARATTERISTICHE DEI PROGETTI

19 - La valutazione multidimensionale rappresenta la premessa del progetto personalizzato inteso come un’azione integrata di misure, “sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione

o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che a valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia” (linea intervento 2, schema del secondo Programma di Azione, azione 5). È requisito essenziale per la richiesta di finanziamento la presenza nei territori coinvolti di servizi che dispongano di un modello di accompagnamento verso l’autonomia delle persone con disabilità e di presa in carico dei suoi bisogni, che preveda l’utilizzo di modalità di valutazione multidimensionale finalizzato alla elaborazione di progetti personalizzati.

20 – In coerenza con quanto previsto in attuazione della legge n. 112 del 2016 sul cd. “Dopo di noi” dal DM 23 novembre 2016, la valutazione multidimensionale è effettuata da équipe multiprofessionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, regolamentate dalle Regioni senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. È opportuno che le équipe si dotino di competenze utili a comprendere i diversi aspetti della vita indipendente – anche con il coinvolgimento delle Agenzie per la Vita Indipendente e di figure di consulenti alla pari (peer counseling) – in maniera che i progetti predisposti rappresentino la migliore sintesi tra le aspettative del beneficiario e la valutazione multidimensionale, organizzando le risorse disponibili con il quadro dei servizi del territorio.

21 - I progetti devono, altresì, prevedere l’elaborazione di un budget integrato di progetto, eventualmente con previsione di investimenti modulabili in funzione degli obiettivi raggiunti e consolidati, e una chiara identificazione delle responsabilità di realizzazione e monitoraggio (case management) degli interventi. A tale proposito, appare necessario che gli ambiti territoriali selezionati dalle Regioni siano nelle condizioni di sviluppare le progettazioni in un contesto di accordi di collaborazione fra le diverse filiere amministrative (sociale, sanitaria, istruzione e università, formazione e inserimento lavorativo) al fine di implementare interventi che permettano progettazioni integrate.

22 - Ogni ambito dovrà promuovere la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità alla progettazione del proprio progetto personalizzato e agevolare la presenza alle successive fasi di monitoraggio e valutazione. La eventuale partecipazione dei familiari, o di chi rappresenti la persona con disabilità, così come il ruolo e le competenze delle équipe, non devono costituire un ostacolo all’esercizio della piena autonomia e autodeterminazione del beneficiario, ma un’occasione per estendere alla cerchia dei congiunti gli effetti positivi di un’azione di orientamento alla vita indipendente, nonché per avvalersi di informazioni utili alla migliore predisposizione del progetto personalizzato di vita. Il sostegno alla vita indipendente, inoltre, può essere promosso, nei termini e nelle misure indicate dalle équipe multiprofessionali, anche nei casi nei quali il beneficiario sia destinatario di tutele giuridiche che includano la presenza del tutore, dell’amministratore di sostegno o di altre figure previste dalla normativa vigente. In ogni caso, nel rispetto dell’articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ed in particolare, del comma 1, lettera a), gli interventi di cui alle presenti Linee di indirizzo sono proposti e condivisi con la persona con disabilità garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta. Con specifico riferimento alle persone con disabilità intellettiva devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte. Le attività di programmazione e monitoraggio delle politiche e dei servizi attivati devono prevedere il coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari.

23 – 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 deve essere accordata 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 de-istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità. Nella presentazione dei progetti devono essere considerate tutte le tipologie di limitazioni corporee e funzionali, il rischio di discriminazione plurima e la prospettiva di genere. Resta inteso che, in caso di continuità dell’iniziativa progettuale rispetto alle precedenti annualità, la persona con disabilità che fosse già incluso in un progetto non necessiterà di nuova valutazione ai fini dell’accesso, salvo ove ciò non sia espressamente previsto dalla normativa regionale.

AREE DI INTERVENTO

Assistente personale.

24 - La figura dell'assistente personale assume un ruolo centrale nella organizzazione di un progetto di vita indipendente. Per l'assistente personale si fa di norma riferimento al contratto collettivo nazionale (CCNL) che disciplina il rapporto di lavoro domestico del 13 febbraio 2007 e alle successive rivalutazioni ISTAT. Tuttavia, ove necessario ai fini del miglior soddisfacimento delle esigenze della persona con disabilità, non viene esclusa la possibilità di rivolgersi a figure non disciplinate dal contratto citato o a enti fornitori di servizi. Si deve fare in ogni caso riferimento al fondamentale principio dell'appropriatezza in relazione alla espressione degli specifici bisogni della persona con disabilità. La libera scelta dell'assistente va sempre garantita al beneficiario, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato. Si raccomanda in ogni caso alle Regioni di garantire il principio della libera scelta dell'assistente personale anche nei casi nei quali la normativa o i regolamenti abbiano previsto l'istituzione di Albi o Registri per questa categoria di lavoratori, attraverso una corretta disciplina delle procedure di accreditamento e di selezione. In merito alla eventuale formazione della persona individuata quale assistente personale, un ruolo importante può essere svolto da Agenzie per la vita indipendente o da figure di consulenti alla pari (peer counseling). Sia la formazione che le attività svolte da Agenzie per la vita indipendente o da figure di consulenti alla pari sono da considerarsi quali azioni di sistema.

25 - Con riferimento specifico alla progettazione, il contributo economico per l'assistente personale connesso all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata, seppure in relazione all'effettivo stato di implementazione di strategie di vita indipendente all'interno della regione e del territorio di riferimento. È in ogni caso possibile legare l'intera progettualità, ove previsto, nel piano personalizzato, all'assistenza indiretta della persona con disabilità, fermo restando il vincolo per la Regione di prevedere almeno un intervento in materia di housing o co-housing (di cui al successivo punto 26). In via preferenziale, il contributo per l'assistente personale dovrà, pertanto, essere considerato come voce di spesa autonoma e specifica, sebbene lo stesso risulti ricorrente nelle diverse macro-aree di intervento che rispondono ai temi dell'abitare in autonomia, delle attività di inclusione sociale e relazionale, nonché del trasporto sociale.

Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing

26- Proprio rispetto alle macroaree che compongono il quadro progettuale va precisato che nell'area dell'abitare in autonomia vengono prese in considerazione le diverse tipologie di housing e co-housing e il progetto resta aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito, nel quadro più generale del processo di de-istituzionalizzazione e di contrasto ad ogni forma di isolamento e di segregazione, ogni regione dovrà favorire la programmazione di almeno un intervento indirizzato verso forme propedeutiche all'abitare in autonomia che, eventualmente, prevedano budget di spesa modulabili in relazione al crescere delle competenze e abilità delle persone nel gestire la propria vita relazionale e quotidiana, e l'attivazione di progetti integrati (abitare, lavoro e socialità) per garantire durata all'esperienza di autonomia. Sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia possono rientrare in tali esperienze. In questo quadro, anche alla luce dell'attenzione che nell'Accordo di Partenariato 2014-2020 si pone su specifiche forme dell'abitare in autonomia e, in particolare, per il co-housing sociale nonché delle relative programmazioni regionali in materia, si incoraggiano progettazioni a favore di persone con disabilità senza il necessario supporto familiare da accogliere in strutture di cohousing sociale o soluzioni analoghe. In riferimento a queste ultime, si raccomanda di integrare gli eventuali interventi con le programmazioni del "dopo di noi" di cui alla legge 112 del 2016, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. In ogni caso deve trattarsi di soluzioni abitative che offrano ospitalità a non più di 5 persone, di spazi accessibili, organizzati come spazi domestici che possano essere vissuti come la propria casa, prevedendo ove possibile l'utilizzo di oggetti e mobili propri. Nel rispetto delle misure di sicurezza e di prevenzione dei rischi, devono essere garantiti spazi in cui sia tutelata la riservatezza, in particolare le camere da letto, preferibilmente singole, ed adeguati spazi per la quotidianità e il tempo libero. E' comunque garantito il rispetto della volontà della persona con disabilità. Inclusione sociale e relazionale.

