

**PIANO**  
per la  
**NON AUTOSUFFICIENZA**  
**2022-2024**

# SOMMARIO

<b>PRESENTAZIONE</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE PRIMA – IL PNNA 2022-2024</b>	<b>5</b>
<b>CAPITOLO 1 IL QUADRO DI CONTESTO DEL PIANO 2022-2024</b>	<b>5</b>
1.1 IL PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2019-2021	5
1.2 LA PANDEMIA ED IL RISCONTRO SULLE FRAGILITÀ DEL SISTEMA	7
1.3 IL RINNOVATO QUADRO DI CONTESTO NORMATIVO E PROGRAMMATARIO	9
1.4 IL PIANO DI TRANSIZIONE E I LIVELLI ESSENZIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: LEPS E LEA UN'INTEGRAZIONE FUNZIONALE E STRATEGICA	14
1.5 SISTEMA INFORMATIVO UNITARIO DEI SERVIZI SOCIALI (SIUSS)	20
1.5.1 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali	21
1.5.2 Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali	21
<b>CAPITOLO 2. LA GOVERNANCE MULTILIVELLO</b>	<b>23</b>
2.1 IL RUOLO DELLO STATO, DELLE REGIONI E DEGLI ENTI LOCALI NELLA PREVISIONE ED ATTUAZIONE DELLE POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA	23
2.2 L'AMBITO SOCIALE TERRITORIALE NELL'ATTUAZIONE DEI LEPS	24
2.3 LE AZIENDE SANITARIE	25
<b>SEZIONE 2 - IL DISPOSITIVO DI PIANO</b>	<b>27</b>
<b>CAPITOLO 3. L'IMPIANTO OPERATIVO DEL PNNA 2022-2024</b>	<b>27</b>
3.1. LIVELLI ESSENZIALI DI EROGAZIONE	29
3.2. LIVELLO ESSENZIALE DI PROCESSO	36
3.3. AZIONI DI SUPPORTO	38
<b>CAPITOLO 4. PLATEA DEI DESTINATARI</b>	<b>39</b>
4.1. PERSONE CON NON AUTOSUFFICIENZE	39
4.2. PERSONE CON DISABILITÀ	40
<b>CAPITOLO 5. VITA INDIPENDENTE</b>	<b>41</b>
<b>SEZIONE TERZA – LA PROGRAMMAZIONE DEL FNA</b>	<b>43</b>
<b>CAPITOLO 6. FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA</b>	<b>43</b>
6.1 AMBITI DI INTERVENTO RISPETTO ALLE RISORSE	43
6.2 RIPARTO	46
6.3 RENDICONTAZIONE	48
<b>ALLEGATO A. SCHEMA-TIPO ACCORDO DI PROGRAMMA</b>	<b>49</b>

# Presentazione

Il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si sviluppa come ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla L. 33/2017 e dal D. Lgs. 147/2017, basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e disabilità. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, interessando sia i tre piani principali previsti dal D.Lgs 147/2017 che la Missione 5 Componente 2 del PNRR e i contenuti del PON Inclusione 2021-2027. Nel loro complesso i cinque strumenti principali disegnano per i prossimi anni un campo di forte investimento finanziario unito a un altrettanto consistente impegno per la qualificazione dei sistemi di servizi sociali.

Naturalmente il PNNA 2022-2024 deve affrontare anche i profondi cambiamenti provocati nel tessuto sociale dagli effetti della prolungata pandemia, con tutto quello che comporta per i sistemi locali di assistenza. In questi due anni è emersa con estrema chiarezza la correlazione indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il ben-essere delle persone, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, tanto da rendere non più eludibile l'obiettivo della costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale.

Rispetto all'integrazione tra ambito sanitario e sociale, alcuni elementi di pragmatismo e insieme di visione del futuro sono stati attivati in modo, inizialmente frammentato, nei provvedimenti legati alla prima emergenza Covid; elementi che poi hanno trovato una loro sistemazione più articolata nella pianificazione legata alle Missioni 5 e 6 del PNRR. Sia nel quadro delle azioni di investimento delle due Missioni, sia nel quadro delle azioni di riforma, parti integranti del PNRR, sono evidenti i caratteri del profondo cambiamento richiesto in termini di salute, come qualità di vita, delle nostre comunità. Nello specifico, il PNNA 2022-2024 ritrova alcuni riferimenti decisivi nelle due riforme legate alla Missione M5C2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021.

Proprio il quadro di intervento già aperto dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021 si pone come riferimento per le azioni del PNNA 2022-2024 nella transizione che va dalla programmazione precedente, che iniziava a basarsi sull'attuazione dei LEPS, alla condizione futura che vede la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni scaturito dalla pandemia Covid.

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

Comma 163. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA 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. 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.

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

Un'intera strategia di intervento del PNNA 2022-2024 è quindi dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di Processo i cui contenuti sono orientati dal Comma 163 della L. 234/2021 e tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato.

Sulla dimensione territoriale, il processo è stato avviato a partire dalla fase di elaborazione stessa del Piano, che si è avvalsa dei tanti contributi sviluppati nell'ambito di gruppi di lavoro interistituzionali, costituiti nell'ambito della Rete della protezione e dell'inclusione sociale allo scopo di formulare analisi e proposte e che hanno operato nell'arco dei lavori preparatori del presente documento.

La peculiarità di un Piano dinamico e di transizione richiede che questo sia sostenuto dall'adozione di strumenti di accompagnamento e monitoraggio nel corso della sua attuazione nel triennio di competenza. A tal fine, saranno predisposti tavoli tecnici periodici, che vedano anche la partecipazione di rappresentanti di Regioni, ANCI, ministero della salute e ministero della disabilità, anche nella prospettiva di un monitoraggio della qualità dei servizi, con l'orientamento a costruire nel triennio un set di indicatori quali/quantitativi che ponga al centro l'individuo e i suoi bisogni.

# SEZIONE PRIMA – IL PNNA 2022-2024

## Capitolo 1

### Il quadro di contesto del Piano 2022-2024

#### 1.1 Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021

Il Piano Nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 ha fornito indirizzi utili alla definizione della programmazione regionale per lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari alla progressiva costruzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Esso si colloca in un contesto socio economico delicato che, oltre alle conseguenze della crisi economica, è stato caratterizzato anche dalla improvvisa crisi pandemica. Il Fondo per le non autosufficienze (FNA) - di cui il Piano costituisce lo strumento programmatico per l'utilizzo delle relative risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 - fino a quel momento aveva riprodotto le caratteristiche del sistema nazionale di welfare locale, ancora lontano dal garantire "omogeneità e organicità delle prestazioni"<sup>1</sup>, a causa di risorse economiche e temporali limitate, pur orientato a «garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti».

Tale Piano, dunque, partiva da un utilizzo del Fondo che, nel tempo, si era orientato a rafforzare interventi già esistenti a livello locale, o a finanziare iniziative meritevoli, ma non continuative, in contesti molto diffusi sul territorio nazionale. Solo nel 2016, infatti, con il Decreto interministeriale del 26 settembre 2016 volto a destinare le risorse del FNA alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, si interviene con una visione più ampia che fa propria la necessità di organizzare il FNA in modo strutturale, garantendo stabilità dal punto di vista finanziario e continuità da quello temporale, e si avvia un percorso sperimentale di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

#### Principi base e obiettivi del Piano 2019-2021

Nel 2019, il Piano è partito dall'evidente esigenza di garantire un livello uniforme di servizi sul territorio. Il FNA, così come era stato utilizzato in precedenza - rispecchiando da un lato la necessità di colmare evidenti divari a livello territoriale e dall'altro le limitazioni e la discontinuità del Fondo - interveniva in aggiunta e in integrazione rispetto alle risorse finanziarie regionali. Importanti segnali di cambiamento avvengono a partire dal 2016, quando la dotazione del FNA assume un carattere strutturale e crescente, passando dai 400 milioni del 2016 ai 450 del biennio 2017-18 fino ai 550 milioni del triennio 2019-2021. In particolare, nel 2019 il Fondo dispone di 573,2 milioni di euro, il massimo storico nella sua dotazione fino a quel momento, ed assumendo una dimensione finanziaria importante per il sistema territoriale dei servizi.

Alla base, dunque, del Piano 2019-21, vi è il definitivo ribaltamento di prospettiva e si assume che gli interventi finanziati con le risorse del FNA non siano da intendersi come addizionali rispetto a quelli a valere

<sup>1</sup> Piano per la Non Autosufficienza 2019-21. Il Fondo per le non autosufficienze: una partenza lenta, pag.3. DPCM 21 novembre 2019.

su fonti di finanziamento regionale e locale, bensì debbano *“costituire il nucleo delle prestazioni rivolte a beneficiari nelle medesime condizioni in tutto il territorio nazionale”*<sup>2</sup>.

Gli obiettivi che definiscono il Piano triennale oggetto di analisi, a partire dall’orientamento appena illustrato, fanno capo a due elementi principali.

Innanzitutto, in linea con il d. lgs. 147/2017, art.21, co.7, il Piano identifica *«lo sviluppo degli interventi... nell’ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale»* alle persone non autosufficienti. Ciò implica, pertanto, l’individuazione di prestazioni che costituiscano elementi di riferimento a livello nazionale, per il raggiungimento graduale di un’uniformità delle prestazioni, indipendentemente dal territorio di residenza.

Propedeutico a questo obiettivo, vi è inoltre quello dettato dalla necessità di identificare la condizione di non autosufficienza, per la quale ad oggi non è presente nell’ordinamento una definizione unica e condivisa. A tale proposito, sempre il DM del 2016, introducendo elementi di continuità e strutturalità del Fondo, anticipa la ragion d’essere del Piano – la definizione dei livelli essenziali - considerando a tal fine prioritaria *«l’individuazione dei beneficiari, a partire dalla definizione di disabilità gravissima di cui all’articolo 3, nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità e con l’obiettivo di adottare una nozione di persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell’intensità del sostegno necessario»*.

Per i soggetti gravissimi, dunque, il percorso inizia nel 2016 e si avvale di un approccio che ha introdotto una definizione condivisa a livello nazionale, senza tuttavia fornire una descrizione della non autosufficienza in virtù della quale differenziare le situazioni sulla base del bisogno assistenziale e della necessità di sostegno intensivo.

Il Piano 2019-21 parte dunque dalle disabilità gravissime, di cui un elenco completo era riportato nell’allegato 1, pur nella consapevolezza che *“resta da definire nel corso del medesimo periodo uno strumento di valutazione nazionale che prescindendo dalla patologia o dalla menomazione che potrà integrarsi a tale elenco in via complementare o sostitutiva a seconda delle evidenze che emergeranno.”* Ulteriore e necessaria priorità del Piano, pertanto, è quella di avviare un percorso che definisca le persone non autosufficienti gravi che accedono agli interventi del FNA, insieme alla generale necessità di consolidare gli strumenti per l’identificazione dei beneficiari.

## Azioni del PNNA 2019-2021

Tra le prime certezze del Piano, vi era l’esigenza di favorire la domiciliarità, lasciando il ricovero solo come ultima possibilità - coerentemente con gli indirizzi del FNA sin dalla sua istituzione – e rafforzando il sistema di welfare locale volto a fornire assistenza «a casa», in un contesto generale di promozione dell’integrazione sociosanitaria. Ciò ha comportato la declinazione di interventi che si sviluppano lungo 3 direzioni: *“assistenza diretta; assistenza indiretta, mediante trasferimenti monetari sostitutivi di servizio per il caregiver; interventi complementari ai precedenti anche nella forma di ricoveri di sollievo”*.

Il canale dell’assistenza indiretta è quello che riceve maggior favore nella programmazione regionale: l’esigenza manifestata da tutti i territori, allora come ora, rimanda alla necessità di istituire un assegno di cura e individuare interventi volti a favorire l’autonomia, con caratteristiche uniformi definite a livello nazionale. Questo, dunque, sembra essere il primo passo verso una prestazione che costituisca un livello essenziale e, come tale, il Piano lo recepisce.

---

<sup>2</sup> Si veda nota precedente.

L'assistenza indiretta, nella definizione adottata dal DM 26 settembre 2016, si sostanzia nel «*supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato*». Si tratta di un sostegno che presenta un carattere sostitutivo dei servizi e che, nel quadro generale della valutazione multidimensionale del bisogno e della progettazione personalizzata, fornisce una risposta univoca anche in termini di assistenza personale, ferma restando la possibilità per le Regioni di erogare direttamente i servizi, eventualmente lasciando facoltà al beneficiario di scegliere tra assistenza diretta e indiretta. Il Piano rimanda alla Regione la decisione di rendicontare o meno tali erogazioni, aggiungendo però che nel caso si scelga una via non soggetta a rendicontazione, è necessario un monitoraggio del sostegno prestato secondo gli impegni assunti nel progetto personalizzato.