27 - Nell'area dell'inclusione sociale e relazionale è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza domiciliare. Tuttavia, dal momento che 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, allorché i servizi garantiti con altre risorse siano insufficienti o inesistenti. In ogni caso, le risorse assegnate sono aggiuntive e non sostitutive rispetto a risorse già destinate ai servizi qui considerati dall'ordinaria programmazione socio-sanitaria. Inoltre, ove i progetti personali lo rendano possibile per la particolarità e caratteristica del servizio e nei casi in cui ciò sia compatibile con la normativa regionale, l'assistenza domiciliare dovrà essere integrata con l'assistenza personale. A completamento del quadro delle macroaree di programmazione, possono essere inseriti nel progetto integrato servizi 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, nonché al trasporto e alla mobilità sociale nella misura in cui non vengano forniti attraverso specifici programmi di finanziamento.

Domotica

28 - Per quel che riguarda le 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 che contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, nel ricordare che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN, gli stessi non possono essere comunque sostitutivi del supporto fornito dall'assistente personale nonché dalle altre figure previste.

Azioni di sistema

29 - Nella elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere poste in essere 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 grazie al sostegno allo sviluppo di un partenariato di territorio in grado di valorizzare l'impegno delle associazioni rappresentative delle persone con disabilità nonché delle diverse organizzazioni del Terzo Settore operanti nella comunità di riferimento. Su tali basi, vanno promosse e consolidate le già richiamate Agenzie per la vita indipendente, costituite prevalentemente da persone con disabilità, che offrano alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione personalizzata e, allo stesso tempo, un aiuto per gli aspetti più pratici ed operativi nella gestione dell'assistenza indiretta. In tale contesto sono, inoltre, oggetto di intervento, percorsi formativi anche universitari, in termini di vita indipendente, a esclusivo beneficio delle persone con disabilità e dei loro familiari, miranti alla consapevolezza in merito alle scelte da compiere (empowerment).

30- Come già ricordato al precedente punto 24, la formazione, che deve essere ricompresa fra le azioni di sistema, può anche essere rivolta alla figura dell'assistente personale e in tutti i casi, deve rispettare la normativa regionale per l'accreditamento degli enti erogatori di formazione. Fanno riferimento alle azioni di sistema, soggette al limite del 15% della spesa complessiva, anche le attività di promozione, informazione, sensibilizzazione e quelle di monitoraggio e coordinamento del piano di vita indipendente ove promosse e gestite attraverso Agenzie per la Vita Indipendente, già attive o di prossima realizzazione. È indispensabile l'inserimento di persone con disabilità nelle attività promosse dalle Agenzie. Resta inteso che le medesime attività possono essere condotte anche dagli ambiti con risorse proprie: in questo caso tali spese, tuttavia, non possono essere contabilizzate nel quadro del progetto a valere sul FNA.

QUOTA MINIMA DI RISORSE DA DESTINARE A LIVELLO DI AMBITO TERRITORIALE E NUMERO DI AMBITI COINVOLTI

31- Ciascuna regione dovrà garantire nell'ambito della programmazione regionale degli interventi, una diffusione dei progetti, in termini di numero di Ambiti territoriali coinvolti pari almeno a quanto indicato per ciascuna Regione nel D.D. 669 del 28 dicembre 2018 (nel totale nazionale almeno 187 ambiti). Considerato che ogni Ambito poteva accedere ad un finanziamento di 80 mila euro a valere sul FNA, cui doveva sommarsi un cofinanziamento di 20 mila euro garantito dalle Regioni, in forma diretta o tramite l'ambito territoriale selezionato, le risorse totali per i progetti di vita indipendente a livello

nazionale dovranno essere pari a 18,7 milioni di euro, di cui almeno 14,96 milioni a valere sul FNA. Pertanto, la quota minima di finanziamento per ciascun ambito è pari a 100.000,00 euro, comprensiva della quota di cofinanziamento. Non si considera co-finanziamento, la contribuzione in natura (ad esempio, in termini di personale della regione o dell'ambito o di locali, beni durevoli, attrezzature di proprietà della regione o dell'ambito).

I valori minimi per Regione sono i seguenti:

Tabella 5				
Progetti di vita indipendente				
Regioni	Numero ATS	Popolazione residente 18-64 anni all'1.1.2025	ATS finanziabili	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027
Abruzzo	24	758.083	4	320.000
Basilicata	9	320.445	2	160.000
Calabria	32	1.102.181	6	480.000
Campania	60	3.460.016	18	1.440.000
Emilia-Romagna	38	2.695.709	14	1.120.000
Friuli-Venezia Giulia	18	703.010	4	320.000
Lazio	37	3.498.461	18	1.440.000
Liguria	18	873.766	5	400.000
Lombardia	91	6.113.059	31	2.480.000
Marche	23	878.074	5	400.000
Molise	7	172.236	1	80.000
Piemonte	40	2.516.475	13	1.040.000
Puglia	45	2.344.127	12	960.000
Sardegna	26	940.088	5	400.000
Sicilia	55	2.886.805	15	1.200.000
Toscana	28	2.174.685	11	880.000
Umbria	12	500.296	3	240.000
Valle d'Aosta	1	73.360	1	80.000
Veneto	21	2.929.664	15	1.200.000
Totale	585	34.940.540	183	14.640.000

32 - Resta fermo che le Regioni, a valere su risorse del proprio bilancio, possono estendere territorialmente gli interventi e i servizi oltre il numero di Ambiti sopra specificato e che, come previsto nel Piano nazionale per la non autosufficienza, si impegnano comunque a sviluppare i progetti di vita indipendente prospetticamente in tutti gli Ambiti territoriali in cui vi sono le condizioni per attuarlo.

CRITERI DI VALUTAZIONE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2027

Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027 è lo strumento di programmazione mediante il quale sono individuati gli interventi e le prestazioni a favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza.

Tale documento, si pone in linea di continuità con quanto previsto nell'ambito del PNNA 2022-2024, (che, a differenza del Piano oggetto della presente relazione, si rivolge alle persone anziane non autosufficienti con basso e alto bisogno assistenziale e alle persone con disabilità gravi e gravissime) garantendo la prosecuzione degli interventi assistenziali e l'erogazione dei servizi in favore delle persone non autosufficienti.

Il Piano introduce rilevanti elementi di novità, che riguardano la platea di riferimento cui sono destinati i relativi interventi, il ruolo dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) nell'assetto organizzativo delle politiche a favore delle persone non autosufficienti, la centralità della persona e delle sue aspettative e la realizzazione degli obiettivi di servizio.

Il PNNA si colloca, difatti, in un contesto profondamente rinnovato sotto il profilo normativo e programmatico, nel quale le innovazioni introdotte negli ultimi anni hanno ridefinito l'assetto complessivo delle politiche per la disabilità e la non autosufficienza. Nello specifico, assumono particolare rilievo, la legge 22 dicembre 2021, n. 227 che ha conferito al Governo la delega per la riforma della materia, il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, "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", la legge 23 marzo 2023, n. 33 recante "Deleghe al Governo in materia di persone anziane" e il relativo decreto attuativo n. 29 del 15 marzo 2024. Al riguardo, è proprio nell'ambito della legge n. 33/2023 che il legislatore ha scelto di dedicare un apposito Piano a favore delle persone anziane non autosufficienti prevedendo la predisposizione di uno specifico documento di programmazione a favore di tale platea. L'articolo 2, comma 3, lett. a) della citata legge 33, prevede che il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana "sostituisce, per la parte inerente alla popolazione anziana, il Piano per la non autosufficienza". Ciò, come anticipato, ha introdotto un importante elemento di novità in quanto il PNNA 25 – 27 è dedicato alle persone non autosufficienti sino ai 70 anni.

In tale ottica, seppure in linea di continuità con la precedente programmazione, l'azione del Piano in oggetto è volta in via prioritaria a rafforzare i servizi sociali e sociosanitari territoriali, a semplificare le procedure di accesso e accertamento, nonché a sostenere la permanenza a domicilio delle persone con disabilità, attraverso la promozione di strumenti in grado di valorizzare la persona. Rispetto alla semplificazione delle procedure di accesso e accertamento della condizione di non autosufficienza, nel Piano è rimarcato il ruolo dell'INPS, che, in linea con quanto stabilito dall'articolo 9 del d.lgs. n. 62/2024, gestisce in via esclusiva il procedimento per la valutazione di base. Tuttavia, con lo scopo di fornire indicazioni operative uniformi e di assicurare risposte adeguate ai bisogni delle persone cui è dedicato il Piano, anche in considerazione della fase di sperimentazione disciplinata dal d.lgs. n. 62/2024, sono state definite apposite matrici di processo e scenari operativi, volti a delineare percorsi omogenei e semplificati per l'accesso agli interventi e alle prestazioni, con l'obiettivo di garantire maggiore equità e trasparenza nell'attuazione delle misure. Tali matrici, definiscono le fasi relative al percorso valutativo, dall'accoglienza e prima valutazione presso i PUA, fino alla pianificazione e attuazione degli interventi, con il coinvolgimento delle *équipe* multidisciplinari, composte da operatori sanitari, sociali e specialisti appartenenti agli ATS, alle ASL e alle Amministrazioni locali.

Nel PNNA 2025-2027 sono stati, altresì, illustrati il progetto di vita, il progetto personalizzato e il progetto assistenziale integrato (PAI), quali strumenti volti ad individuare gli interventi e le prestazioni a favore delle persone non autosufficienti, tenendo conto del contesto in cui queste vivono e delle loro aspettative. Tali attività costituiscono il risultato della valutazione multidimensionale effettuate delle unità di valutazione, che, a seconda delle esigenze della persona, individua lo strumento più adeguato da offrirgli.

Proseguendo, al fine di favorire quanto più possibile il raggiungimento degli obiettivi di servizio e nell'ottica della futura individuazione dei LEPS a favore delle persone con disabilità non autosufficienti, sono stati individuati interventi e azioni riferiti alle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, vale a dire l'assistenza domiciliare sociale, l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, i servizi di sollievo e di supporto, nonché i contributi per il sostegno della domiciliarità e della maggiore autonomia possibile delle persone con disabilità non autosufficienti e per il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza, da prevedere nell'ambito del PAI, in base ai bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale.

Nel Piano è stato, altresì, illustrato il meccanismo di riparto delle risorse, fondato su criteri uniformi condivisi con le regioni e finalizzati a garantire un'equa distribuzione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), in coerenza con la platea dei potenziali beneficiari degli interventi finanziati.

Con riferimento alla definizione dei criteri di allocazione, anche a seguito delle indicazioni formulate dalla Commissione Tecnica per i Fabbisogni *Standard* (CTFS) e con l'obiettivo di assicurare una distribuzione più equa e aderente sia alle caratteristiche della popolazione beneficiaria sia alle specificità territoriali, il Piano introduce un nuovo sistema di riparto del FNA – che verrà illustrato sinteticamente nell'apposita Relazione Tecnica –, in sostituzione di parametri ormai superati.

Nelle more della piena attuazione dei nuovi criteri e fino alla loro completa stabilizzazione prevista per il 2027, è stato, inoltre, definito un meccanismo di compensazione volto a garantire continuità e stabilità agli interventi socioassistenziali, con particolare attenzione alle misure destinate alla popolazione anziana non autosufficiente.

L'elaborazione del documento in esame è stata condotta secondo un approccio partecipativo e condiviso, coordinato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per lo sviluppo sociale e gli aiuti alle povertà, nell'ambito dei lavori della Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale. Alla definizione del documento ha, altresì, partecipato il Dipartimento per le Disabilità. Tale metodo di lavoro ha consentito di raccogliere, analizzare e integrare osservazioni e proposte provenienti dai diversi livelli istituzionali, assicurando la coerenza con la precedente programmazione e favorendo la continuità metodologica e operativa tra i due trienni.

RELAZIONE TECNICA

Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027

Il *Piano nazionale per la non autosufficienza* (di seguito, “Piano”) costituisce lo strumento di programmazione mediante il quale vengono individuati gli interventi e le prestazioni destinate alle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza. Il nuovo Piano si pone in continuità con il PNNA 2022-2024, garantendo la prosecuzione delle misure assistenziali e dei servizi già previsti. Contestualmente, introduce un’importante innovazione riguardante l’ambito soggettivo di applicazione, che per il nuovo triennio viene circoscritto alle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza. Nel precedente Piano, invece, i destinatari comprendevano sia le persone anziane non autosufficienti — con basso o alto bisogno assistenziale — sia le persone con disabilità gravi e gravissime.

Il Piano conferma, in continuità con la programmazione 2022–2024, il principio dell’integrazione socio-sanitaria, introducendo elementi di novità come il progetto di vita personalizzato quale strumento di pianificazione individuale, volto a garantire un percorso di assistenza globale, continuativa e multidimensionale, capace di valorizzare le capacità residue, le aspirazioni e le potenzialità della persona, nel rispetto del principio di autodeterminazione. Tale impostazione metodologica, ispirata ai principi del *welfare* di comunità, implica la cooperazione strutturata tra amministrazioni pubbliche, enti del Terzo settore, organizzazioni di volontariato e reti informali di prossimità, al fine di assicurare un’offerta integrata e territorialmente omogenea di servizi sociali e socio-sanitari.

In attuazione di tali finalità, il Piano prevede un sistema organico di interventi volti a promuovere il benessere, l’autonomia e la permanenza della persona nel proprio contesto di vita. Tra le misure di rilievo si annoverano: l’assistenza domiciliare e sociale integrata con i servizi sanitari territoriali; le forme di coabitazione e di housing sociale; gli interventi di adattamento degli ambienti domestici e l’introduzione di tecnologie domotiche a supporto dell’autonomia; nonché i servizi di sollievo a favore delle famiglie.

L’accesso alle prestazioni è subordinato a una valutazione multidimensionale dei bisogni, effettuata in sede di programmazione regionale, che tiene conto della condizione economica del richiedente, determinata sulla base dell’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE). In conformità ai principi di equità e proporzionalità, le soglie di accesso non possono essere inferiori a euro 50.000 per gli interventi rivolti a persone con gravissima disabilità, incrementate a euro 65.000 nel caso di beneficiari minorenni, applicando l’ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Con riguardo ai profili finanziari, agli oneri derivanti dall’attuazione degli interventi previsti nell’ambito del Piano si fa fronte mediante le risorse del *Fondo per le non autosufficienze (FNA)*, istituito dall’articolo 1, comma 1264, della legge n. 296 del 2006 e assegnato al Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Ai sensi del decreto del Ministro dell’economia e delle finanze del 31 dicembre 2024, recante la ripartizione delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l’anno 2025 e per il triennio 2025–2027, le risorse complessive afferenti al FNA ammontano a euro **982.255.000,00** per l’anno **2025**, euro **934.570.000** per il **2026** ed euro **1.108.470.000** per il **2027**.