Nel Piano 2019-21, l'integrazione viene promossa sin dall'accesso ai servizi sociosanitari potenziando i PUA, il primo luogo di informazione e accesso ai servizi. Nell'ambito del percorso di presa in carico che investe la persona non autosufficiente e con disabilità al fine del raggiungimento di autonomia e indipendenza, le ulteriori fasi che il Piano riporta sono la valutazione multidimensionale – che richiama a sua volta l'equipe multi professionale, coerentemente con i principi della valutazione bio-psico-sociale e con il sistema di classificazione ICF - e il progetto personalizzato, nonché il budget di progetto. Al termine di tale percorso, vengono individuate e definite le prestazioni e i servizi a valere sul FNA per la realizzazione del progetto personalizzato.

Ulteriore elemento affrontato dal Piano precedente è quello dei criteri di riparto<sup>3</sup> per l'assegnazione delle risorse. Vengono confermati quelli già in essere, basati su indicatori demografici e indicatori già in uso dalla fine degli anni '90 per il Fondo nazionale per le politiche sociali; la scelta di adottarli è dovuta alla carenza di dati sulla distribuzione regionale delle persone non autosufficienti. L'utilizzo di tali criteri viene ritenuto affidabile poiché *“la quota di popolazione residente in una data regione sul totale nazionale è una buona approssimazione della quota relativa di persone non autosufficienti residenti in quella regione. E poiché tra le persone non autosufficienti, gli anziani sono più rappresentati che nella popolazione complessiva, la scelta di un indicatore demografico riferito alla distribuzione territoriale degli anziani appare preferibile”*.

## Progetti per la vita indipendente

In linea con l'art. 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, il Piano, considerata la quota di risorse del FNA riservate ai progetti di vita indipendente, mette in evidenza che le relative progettazioni entrino a regime nella programmazione ordinaria dei servizi, ponendo fine alla fase di sperimentazione avviata diversi anni prima. A tal fine, vengono fornite indicazioni di livello nazionale come le Ltee guida per la vita indipendente, adottate con il decreto di riparto del Fondo, nonché il permanere delle risorse per l'attuazione dei progetti nell'ambito della quota regionale, garantendo tuttavia una diffusione dei progetti in termini di risorse e di numero di Ambiti territoriali coinvolti pari almeno a quanto indicato nel D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018.

---

<sup>3</sup> I criteri indicati per il riparto dei fondi sono: a) popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%; b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella misura del 40%» (art. 1, co. 2 del DM 26 settembre 2016).

## 1.2 La Pandemia ed il riscontro sulle fragilità del sistema

Il periodo emergenziale da COVID-19 ha evidenziato le criticità legate alla gestione dei servizi a supporto delle persone anziane e non autosufficienti e posto una rinnovata attenzione sul welfare territoriale, del quale i servizi domiciliari rappresentano una parte fondamentale. A partire dalla considerazione diffusamente sostenuta che una maggior presenza del welfare pubblico in molte aree d'Italia avrebbe consentito di affrontare più efficacemente il COVID-19, si è sviluppato un interesse più ampio nei riguardi del ruolo che i servizi territoriali dovrebbero ricoprire nell'ambito di un sistema di protezione sociale moderno e, conseguentemente, rispetto alla necessità di un loro deciso rafforzamento.

Sin dalle prime fasi della pandemia, è emerso che un paese demograficamente vecchio come l'Italia era entrato in sofferenza proprio nel sostegno alle fasce di età più elevate, per le quali l'impianto dei servizi di welfare ha un approccio tipicamente sanitario e di protezione che pone in secondo piano la copertura della dimensione di prevenzione e di supporto all'autonomia personale, per la quale è necessaria una rete di assistenza di prossimità sul territorio più capillare e ampia.

Gli interventi che sono stati intrapresi per contrastare queste criticità si sono indirizzati principalmente verso un maggiore e più integrato investimento sui progetti rivolti alle persone anziane e in condizioni di non autosufficienza, rafforzando e dando seguito alle strategie già poste in essere nel nostro Paese da oltre un decennio.

Già nell'ultimo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, accanto all'investimento sui punti di forza del nostro sistema, consolidato rafforzato con strumenti di integrazione del reddito per le persone o le famiglie più povere, è stata sottolineata la necessità di *“superare la situazione che vede, nel nostro Paese, ancora molti territori con un'organizzazione del servizio sociale aleatoria, accessoria, discontinua e non integrata con le altre politiche pubbliche”*<sup>4</sup>. È stata pertanto richiamata l'esigenza di compiere un passo avanti significativo in direzione di un sistema di politiche e di interventi sociali che sia solido ed integrato ovunque e che affronti, per colmarle, le lacune strutturali più gravi.

Soprattutto nelle prime fasi dell'emergenza collegata alla pandemia da COVID-19 sono inoltre emerse le criticità nel rapporto diretto fra famiglie e supporto privato, nell'ambito dell'assistenza in situazioni di non autosufficienza. Frequentemente, infatti, le risposte ai bisogni assistenziali di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti passano per le prestazioni offerte da assistenti familiari, anche in maniera sommersa e non intermediata. Nei casi in cui si faceva affidamento su supporti irregolari, l'impossibilità di giustificare uno spostamento per motivi lavorativi, ha portato ad una sospensione delle attività di assistenza precedentemente fornite oppure ad una spinta alla regolarizzazione.

### Pandemia e incremento del Fondo per la non autosufficienza

Nel periodo emergenziale da COVID-19, sono stati presi una serie di provvedimenti finalizzati ad accompagnare, sostenere e rilanciare il Paese nel fronteggiamento della pandemia e contrastare le principali criticità ad essa collegate. Nell'ambito di tali provvedimenti, vale la pena riportare quelli che sono intervenuti sullo stanziamento delle risorse dedicate alla non autosufficienza.