Al riguardo, occorre segnalare che con DMT n. 239688 del 3 dicembre 2025, registrato alla Corte dei Conti il 17 dicembre 2025, n. registrazione 1935, concernente la variazione compensativa in termini di cassa e competenza dal capitolo 3555 al capitolo 3538 per euro **62.500.000,00**, per l'esercizio finanziario 2025. Pertanto, alla luce della variazione appena richiamata, la somma disponibile, afferente al Fondo per le non autosufficienze, è rideterminata in euro **982.255.000,00** per l'annualità 2025.

Giova far presente che le risorse del citato Fondo sono destinate al finanziamento sia del presente Piano sia del *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana*, articolandosi in tre distinte componenti:

- una **quota indistinta**, destinata sia alle persone con disabilità non autosufficienti sia agli anziani non autosufficienti (cfr. Tabella 1 del DPCM);
- una **quota vincolata** all'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) a favore della popolazione anziana, pari ad euro **300.000.000**. In particolare, sono previsti, euro **250.000.000** per gli interventi LEPS destinati agli anziani (cfr. Tabella 4 del DPCM) ed euro **50.000.000** per l'assunzione di personale con professionalità sociale finalizzata al rafforzamento dei PUA (cfr. Tabella 6 del DPCM).

La quota vincolata all'attuazione dei LEPS è ripartita alle regioni sulla base dei seguenti criteri:

- il **70%** delle risorse disponibili è attribuito sulla base della popolazione anziana residente di età pari o superiore a 70 anni;
- il **30%** delle risorse è attribuito in ragione dei soggetti di età pari o superiore a 70 anni, titolari di indennità di accompagnamento.

La quota indistinta ammonta rispettivamente a euro **605.115.000** per il **2025**, euro **619.930.000** per il **2026** ed euro **793.830.000** per il **2027**, al netto della quota dedicata per la realizzazione dei progetti di vita indipendente, pari ad euro **14.640.000** (cfr. Tabella 5 del DPCM).

Ai fini della ripartizione di tali risorse, a seguito di un approfondito confronto tecnico con le regioni e il Dipartimento per la disabilità, sono stati ridefiniti – su richiesta della Commissione Tecnica per i Fabbisogni standard (CTFS) - i criteri di riparto del Fondo, al fine di garantire una ripartizione maggiormente equilibrata e coerente con le caratteristiche della popolazione destinataria e con le peculiarità dei diversi contesti territoriali. In particolare, è stato stabilito che l'**80%** delle risorse sia attribuito in base alla popolazione di età pari o superiore a 75 anni, il **10%** in ragione del numero dei beneficiari di indennità di accompagnamento e il restante **10%** in funzione dei soggetti con certificazione ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992.

L'applicazione dei nuovi criteri di riparto ha comportato, per alcune regioni, una riduzione delle risorse assegnate rispetto alla dotazione garantita per l'anno 2024, sulla base della quale era stata assicurata un'effettiva presa in carico della platea dei beneficiari, per la quale si rendeva necessario mantenere un'adeguata destinazione di risorse.

Al fine di individuare una soluzione a tale criticità, e considerata la disponibilità complessiva di risorse per l'annualità 2025, ai sensi dell'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, si è ritenuto necessario attribuire, alle regioni che hanno subito una riduzione delle risorse assegnate rispetto alla dotazione garantita per l'anno 2024 a seguito dell'applicazione dai nuovi criteri,

specifiche **risorse compensative**, finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale (cfr. Tabella 2 del DPCM).

In particolare, per l'anno **2025** è prevista una somma pari a **15.686.593 euro**, da assegnare alle regioni al fine di compensare, nella fase di prima applicazione, gli effetti derivanti dai nuovi criteri di riparto e di garantire la continuità degli interventi assistenziali già avviati a livello territoriale. La restante parte delle risorse, fino alla concorrenza della dotazione complessiva per il 2025, è assegnata alle regioni sulla base dei criteri sopra definiti.

Per l'annualità 2025, sono ulteriormente assegnate alle regioni risorse pari ad euro **46.813.407,00**, derivanti da quanto previsto dell'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, al netto di quelle ripartite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi

Per l'anno **2026**, in considerazione dell'adozione dei citati nuovi interventi legislativi richiamati all'articolo 1, comma 334, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e utilizzando le medesime risorse di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, è attribuita alle regioni una somma pari a **9.007.893 euro**, anch'essa destinata a compensare gli effetti derivanti dall'applicazione dei nuovi criteri di riparto e ad assicurare la prosecuzione degli interventi assistenziali programmati sul territorio. La parte residua delle risorse, fino a concorrenza della dotazione per il 2026, resta vincolata alle finalità indicate nell'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l'anno **2027**, invece, tenuto conto dell'adeguata consistenza del Fondo, non si renderà necessario alcun intervento compensativo.

Per il triennio 2025-2027, tenuto conto dei tempi tecnici necessari per l'adozione del presente Piano e della progressiva attuazione delle recenti riforme in materia di politiche a favore delle persone anziane, previste dalla legge n. 33 del 23 marzo 2023, e delle persone con disabilità, disciplinate dal decreto legislativo n. 62 del 2024, la quota indistinta è programmata dalle regioni in base alle specificità dei diversi contesti territoriali. Tale programmazione tiene conto sia delle esigenze delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza sia di quelle delle persone anziane non autosufficienti, garantendo al contempo la continuità dei servizi e dei sostegni già assicurati nell'ambito delle precedenti programmazioni.

Tale programmazione dovrà essere accompagnata da un sistema di monitoraggio e rendicontazione, tramite l'apposita piattaforma del Sistema Informativo dell'Offerta e dei Servizi Sociali (SIOSS), volto a garantire la tracciabilità delle risorse e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di servizio, con particolare riguardo alla qualità delle prestazioni, all'efficacia delle misure di sostegno domiciliare e alla capacità di promuovere l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone beneficiarie.

Per quanto concerne quest'ultima categoria di destinatari, la programmazione regionale è inoltre definita in coerenza con il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, da adottarsi ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera a), della legge n. 33 del 23 marzo 2023.

Piano nazionale per la non autosufficienza

2025-2027



Sommario

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

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

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Articolo 2, comma 2, lettera e).

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

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

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

Il coordinamento delle politiche per la disabilità è attribuito al Ministro per la disabilità, che agisce come Autorità politica delegata dal Presidente del Consiglio dei ministri. In merito, invece, alle politiche per gli anziani, il coordinamento è affidato al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), istituito dall'articolo 2, comma 3, della legge n. 33/2023, con l'obiettivo di "promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza."

In questa prospettiva, tra i compiti del CIPA è prevista, alla lettera a) del citato articolo 2, comma 3, anche l'adozione di due piani triennali che hanno l'obiettivo di garantire un approccio integrato e coordinato alle politiche per gli anziani, assicurando che le loro esigenze siano affrontate in modo efficace. Ci si riferisce al **Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana** e al **Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana**.

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

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

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

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

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

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

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

BOZZA RISERVATA

Glossario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capitolo 1 – Il quadro di contesto

1.1 Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024

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

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

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

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

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

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

1.2 Raccordo strategico con le programmazioni nazionali vigenti

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Le recenti riforme

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

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

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

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

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

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

1.2. a) La riforma in materia di disabilità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto concerne l'attuazione della legge delega, il 15 marzo 2024 è stato emanato il decreto legislativo n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33". Tale provvedimento ha come obiettivo principale quello di promuovere la dignità e l'autonomia delle persone anziane, nonché la loro inclusione sociale, riconoscendo loro il diritto a proseguire la propria vita così come le cure di cui potrebbero necessitare, presso il proprio domicilio, affrontando quindi il tema dell'invecchiamento attivo e la prevenzione delle fragilità della persona anziana. Le disposizioni prevedono l'accesso a servizi di valutazione multidimensionale e sanità preventiva, anche attraverso dispositivi di telemedicina a domicilio, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e la coabitazione intergenerazionale economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. Il decreto mira, inoltre, a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per gli anziani non autonomi. Si prevede, infatti, l'effettuazione, in una sede unica, mediante i "Punti Unici di Accesso" (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire e riconoscere la condizione di non autosufficienza e il "Progetto Assistenziale Individualizzato" (PAI), che indicherà le

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

BOZZA RISERVATA

Capitolo 2 – Le platee dei destinatari

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

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

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

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

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

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

⁵ (cfr. par. §2.2).

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


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

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

In virtù di ciò, non si parla più di “**disabilità grave**”, ma della “**necessità**

di sostegno intensivo” (livello elevato o molto elevato). Resta ferma, invece, la

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



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

Figura 2 Valutazione di base

Capitolo 3 – La struttura della governance istituzionale

3.1 Riparto delle competenze tra i diversi attori istituzionali coinvolti

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

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

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

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

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

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

3.2 Modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria

3.2.1 Gli accordi

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

3.2.2 Il budget di progetto

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

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

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

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

3.2.3 L’integrazione sociosanitaria: profili organizzativi

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Struttura, funzioni e articolazione territoriale degli ATS

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

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



coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

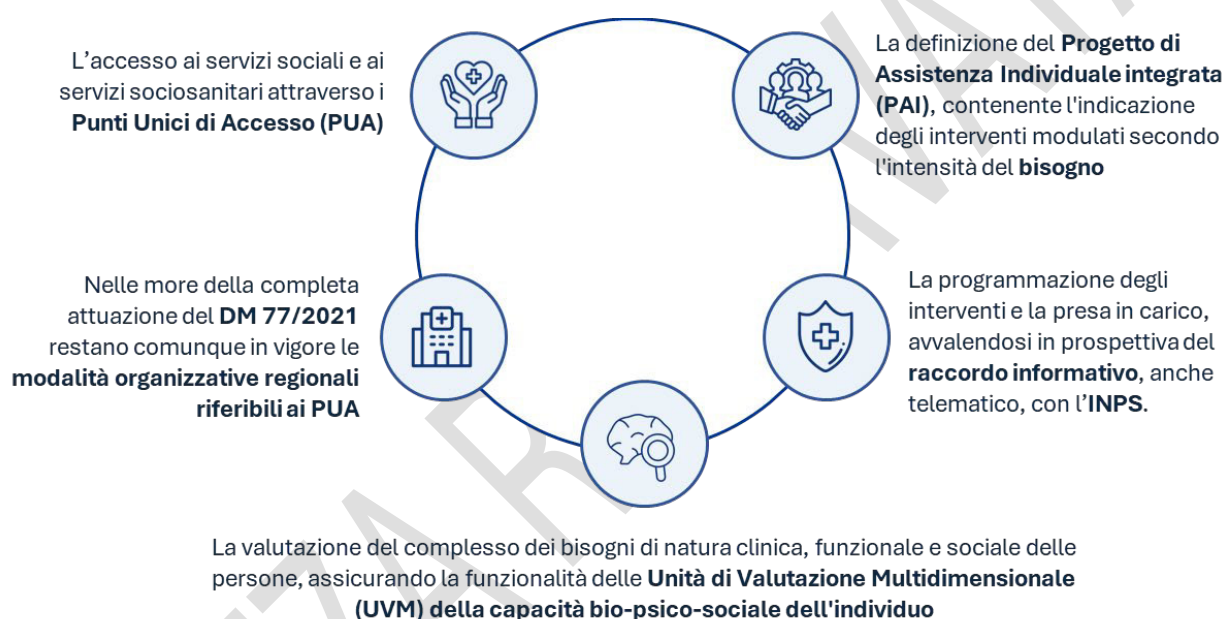


Figura 3 Funzioni degli ATS e del Distretto sanitario

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

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

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

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

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

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

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

1) Front Office

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

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

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

2) Back office

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1 UVM e Progettazione personalizzata

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Progetto assistenziale individualizzato (PAI)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ad esempio:

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

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

4.3 Risorse a sostegno della progettazione personalizzata

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

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

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

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

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

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

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

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

Capitolo 5 – Le matrici di processo

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

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

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

5.1 Fase di transizione

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

5.1.1 Prima fase

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

¹³ (cfr. par. §2.2)

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

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

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

5.1.2 Seconda fase

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

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

5.1.3 Terza fase

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

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

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

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

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

PRIMA MATRICE

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

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

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

SECONDA MATRICE

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

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

TERZA MATRICE

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

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

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

QUARTA MATRICE

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

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

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

QUINTA MATRICE

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

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

SESTA MATRICE

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

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

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

MATRICE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

PRIMA MATRICE

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

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

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

SECONDA MATRICE

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

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

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

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

5.3 Matrice di programmazione

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

I tre programmi operativi riguardano:



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



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



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

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

Capitolo 6 – Il sistema dei servizi

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

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

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

Figura 4 Aree tematiche PNNA

6.1 Obiettivi di servizio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.2 Attuazione degli obiettivi di servizio: programmazione regionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