Il 19 maggio 2020 è stato infatti emanato il D.L. 34 *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”* (cosiddetto Decreto Rilancio) il quale, all'art 104 - Assistenza e servizi per la disabilità, ha disposto un incremento del

---

<sup>4</sup> Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, par. 1.1.4 La strutturalizzazione dei servizi. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali



Fondo per le non autosufficienze pari a 90 milioni di euro, finalizzandone 20 alla realizzazione di progetti per la vita indipendente. Ciò, al fine di rafforzare i servizi e i progetti di supporto alla domiciliarità per le persone con disabilità e non autosufficienti e per il sostegno di coloro che se ne prendono cura, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Inoltre, le risorse del Fondo per il 2022 sono state incrementate di 40 milioni di euro dall'art. 37-bis del decreto-legge n. 73 del 2021 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" (c.d. Decreto Sostegni bis). Tali risorse sono destinate al finanziamento di programmi di assistenza domiciliare ed assistenza domiciliare integrata ed ai servizi relativi ai progetti di vita indipendente per le persone con disabilità e non autosufficienti.

## Pandemia e Terzo Settore

L'impossibilità di corrispondere in toto ai bisogni espressi dai soggetti più fragili come quelli della platea di anziani soli, magari solo parzialmente autosufficienti, attraverso l'offerta di servizi pubblici o il ricorso a strutturate reti di prossimità in grado di supportarli nel mutato contesto pandemico e nei momenti più critici come quelli del lockdown, ha messo in evidenza il ruolo del Terzo settore nell'erogazione di servizi a sostegno delle comunità e sottolineato come esso, considerato già una infrastruttura sociale essenziale, debba acquisire maggiore centralità negli interventi dedicati anche alle persone non autosufficienti e alle persone con disabilità.

Il ruolo attuale del Terzo settore è quello di attore essenziale nella co-programmazione e coprogettazione degli interventi, così come richiamato anche nella sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020 che vede gli artt. 55-57 del Codice del Terzo settore, coerenti con i principi costituzionali, indicando in essi una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale.

L'adozione del PNRR ha messo in evidenza come "L'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore. La pianificazione in coprogettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la PA sia il Terzo settore."<sup>5</sup>

### 1.3 Il rinnovato quadro di contesto normativo e programmatico

Il contesto nel quale si inserisce il nuovo Piano Nazionale per la Non Autosufficienza è caratterizzato da importanti interventi normativi e programmatici volti a rinnovare e riformare le politiche in favore delle persone con disabilità e di quelle non autosufficienti, in special modo quelle appartenenti alla classe d'età superiore ai 65 anni, ossia alla popolazione anziana.

Il 28 luglio 2021 la Rete ha approvato il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023<sup>6</sup> che ha fornito un nuovo slancio alla strutturazione delle funzioni e degli interventi in materia di politiche dei servizi sociali, proseguendo il lavoro di definizione dei LEPS già avviato nell'ambito delle iniziative di contrasto alla povertà e individuando quali LEPS aspetti specifici della organizzazione del servizio e delle professionalità

<sup>5</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. #NextgenerationItalia. Missione 5: Inclusione e coesione pag. 199.

<sup>6</sup> Adottato dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali con Decreto 30 dicembre 2021 Approvazione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, e di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale relativo al triennio 2021-2023. (22A01214) (GU Serie Generale n.44 del 22-02-2022).

operanti in ambito sociale, nonché iniziando a definire l'offerta di servizi e interventi in ambiti specifici quali la tutela delle persone di minore età e delle famiglie, l'integrazione sociosanitaria nella presa in carico delle fragilità e nella articolazione del passaggio dalla assistenza ospedaliera ed il territorio.

Un segno dell'attenzione sempre crescente sul tema della non autosufficienza e dell'assistenza alle persone anziane si evince dall'istituzione di diverse commissioni ministeriali e interministeriali e gruppi di lavoro che si sono interessati recentemente all'approfondimento del tema e allo sviluppo di proposte di intervento/riforma.

Nel settembre 2020 è stata istituita dal Ministero della Salute tramite decreto la "Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana", presieduta dal Monsignor Vincenzo Paglia.

Nel marzo 2021, è stato poi istituito presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali il gruppo di lavoro "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", presieduto dall'ex ministro della Salute Livia Turco i cui lavori si sono conclusi il 31/12/2021.

Nel gennaio 2022, infine, è stata istituita una specifica Commissione per le politiche in favore della popolazione anziana quale organo tecnico scientifico a supporto della funzione di coordinamento istituzionale del Presidente del Consiglio.

Il quadro programmatico delineato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il quale sono stati previsti ingenti finanziamenti destinati all'Italia<sup>7</sup>, si compone di molteplici missioni che contemplano investimenti e che sono accompagnate dalla previsione di riforme specifiche. Per quanto di rilevanza in questo ambito, occorre richiamare in particolare quanto declinato nella Missione 5, *Inclusione e Coesione sociale* nella quale specifiche linee di intervento sono rivolte alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti<sup>8</sup>.

Indicando preliminarmente le principali direttrici del piano di investimento e riforma che si ravvisano nel PNRR, si rileva la volontà del legislatore di accompagnare una proficua integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale. Inoltre, tale sistema integrato, così "progettato", mira ad una valorizzazione marcata dell'autonomia dei beneficiari. Queste misure sono accompagnate da un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative, all'interno, appunto, di una politica rivolta alla domiciliarità. La prevenzione della istituzionalizzazione è, infatti, una misura faro delle politiche di Governo e si rivolge ai soggetti fragili, tra cui persone con disabilità e anziani.

Le principali riforme che influenzeranno l'attuazione operativa del presente Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, e che ne accentuano la necessaria ottica di transizione, sono quelle relative alla legge quadro sulla disabilità che si è sostanziata nella Legge 227 del 22 dicembre 2021 con la quale il Governo è stato delegato ad adottare, entro 20 mesi, uno o più decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, e quella sul Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, prevista entro giugno 2023.

I decreti attuativi che saranno emanati nell'ambito della legge delega sulla disabilità dovranno intervenire, progressivamente e nei limiti delle risorse disponibili, nei seguenti ambiti: a) definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore; b) accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base; c) valutazione multidimensionale

---

<sup>7</sup> Complessivamente gli investimenti previsti dal PNRR e dal Fondo complementare sono pari a 222,1 miliardi di euro.