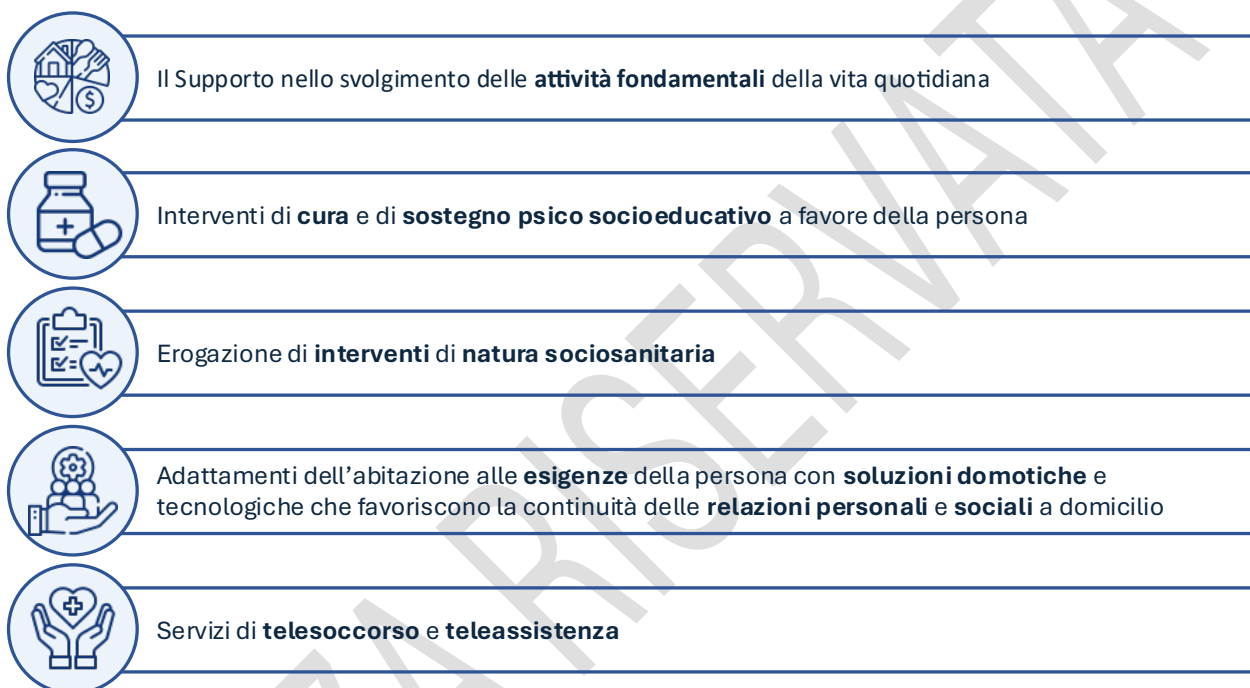


Figura 5 Interventi che riguardano l'assistenza domiciliare, anche integrata con i servizi sanitari

6.3 Servizi sociali di sollievo

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

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

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

6.4 Servizi sociali di supporto

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

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

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

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

6.5 Attività di formazione a favore del personale con professionalità sociale

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

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

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

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

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

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

6.6 Contributi

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

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

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

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

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

BOZZA RISERVATA

Capitolo 7 – Gli interventi a sostegno della vita indipendente

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

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

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

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

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

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

Occorre, pertanto, adottare un approccio ed un:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1 Progetti di vita indipendente 2025-2027

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

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

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

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

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

7.2 Beneficiari della progettualità

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

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

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

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

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



Assistente personale

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

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

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



Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing

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

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



Inclusione sociale e relazionale

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

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



Domotica

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



Azioni di sistema

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

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

occorra, una valutazione multidimensionale unificata secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 27, in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza¹⁹.

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

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

7.3 Finanziamento

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 5 – Progetti di vita indipendente

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


Capitolo 8 – Il personale previsto e assunto per i PUA

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

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

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

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

-  Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali **professionalità sociali**, tramite l'**ATS**
-  Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali **professionalità sanitarie**, tramite il **Distretto**
-  **Il servizio infermieristico di comunità**
-  Gli adeguati **servizi amministrativi e tecnici**
-  Eventuali **servizi di mediazione linguistico-culturale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2 Azioni di supporto

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



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

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

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

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

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

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

8.3 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

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

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

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

Capitolo 9 – Fondo per la non autosufficienza

9.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli interventi previsti dal presente Piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. Nel caso di interventi forniti a persone in condizioni di gravissima disabilità, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila euro in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria.

9.1.2 Risorse

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

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

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

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

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

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

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

9.1.3 Il riparto delle risorse

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

Pertanto, le risorse del Fondo sono così distinte:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si riportano di seguito le tabelle di riparto:

Tabella 1 - Quota indistinta per il triennio 2025-2027

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 4 – Quota LEPS

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

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

9.1.4 Progetti di Vita indipendente

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

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

Tabella 5 - Progetti di vita indipendente

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

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

9.1.5 Rafforzamento professionalità sociali nei PUA

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

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

Tabella 6 - Unità di personale PUA per regione

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

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

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

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

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

Annualità 2025

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

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

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

Annualità 2026

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

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

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

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

9.2 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)

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

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

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

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

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

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

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

9.2.1 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.2.2 Sistema informativo dell’offerta dei servizi sociali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.3 Programmazione

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

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

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

9.4 Monitoraggio e rendicontazione

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

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

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

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

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

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

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

* * * * *



Presidenza del Consiglio dei ministri

Ministro per le disabilità

IL CAPO DI GABINETTO

Al MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
UFFICIO DI GABINETTO
gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it

e, p.c.

Alla SEGRETERIA DELLA CONFERENZA
PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO
STATO LE REGIONI E LE PP.AA.
per interoperabilità

Al MINISTERO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE
UFFICIO DI GABINETTO
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

Al MINISTERO DELLA SALUTE
UFFICIO DI GABINETTO
gab@postacert.sanita.it

Al DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE
IN FAVORE DELLE PERSONE
CON DISABILITÀ
per interoperabilità

Oggetto: Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di adozione del Piano Nazionale Non Autosufficienza 2025-2027 – **assenso tecnico**.

Facendo seguito alle proprie note 21 gennaio u.s. prot. 120, e 28 gennaio u.s., prot. 185, di pari oggetto, si comunica che l'osservazione relativa all'art. 10 dell'allegato "Accordo di programma interistituzionale" allo schema di decreto è da ritenersi **superata**, alla luce del chiarimento fornito da codesto Ministero con mail 2 febbraio u.s., ove si legge che verrà accolta la richiesta di espungere l'inciso: «*nel limite dei massimali, regolamentati dalle singole regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previste per i servizi diurni e residenziali*»).

Si esprime, perciò, l'**assenso in qualità di co-proponente** al prosieguo dell'*iter* dello schema di decreto in parola, con la predetta modificazione e da leggere secondo l'interpretazione richiamata nella citata nota prot. 185/2026.

IL CAPO DI GABINETTO
cons. Antonio Caponetto



UFFICIO LEGISLATIVO

Ministero della Salute

LEG

0000631-P-29/01/2026

I.6.b.a/2022/4256



768954486

Al Ministero del lavoro e delle politiche
sociali
Ufficio di Gabinetto
Ufficio legislativo

e, p.c.,

Al Ministero dell'economia e delle
finanze
Ufficio legislativo

Al Ministro per le disabilità
Ufficio legislativo

All'Ufficio di Gabinetto

**OGGETTO: DPCM di adozione del Piano Nazionale Non Autosufficienza
2025-2027 – Richiesta preventivo assenso tecnico**

Si fa riferimento alla nota di codesto Ministero prot. Gabinetto Ministro n 25996 del
12/12/2025 relativo allo schema di decreto indicato in oggetto.

Al riguardo sentite le competenti Direzioni di questa Amministrazione, si conferma
il concerto reso con nota dello scrivente prot. n. 6249 del 17/12/2025.

d'ordine del Ministro

IL CAPO UFFICIO LEGISLATIVO
(Cons. *Andrea Giordano*)



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

IL CAPO DI GABINETTO

- All' Ufficio di Gabinetto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali
e p.c.:
- All' Ufficio di Gabinetto del Ministro per le disabilità
- All' Ufficio legislativo del Ministro della salute
- All' Ufficio legislativo economia
- Al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato

OGGETTO: Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per il triennio 2025-2027.

Si fa riferimento alla nota prot. 2578 del 5 febbraio 2026, con la quale codesto Ufficio ha trasmesso lo schema di decreto indicato in oggetto, unitamente ai relativi allegati, ai fini dell'acquisizione del preventivo assenso di questa Amministrazione.

Al riguardo, nel rappresentare che nulla osta all'ulteriore corso del provvedimento, si chiede di voler apportare al testo le modifiche indicate nell'unito parere del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato prot. 44621 del 9 marzo 2026.

Il Capo di Gabinetto
Avv. Stefano Varone

Firmato digitalmente

COMMISSIONE TECNICA PER I FABBISOGNI STANDARD

Oggetto: parere ex articolo 1, comma 592 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, relativo allo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2025-2027.

La Commissione tecnica per i fabbisogni standard (CTFS), chiamata, al fine di garantire l'unitarietà dell'azione di Governo, a esprimere le proprie preventive valutazioni sulle modalità di riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze (FnA) per il triennio 2025-2027 e sulle modalità di monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi, formula, sulla bozza di DPCM recante l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 e la disciplina le modalità di riparto delle risorse del FnA per il medesimo periodo ai sensi dell'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il presente

parere positivo

corredato dalle osservazioni di seguito articolate.

1. Premessa: ambito materiale, riparto di competenze e funzioni, fonti di finanziamento.

L'ambito materiale sul quale il DPCM è destinato a incidere si caratterizza per diversi profili.

Innanzitutto, trattasi di un ambito che interseca, orizzontalmente, materie diverse, dalla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP), alla tutela della salute, all'assistenza sociale. Tale multidisciplinarietà ha trovato peraltro riscontro anche nel PNRR, ove il tema delle non autosufficienze rileva in relazione sia alla linea di intervento M5C2 (missione inclusione e coesione) che alla linea di intervento M6C1 (salute).

In secondo luogo, su tali materie sussiste una suddivisione verticale di competenze legislative e di funzioni amministrative, che comporta il coinvolgimento di una pluralità di soggetti istituzionali, di strumenti di normazione e di amministrazione, che compongono un articolato mosaico il quale, sotto il profilo delle risorse, sconta l'incompiuta attuazione dell'art. 119 Cost., con conseguente pluralità di canali di finanziamento delle prestazioni destinate alle non autosufficienze, che determinano una non sempre agevole ricostruzione di politiche e di indirizzi.

Non si tratta, peraltro, di un caso isolato, essendo l'ambito latamente riconducibile al sociale per sua natura caratterizzato dalla presenza di materie trasversali e da una *governance* delle politiche

pubbliche multilivello, non accompagnata però da un adeguato coordinamento in ragione del già ricordato disallineamento tra finanziamento delle funzioni pubbliche e autonomia finanziaria degli enti territoriali.

Infine, lo schema di DPCM in esame si colloca in un quadro normativo in transizione. La Legge di Bilancio 2026 interviene in modo strutturale nel settore sociale (art. 1, commi 699-705), istituendo il **Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)**. Trattasi di uno strumento volto ad assicurare l'erogazione di prestazioni sociali adeguate e uniformi su tutto il territorio nazionale. Il Sistema dovrà operare attraverso criteri oggettivi per la quantificazione delle risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi di equità sociale e territoriale, determinando in ciascun Ambito Territoriale Sociale (ATS) il livello di spesa necessario a garantire progressivamente, a partire dal 2027, i livelli essenziali delle prestazioni. Tali criteri, uniformi, quantificabili e verificabili, dovranno consentire di: assicurare un'effettiva omogeneità nell'erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale; definire con chiarezza il perimetro delle prestazioni da ricondurre ai LEPS; monitorare l'utilizzo delle risorse e verificarne la coerenza con i fabbisogni standard.

Il nuovo Sistema di Garanzia non incide oggi sul riparto in oggetto: quest'ultimo riguarda l'arco temporale triennale 2025-2026-2027, da considerarsi unitariamente in sede di determinazione dei criteri di riparto poiché trattasi del triennio correlato alla vigenza del Piano da finanziare; le disposizioni della Legge di Bilancio richiedono, d'altro canto, l'approvazione di ulteriore normativa di attuazione per la determinazione dei livelli di spesa di riferimento, dei criteri e degli obiettivi delle prestazioni, dei sistemi operativi e delle modalità di monitoraggio; il nuovo quadro normativo va implementato, come si evince dai suoi stessi contenuti, in modo progressivo, al fine di non pregiudicare l'affidamento sinora maturato in ordine alla certezza e alla programmabilità delle risorse da parte dei livelli di governo coinvolti nel riparto.

Tuttavia, **le innovazioni introdotte con il Sistema di Garanzia dei LEPS rivestono particolare rilevanza** e su di esse è opportuno sin d'ora svolgere nel prosieguo qualche riflessione prospettica. Sul punto si ricorda che la CTFS è chiamata a formulare le ipotesi tecniche preordinate all'emanazione del DPCM sulla determinazione dei livelli di spesa di riferimento per ogni ATS, dei criteri e degli obiettivi delle prestazioni e dei criteri di riparto (art. 1, comma 701 legge di bilancio 2026), nonché ad esprimere sui decreti interministeriali che determineranno i sistemi operativi e le modalità di monitoraggio (art. 1, comma 702 legge di bilancio 2026).

2. Le modalità di riparto delle risorse del Fondo e il monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi.

2.1. Livelli delle prestazioni e fabbisogni finanziari.

Lo schema di DPCM individua un insieme articolato di interventi e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, configurandoli come obiettivi di servizio da perseguire nel limite delle risorse disponibili. Tuttavia, anche nel ciclo di programmazione 2025-2027:

- le prestazioni finanziate a valere sul FnA non risultano associate a livelli quantitativi minimi di servizio omogenei sul territorio nazionale;
- non è operata una quantificazione dei fabbisogni finanziari necessari a garantire tali prestazioni in condizioni di uniformità.

In assenza di **LEPS quantitativamente definiti** e dei corrispondenti **fabbisogni standard**, l'allocazione delle risorse del Fondo continua a essere fondata su criteri distributivi, senza un esplicito collegamento tra prestazioni, bacino di utenza e costo standard di riferimento. Ciò non assicura lo sviluppo di un assetto di servizi realmente uniforme e orientato ai livelli essenziali delle prestazioni.

Il quadro delineato dovrà in futuro essere modificato in modo coerente con l'impianto del Sistema di Garanzia dei LEPS, che prevede un modello strutturato per assicurare uniformità, verificabilità e sostenibilità delle prestazioni sociali a livello nazionale. In particolare, tale Sistema attribuisce un ruolo centrale al concetto di fabbisogno standard e di spesa di riferimento, da definire a livello di ATS, in modo da identificare il livello di spesa sufficiente per garantire una quantità di prestazioni essenziali omogenea su tutto il territorio nazionale. Il modello prevede, inoltre, l'individuazione di specifici LEP (c.d. LEP di *input*), associati a standard quantitativi minimi e verificabili, nonché un sistema di monitoraggio e valutazione che consente l'attivazione di interventi correttivi qualora gli obiettivi prefissati non vengano raggiunti.

2.2. Criteri di riparto.

Rispetto al parere precedentemente espresso dalla CTFS sul DPCM concernente l'adozione del Piano nazionale per le non autosufficienze e il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024, si evidenziano nello schema di DPCM in oggetto positivi riscontri, rappresentati dall'introduzione dei **nuovi criteri di riparto**, costruiti sulla base delle indicazioni formulate dalla CTFS, che superano, almeno parzialmente, la storicizzazione dei parametri utilizzati in precedenza.

In particolare, la scelta di considerare, per la quota indistinta:

- la popolazione ultrasessantacinquenne per il riparto dell'80% delle risorse,

- i beneficiari dell'indennità di accompagnamento per il riparto del 10% delle risorse,
- i soggetti con certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992 per il riparto del 10% delle risorse,

e per la quota LEPS:

- la popolazione ultrasettantenne per il riparto del 70% delle risorse,
- la popolazione ultrasettantenne titolare di indennità di accompagnamento per il riparto del 30% delle risorse,

consente una **migliore approssimazione nell'individuazione della platea dei potenziali beneficiari**, in coerenza con i rilievi metodologici già espressi dalla CTFS.