<sup>8</sup> Si riporta l'articolazione degli investimenti e delle riforme previsti dalla Missione 5, Componente 2, relativamente alla sotto-componente C2.1 *Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale. Investimenti*: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; Percorsi di autonomia per persone con disabilità; Housing temporaneo e stazioni di posta. *Riforme*: Legge quadro per le disabilità; Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; d) informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; e) riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità; f) istituzione di un Garante nazionale delle disabilità<sup>9</sup>.

*Per quanto riguarda la Riforma della Non Autosufficienza, questa "...verrà attuata a livello nazionale ai fini della formale individuazione di livelli essenziali di assistenza nell'ottica della deistituzionalizzazione, della domiciliarità, della definizione di un progetto individualizzato che determini e finanzia i sostegni necessari. Agli stessi fini, saranno potenziate le infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della non autosufficienza, razionalizzati i meccanismi di accertamento e semplificati i meccanismi di accesso, nell'ottica del punto unico di accesso sociosanitario"*<sup>10</sup>.

La riforma svilupperà i progetti inseriti nel PNRR, tenendo conto delle linee di intervento in esso citate, quali la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, la presa in carico multidimensionale ed integrata, il progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità – per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata – prevedendo al contempo, nei casi in cui la permanenza in un contesto familiare non sia più possibile o appropriata, la progressiva riqualificazione delle strutture residenziali, garantendo anche in tali contesti una vita dignitosa.

Nel PNRR si introducono, a tale proposito, diverse misure per le persone anziane non autosufficienti, mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati 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). Occorre quindi specificare che tali missioni siano da leggere come complementari tanto per quanto riguarda la materia della disabilità, che per quanto riguarda la tutela della non autosufficienza.

La Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", introduce innovazioni importanti, elaborate anche in seguito al lavoro svolto dalla Commissione Turco "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", soprattutto con riferimento alle disposizioni di cui all'art.1, commi 159-171, che focalizzano l'attenzione sulla reale integrazione socio sanitaria al fine di garantire una effettiva inclusione sociale delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti.

Nel comma 159 il legislatore indica che "i LEPS sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera M), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità" (art. 1, comma **159** L.234/21).

Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (art. 1, comma **160** L.234/21).

Per l'attuazione degli interventi di cui dal comma 159 a 171 e per l'adozione di atti di programmazione integrata si addivene alla predisposizione di Linee Guida da adottarsi mediante apposita intesa in sede di

---

<sup>9</sup> La lettera g) potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, previsto inizialmente, risulta abrogata dal D.L. 30 aprile 22 n.36.

<sup>10</sup> 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

Conferenza unificata, su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze (art. 1, comma **161**, legge n. 234/2021).

Il comma **162** elenca le aree in cui sono erogati i servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti (fermo restando quanto già previsto nell'ambito della definizione e dell'aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza) da parte degli ATS. Tali aree, enunciate nelle lettere a, b, c, saranno richiamate all'interno dei paragrafi successivi e vengono pertanto qui riportate nella loro interezza:

- a) *assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;*
- b) *servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;*
- c) *servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.* (art. 1, comma **162**, legge n. 234/2021).

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

Tali équipe integrate assicurano la funzionalità delle unità di valutazione (UVM). Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona non autosufficiente e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. (art. 1, comma **163**, legge n. 234/2021).

Il comma **164** indica che gli ATS debbano garantire l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162, l'offerta può esser integrata da contributi – diversi dall'indennità di accompagnamento – utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura. (art. 1, comma **164**, legge n. 234/2021).

Al fine di qualificare il lavoro di cura degli operatori, il comma **165** prevede 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. (art. 1, comma **165**, legge n. 234/2021)

Il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con ANPAL e previa intesa in sede di Conferenza Unificata, definisce strumenti e modelli, utilizzabili su tutto il territorio nazionale, da impiegare nell'area dei servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, nell'area delle attività e dei programmi di formazione professionale e nei progetti formativi a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti (caregiver convivente) (art. 1, comma **166**, legge n. 234/2021)

Ai fini della graduale introduzione dei LEPS, nel comma **167** vengono stabiliti i dispositivi con cui saranno determinate le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS medesimi per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti (inclusi quelli indicati nel c- 168) (art. 1, comma **167**, legge n. 234/2021)

Il comma **168** determina l'incremento del Fondo per le non autosufficienze in maniera progressiva per le varie annualità 2022-2025 per le finalità indicate al comma 162, lettere a,b,c e al comma 163 (fermi restando gli interventi a valere sullo stesso Fondo già destinati al sostegno delle persone in condizioni di disabilità gravissima). (art. 1, comma **168**, legge n. 234/2021)

Il comma **169** indica le modalità attraverso le quali saranno definiti i LEPS negli ambiti del sociale diversi da quelli della non autosufficienza. (art. 1, comma **169**, legge n. 234/2021)

Nel comma **170** vengono definiti i LEPS individuati come prioritari nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ossia: pronto intervento sociale; supervisione del personale dei servizi sociali; servizi sociali per le dimissioni protette; prevenzione dell'allontanamento familiare; servizi per la residenza fittizia; progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente. (art. 1, comma **170**, legge n. 234/2021)

Infine, il comma 171 riguarda il finanziamento dei LEPS diversi da quelli per la non autosufficienza e dei LEPS prioritari (art. 1, comma **171**, legge n. 234/2021).

A corredo delle disposizioni normative sopra elencate, sono state previsti atti programmatori volti a dare esecuzione alle previsioni in esse contenute. Il tema della non autosufficienza trova la declinazione attuativa nella emanazione del Decreto n. 450 del 9 dicembre 2021 con cui è stato adottato il **Piano operativo** per la presentazione da parte degli ambiti sociali territoriali di proposte di adesione alle progettualità nell'ambito della Missione 5 del PNRR<sup>11</sup> e nel relativo "**Avviso pubblico 1/2022**"<sup>12</sup> per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali.

Gli interventi finanziati dall'Avviso 1 del 2022 sono volti a favorire le attività di inclusione sociale di determinate categorie di soggetti fragili e vulnerabili come anziani non autosufficienti e persone con disabilità; tra questi, la misura prevede soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative per le persone anziane al fine di garantire loro una vita autonoma e indipendente, servizi socioassistenziali domiciliari per favorire la deistituzionalizzazione, nonché per le persone con disabilità l'opportunità dell'inserimento lavorativo.

Accanto agli stanziamenti relativi al FNA e a quanto collegato al PNRR, occorre ricordare il contributo che potrà essere offerto anche dal prossimo Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, formalmente trasmesso alla Commissione europea. Il Piano 2021-2027 amplia il campo di azione intervenendo anche sulle nuove fragilità, nell'ottica della prevenzione del rischio, e implementando servizi

---

11 Piano Operativo per la presentazione da parte degli Ambiti Sociali Territoriali di proposte di adesione alle progettualità di cui alla

12. Adottato con Decreto della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, n. 5 del 15-02-2022.

o attività innovative che gradualmente andranno a costituire la base anche per la definizione di nuovi livelli essenziali in ambito sociale.

Gli orientamenti espressi in sede di attuazione delle principali riforme introdotte nel Paese sottolineano la centralità del potenziamento della capacità funzionale della pubblica amministrazione, come già chiaramente enunciato del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, e ulteriormente considerato nella citata Legge 30 dicembre 2021 n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.

A tal proposito, uno dei temi che saranno oggetto di intervento e finalizzati al rafforzamento della proposta di un nuovo modello di welfare integrato è quello del superamento delle differenze territoriali e del rafforzamento dei servizi sociali.

I principi che si rinvencono attraverso l’insieme delle politiche e degli interventi possono essere ricondotti ad alcune parole chiave quali: *prossimità, complementarità e non sovrapposizione degli investimenti*.

## 1.4 Il Piano di transizione e i livelli essenziali per la non autosufficienza: LEPS e LEA un’integrazione funzionale e strategica

La legge 234/2021 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024” definisce all’art. 1 comma 159 ciò che caratterizza i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ovvero interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, che hanno un carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Per quanto concerne il sistema degli interventi e servizi sociali, la costruzione dei LEPS è avvenuta attraverso diverse normative che hanno, progressivamente, definito alcuni livelli essenziali importanti sia per il riconoscimento di diritti delle persone sia per la strutturazione di un sistema di servizi che sia in grado di garantirli.

Più recentemente, con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all’inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione-Rei, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza-Rdc) sono stati definiti formalmente alcuni livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella definizione di un vero e proprio **diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali** o del lavoro. In particolare, viene definito che **i servizi per l’informazione e l’accesso al Rei, la valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato e i sostegni in esso previsti costituiscono livelli essenziali delle prestazioni** nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

La Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020), all’art. 1, co. 797, individua **come LEPS un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1 a 5.000**, cui si aggiunge un ulteriore obiettivo di servizio “sfidante” definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. Tale misura può, a buon diritto, qualificarsi come una condizione necessaria di natura infrastrutturale dell’intero edificio del sistema dei servizi sociali.

Nel Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021- 2023 vengono individuate alcune attività prioritarie nella programmazione triennale e dei nuovi LEPS. Nello specifico, gli interventi considerati come prioritari vengono individuati come segue:

- Area delle azioni di sistema
- Punti unici di accesso
- **LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali**
- **LEPS Dimissioni protette**
- Potenziamento professioni sociali
- Interventi rivolti alle persone di minore età
- **LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.**
- Intervento Promozione rapporti scuola territorio - Get Up
- Sostegno ai care leavers
- Garanzia infanzia

Questi nuovi LEPS hanno trovato una concreta possibilità di realizzazione nel PNRR – Missione 5, azioni, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.2 + 1.3 con fondi ad essi specificatamente dedicati.

Il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021 - 2023, infine, oltre a ribadire come **LEPS il rafforzamento del servizio sociale professionale**, mediante assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali, rafforza come **LEPS il pronto intervento sociale**, già previsto fra i servizi attivabili ai sensi dell'art. 7, co. 1, del D.Lgs. 147/2017 e già ricompreso ai sensi dell'art. 22, co. 4, della L. 328/2000, con la definizione di criteri e modalità di servizio che devono essere assicurati in ogni ATS e introduce un nuovo LEPS per le persone senza dimora, ossia **l'accessibilità alla residenza** come diritto esigibile garantendo in ogni Comune servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, compreso il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni di tipo istituzionale.

La tabella che segue riassume il quadro dei LEPS e degli obiettivi stabiliti, con le relative fonti di finanziamento

Normativa di riferimento	Livelli essenziali
<b>L. 328/2000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- servizio sociale professionale e segretariato sociale;</li> <li>- pronto intervento sociale;</li> <li>- assistenza domiciliare;</li> <li>- strutture residenziali e semiresidenziali;</li> <li>- centri di accoglienza, residenziali o diurni, a carattere comunitario</li> </ul>
<b>L. 33/2017 Sostegno all'inclusione attiva, D.Lgs. 147/2017 Reddito di inclusione, DL 4/2019 Reddito di cittadinanza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione multidimensionale;</li> <li>- presa in carico;</li> <li>- progetto personalizzato;</li> <li>- trasferimento monetario</li> <li>- altri sostegni previsti</li> </ul>
<b>Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021- 2023</b>	<b>LEPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- supervisione del personale dei servizi sociali;</li> <li>- dimissioni protette anche per persone "senza dimora";</li> <li>- prevenzione allontanamento familiare (P.I.P.P.I.)</li> </ul>
<b>Fondo Politiche Sociali</b>	<u>Obiettivi di rafforzamento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- area delle azioni di sistema;</li> <li>- potenziamento professioni sociali - punti unici di accesso;</li> <li>- interventi rivolti alle persone di minore età;</li> <li>- promozione rapporti scuola territorio (Get Up);</li> <li>- sostegno ai care leavers;</li> <li>- garanzia infanzia.</li> </ul>
<b>Il Piano Nazionale di contrasto alla povertà</b>	<b>LEPS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>rafforzamento del servizio sociale professionale</b> (mediante assunzione a tempo</li> </ul>

<b>2021- 2023</b>	indeterminato assistenti sociali);
<b>Fondo lotta alla Povertà</b>	- <b>pronto intervento sociale;</b>  <b>nuovo LEPS per le persone senza dimora:</b> - <b>diritto all'iscrizione anagrafica e servizio di fermo posta</b>
<b>PNNR M5c2</b>	<u>Obiettivi:</u>
<b>Fondi PNRR Sociale</b>	- sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione vulnerabilità famiglie e bambini; - autonomia anziani non autosufficienti; - rafforzamento servizi domiciliari e dimissioni protette; - rafforzamento servizi sociali e prevenzione burn out; - sviluppo percorsi di autonomia per persone con disabilità (progetto personalizzato, casa, lavoro) - - housing temporaneo e stazioni di posta per le persone senza dimora

Come si evince dalla lettura sinottica dei LEPS e degli obiettivi sopra riassunti, già la sola individuazione di misure assistenziali complesse o di interi processi assistenziali da sviluppare e perseguire in modo integrato sin dall'origine, in particolare per la non autosufficienza ( i servizi a supporto della domiciliarità, ad esempio, o l'intero processo di aiuto nelle sue fasi di accesso – prevalutazione – valutazione – presa in carico – PAI unico – monitoraggio – rivalutazione – esito) rappresenterebbe un traguardo importante nello sviluppo di LEPS integrati anche di tipo organizzativo/gestionale.