Sotto il profilo metodologico, l'impostazione attuale dovrà essere in futuro riveduta alla luce del Sistema di Garanzia dei LEPS, che ha l'obiettivo di fondare l'allocazione delle risorse su parametri strutturali quali:

- a) la determinazione del fabbisogno standard di ciascun ATS, in linea con la metodologia dei fabbisogni standard monetari dei servizi sociali dei Comuni, come parametro per la definizione della spesa sufficiente di riferimento, in relazione all'intero arco delle prestazioni sociali proprie degli ATS;
- b) la definizione dei LEP quantitativi, utili a misurare effettivamente il livello delle prestazioni;
- c) la correlazione tra risorse, domanda territoriale e costo standard delle prestazioni.

In prospettiva, un progressivo avvicinamento dei criteri di riparto del FnA ai criteri propri del Sistema di Garanzia consentirà di rafforzare ulteriormente trasparenza, equità e corrispondenza tra risorse, bisogni e livelli essenziali delle prestazioni.

2.3. Modalità di monitoraggio.

Lo schema di DPCM **rafforza inoltre gli obblighi di programmazione, monitoraggio e rendicontazione a carico delle Regioni e degli ATS, prevedendo l'utilizzo dei sistemi informativi nazionali e una maggiore articolazione dei flussi informativi.**

Complessivamente rimane tuttavia incentrato, quanto al monitoraggio, su obblighi procedurali piuttosto che su verifiche sostanziali di *performance* orientate alla verifica dei LEPS.

In prospettiva, l'impianto normativo delineato dalla Legge di Bilancio 2026 consentirà di affinare ulteriormente la fase del monitoraggio, attraverso:

- la misurazione del livello essenziale tramite LEP quantitativi e il controllo basato sul fabbisogno standard;

- il collegamento strutturale delle risorse ai risultati, basato su un legame sistematico tra risorse, fabbisogno standard degli ATS, livelli di servizio e obiettivi quantificati;
- l'ancoraggio del monitoraggio a obiettivi quantitativi verificabili, quali l'adozione di LEP quantitativi specifici, la definizione dei livelli di spesa di riferimento, un sistema integrato di monitoraggio coerente con tali obiettivi, l'applicazione delle misure correttive e sanzionatorie.

3. Il processo di implementazione del Sistema di Garanzia dei LEPS.

Alla luce dell'introduzione del Sistema di Garanzia dei LEPS, il FnA si colloca come una delle principali fonti di finanziamento delle politiche per la non autosufficienza. Tuttavia, come si evince da quanto precede, l'attuale schema di decreto non risulta ancora integrato nel perimetro unitario di spesa di riferimento delineato dal Sistema di Garanzia, fondato sul fabbisogno standard monetario e sui livelli di spesa di riferimento per ciascun Ambito Territoriale Sociale (ATS).

I decreti attuativi del Sistema di Garanzia evidenzia infatti che la garanzia dei LEPS deve poggiare su:

- livelli di spesa calcolati per ATS, ottenuti come somma dei fabbisogni standard comunali;
- criteri oggettivi di fabbisogno legati a domanda territoriale, struttura demografica, complessità sociale e costi di produzione;
- LEP quantitativi e verificabili;
- un sistema di monitoraggio che colleghi risorse, prestazioni e risultati.

A fronte di questo quadro, l'attuale configurazione del FnA presenta profili di disallineamento:

- le risorse del Fondo non sono ricondotte ai livelli di spesa determinati per ATS;
- i criteri di riparto non risultano coordinati con quelli che regolano gli altri flussi finanziari destinati alle prestazioni sociali — in particolare il Fondo Nazionale Politiche Sociali, il Fondo Povertà, il Fondo "Dopo di noi" — che nel Sistema di Garanzia devono concorrere a finanziare in modo coerente il fabbisogno standard;
- permane una logica settoriale e vincolata, non pienamente coerente con il disegno complessivo del federalismo fiscale, che presuppone invece una perequazione fondata sui fabbisogni standard e non su criteri distributivi "a monte".

Questi gli elementi sui quali si dovrà, in prospettiva, lavorare.

4. Considerazioni di sintesi.

Lo schema di decreto fornisce una cornice programmatica articolata per il triennio 2025-2027 e introduce elementi di aggiornamento nei criteri di riparto del Fondo per le non autosufficienze e nelle modalità di monitoraggio.

Permane la criticità relativa al fatto che l'assetto delle prestazioni finanziate non è supportato da una definizione quantitativa dei livelli essenziali e che i criteri di riparto, pur affinati sotto il profilo descrittivo, non sono ancora riconducibili ai fabbisogni standard.

In conclusione, tali criticità appaiono oggi superabili in considerazione della fase transitoria di avvio del Sistema di Garanzia, ma richiedono, in prospettiva, un **progressivo allineamento delle regole di finanziamento e di riparto del Fondo** ai fabbisogni standard e ai livelli di spesa di riferimento per ATS, al fine di assicurare piena coerenza del riparto con gli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione.

Roma lì 28 gennaio 2026

La Presidente della Commissione Tecnica dei Commissione Standard


Elena d'Orlando



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

ISPETTORATO GENERALE DEL BILANCIO
UFFICIO XI

Roma,

All'Ufficio di Gabinetto

All'Ufficio del coordinamento Legislativo

All'Ufficio Legislativo Economia

Prot. N .

Rif. Prot. Entrata: n. 26616 del 6/2/2026

Allegati:

Risposta a nota: n. 5381 del 6/2/2026

SEDE

OGGETTO: Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro della salute, concernente l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per il triennio 2025-2027.

Si fa riferimento alla nota n. 5381 del 6 febbraio 2026 con la quale l'Ufficio di Gabinetto inoltra, per l'acquisizione del preventivo assenso, lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, concernente l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per il triennio 2025-2027.

Al riguardo, per quanto di competenza, preso atto delle modifiche apportate rispetto alla precedente versione pervenuta con nota prot. 11801 del 4 dicembre 2025 e nelle versioni aggiornate e anticipate via *mail* con prot. n. 12142 del 12 dicembre 2025, nel confermare la disponibilità delle risorse, in conto residui per il 2025 e in conto competenza per il 2026 e 2027, sul pertinente capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero del lavoro e delle

politiche sociali n. 3538, si segnala la necessità di correggere le premesse, rispettivamente a pagina 8 e 9, come di seguito indicato, allineando analogamente anche la relazione tecnica:

*“VISTO il DMT n. 239688 del 3 dicembre 2025, **attualmente in corso di registrazione registrato** alla Corte dei conti il 17 dicembre 2025, n. **registrazione 1935**, concernente la variazione compensativa in termini di cassa e competenza dal capitolo 3555 al capitolo 3538, per euro 62.500.000,00 per l’esercizio finanziario 2025;*

*“ACCERTATA la disponibilità finanziaria sul capitolo 3538, dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, **in conto residui per il 2025 triennio 2025—2027 e in conto competenza per il 2026 e 2027;**”*

Nel prendere atto del parere reso in sede di Commissione Tecnica per i Fabbisogni Standard, si rappresenta che delle disposizioni di cui alla legge n. 199 del 30 dicembre 2025 (legge di bilancio 2026), relative ai livelli essenziali delle prestazioni sociali e richiamate nelle premesse del provvedimento, si terrà conto a decorrere dall’anno 2027, nel rispetto della progressività del processo di allineamento.

Premessa la necessità di apportare le sopra descritte correzioni, si rappresenta di non avere osservazioni da formulare in merito all’ulteriore corso del provvedimento.

Il Ragioniere Generale dello Stato

Daria Perrotta

Firmato digitalmente