È di tutta evidenza che l'orientamento policies converga verso una programmazione che tenga conto della complessità, della necessità di rafforzamento dei servizi di prossimità, della promozione del tessuto sociale e di un impiego complementare e sinergico di tutte le risorse disponibili.

Accanto a quanto finora rappresentato, la legge 234/2021 definisce come LEPS (art.1 comma 162) i servizi socio-assistenziali, erogati dagli ATS, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.

Si devono quindi considerare LEPS:

- a) a.1 l'assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo
  - a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;
  - a.3 soluzioni abitative**, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;
  - a.4 adattamenti dell'abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità' delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
- b) servizi sociali di sollievo**, quali:
- b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee**, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
  - b.2 un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti** familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;



**b.3 l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie** valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché' sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

**c) servizi sociali di supporto, quali:**

**c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari**, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio

**c.2 l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.**

Sia il comma 162 che 163 fanno riferimento preciso a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, il quale delinea l'ambito d'azione dei LEA. In particolare, d'interesse per la non autosufficienza sono gli articoli 21 "Percorsi assistenziali integrati", 22 "Cure domiciliari", 23 "Cure palliative domiciliari" nonché l'articolo 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti".

Anche il PNRR Missione 6 "Salute", partendo dalla constatazione che nel nostro Paese vi siano significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, intende agire sulle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, *in primis*, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa integrati per le persone non autosufficienti.

<b>Modalità gestionali e operative</b>	<b>L. 234/22</b>	<b>DPCM 12/01/2017</b>
<b>Punti unici d'accesso</b>	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
<b>Valutazione multidimensionale</b>	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità bi-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	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale»

	vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessari	
<b>Equipe multiprofessionali</b>	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
<b>Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)</b>	L'equipe integrata procede alla definizione del 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.	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico - riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Risulta, quindi, fondamentale garantire, sia per la componente sociale che per quella sanitaria, le équipes integrate multiprofessionali, adeguatamente formate e numericamente sufficienti, in grado di accogliere, valutare e co-costruire con la persona e la sua famiglia il progetto di assistenza integrato. Avere una buona struttura organizzativa di risorse umane, con la chiara definizione delle competenze e delle responsabilità tra sistemi sociale e sanitario, può produrre un forte legame con la strategia del fronteggiamento della non autosufficienza.

In relazione ai servizi, LEPS e LEA devono garantire prioritariamente la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria.

	<b>Sistema sociale LEPS</b>	<b>Sistema sanitario LEA</b>
<b>CURE DOMICILIARI</b>	<b>Dimissioni protette (come da Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette",</b> che distingue due tipologie di servizio, una rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio", l'altra rivolta alle persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa).	<b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b> L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

	<p><b>L.234/21 art. \1 comma 162</b>  <b>Assistenza domiciliare sociale</b> quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b>  <b>Cure domiciliari di livello base:</b> costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.</p>
	<p><b>L.234/21 art. \1 comma 162</b></p> <p><b>Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari</b>, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.</p> <hr/> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso.</p> <hr/> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b>  <b>Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello:</b> costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché' dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>

La Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato Regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» del 21/04/2022, presenta ulteriori elementi che sottolineano la necessità di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria. Si cita l'art. 1 comma 163 della L. 234/21, evidenziando la sottoscrizione dell'intesa tra Governo e Regioni in materia di linee guida per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 e l'adozione di atti di programmazione integrata,

al fine di garantire l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e l'art. 21, comma 1, del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 per quanto attiene la sottoscrizione dell'accordo al fine di definire gli ambiti di competenza dei due sistemi, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza. Si prevede l'obbligatorietà della presenza dei Servizi sociali nelle Case delle comunità e per quanto attiene l'assistenza domiciliare si fa preciso riferimento all'art. 1, comma 162 lettera a) della L.234/21 di competenza degli Ambiti Territoriali sociali. Alcuni elementi di interesse presenti nella succitata delibera, quali i livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali, il progetto di salute semplice o complesso, il budget di salute e la definizione dei rapporti degli ATS con le varie stratificazioni operative dell'assistenza territoriale del sistema sanitario (es. COT), dovranno necessariamente trovare un approfondimento di tipo organizzativo e gestionale, nonché una declinazione negli accordi previsti.

Infine, anche nelle "Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" si specifica che *"alcuni strumenti di telemedicina, quali la teleassistenza, possano essere integrati ed utilizzati anche per attività svolte da professionisti del sociale appartenenti ai Comuni, specie in un'ottica di integrazione sociosanitaria."*

La realizzazione e l'applicazione di LEPS e LEA, in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire salute, continuità di cura e sicurezza sociale. L'organizzazione delle reti dei servizi riconduce nel contesto territoriale di riferimento (distretto/ATS) la 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 i livelli essenziali delle prestazioni essere "di tutti e di ciascuno", accomunati dall'unico obiettivo di rispondere alle esigenze delle persone in modo complessivo. Tale approccio evolutivo, permette, quindi, di guardare verso la costruzione di LEPS e di 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.

## 1.5 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)

Il Sistema informativo unitario dei servizi sociali si articola nelle seguenti componenti:

- a) Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, a sua volta articolato 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'art.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, a sua volta articolato in:
  - 1) Banca dati dei servizi attivati (BDSA);
  - 2) Banca dati delle professioni e degli operatori sociali (BDPOS).

il lavoro costante con la parte tecnica della Rete rappresenta un importante elemento di confronto al fine di apportare i necessari cambiamenti nel sistema nel momento in cui si renda necessaria l'introduzione di nuove prestazioni o nel caso in cui si evidenzino nuovi bisogni informativi

## 1.5.1 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali

La prima sezione del Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali è la Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS), che sostituisce ed integra la Banca dati delle prestazioni sociali agevolate, condizionate all'ISEE, già disciplinata dal decreto ministeriale 8 marzo 2013, integralmente recepito dal decreto interministeriale 16 dicembre 2014, n. 206, recante modalità attuative del Casellario dell'assistenza. Le prestazioni sociali rilevate sono individuate nella tabella 1 annessa al citato decreto n.206 cui sono state aggiunte nel tempo ulteriori prestazioni. Relativamente a queste ultime, di particolare interesse per l'area della disabilità e degli anziani non autosufficienti sono le prestazioni della nuova categoria A9 resa disponibile sul sistema "Casellario dell'assistenza" da febbraio 2018 al fine di migliorare la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione:

- a) delle informazioni sulle prestazioni destinate alla realizzazione di interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 2 del DPCM 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) delle informazioni sugli interventi e servizi - descritti nell'articolo 5, comma 4, del D.M. 23 novembre 2016, fatta eccezione per quelli di cui alla lettera d), erogati a valere sul 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, considerare che la Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS) fornisce un quadro esaustivo per gran parte delle prestazioni erogate dall'INPS ma è scarsamente popolata dagli altri enti erogatori, che manifestano difficoltà legate alla carenza di risorse umane da destinare alla specifica attività di implementazione del Sistema e di risorse per mettere a punto i sistemi informativi e gli applicativi per l'invio dei flussi massivi di dati o per l'attivazione della cooperazione applicativa.

Nell'ambito della Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate e in particolare, relativamente al modulo SINA (sistema informativo non autosufficienza) alle problematiche segnalate si aggiunge la complessità nel reperire le molteplici e dettagliate informazioni richieste dal tracciato SINA ed è particolarmente sentita l'esigenza di una più ampia cooperazione tra sistemi informativi e banche dati, accentuando e implementando l'interoperabilità dei diversi sistemi.

## 1.5.2 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 a quella delle professioni, la cui unità di rilevazione è l'ambito territoriale. A queste si è aggiunta un'ulteriore banca dati: la banca dati degli assistenti sociali istituita per la gestione del contributo agli assistenti sociali introdotto dalla Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) all'articolo 1, comma 797 e seguenti.

Nel primo anno di esercizio la banca dati dei servizi attivati è stata popolata da 453 ambiti che complessivamente aggregano 6.230 Comuni, la banca dati delle professioni e degli operatori sociali da 456 ambiti e quella degli assistenti sociali da 514: il popolamento medio delle banche dati è stato 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 n.103 del 22 agosto 2019. Il medesimo decreto, nel dettare le modalità attuative del nuovo sistema informativo dell'offerta, ha previsto la possibilità di attivare moduli di approfondimento relativi agli interventi e servizi che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni o la cui rilevanza è ravvisata in sede di Rete. Nel primo anno di rilevazione sono stati attivati moduli di approfondimento relativi al segretariato sociale, al servizio sociale professionale all'affidamento familiare e ai servizi residenziali per minorenni.

I dati, rilevati a livello di ambito territoriale sociale (ATS), sono stati raccolti considerando cinque macro-attività di riferimento ( Accesso, valutazione e progettazione; Misure per il sostegno e l'inclusione sociale; Interventi per favorire la domiciliarità; Centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali e Strutture comunitarie e residenziali) in relazione a tre aree di utenza, ciascuna delle quali a sua volta scomposta in due sotto-aree ( Area 1- Famiglia e minori/Anziani Autosufficienti; Area 2- Disabili/Anziani non autosufficienti; Area 3: Povertà/ Disagio adulti e dipendenze). Gli interventi per la domiciliarità rappresentano la macro attività di maggiore interesse per l'area 2: tra i rispondenti, 9 ambiti su 10 dichiarano di aver attivato un servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e 8 su 10 un servizio di assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari. Il 60 % circa degli ATS ha attivato altri interventi per la domiciliarità mentre l'80% eroga il trasporto sociale in favore dei disabili (per gli anziani non autosufficienti la percentuale scende al 57%). Gli interventi relativi a Centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali, nonché strutture comunitarie e residenziali sono per lo più garantiti in forma indiretta attraverso l'erogazione ai cittadini in condizione di disabilità o anziani non autosufficienti di un "Voucher" o integrazioni di rette.

## Capitolo 2.

### La governance multilivello

#### 2.1 Il ruolo dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali nella previsione ed attuazione delle politiche per la non autosufficienza

L'obiettivo del legislatore è prevedere un sistema multilivello di governance istituzionale che riordini l'insieme di servizi e di interventi rivolti alle persone non autosufficienti – afferenti agli ambiti del sociale e del socio-sanitario – in un articolato unitario e coordinato di attività e processi.

Ciò consentirà di mettere in relazione duratura le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi socio-sanitari, mirando a ricomporre l'articolato disegno dei diversi livelli di governo interessati: statale, regionale e locale.

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

Data per acquisita la definizione dei LEPS, importante per addivenire ad un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), si evidenzia il ruolo dei diversi soggetti giuridici che concorrono a realizzarli. I principi su cui si basa l'intervento legislativo sono il rafforzamento strutturale e organizzativo degli Ambiti sociali territoriali (ATS), nonché la definizione di un progetto individualizzato che determini e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza al domicilio delle persone anziane, nell'ottica della deistituzionalizzazione.

Va inoltre preliminarmente detto che i LEPS relativi alla non autosufficienza sono finanziati attraverso il Fondo nazionale per le non autosufficienze, incrementato con ulteriori risorse. Il Fondo per le non autosufficienze è integrato per un ammontare pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, a 200 milioni di euro per l'anno 2023, a 250 milioni di euro per l'anno 2024 e a 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

Ciò premesso, rispetto a quanto attribuito alle competenze statali, occorre ora soffermarsi su quanto di competenza regionale; le Regioni partecipano alla Rete di protezione e dell'inclusione sociale, di seguito denominata "Rete", istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 147 del 2017, nell'ambito della formulazione di analisi e proposte per la definizione del Piano per la Non Autosufficienza. Come riporta il comma 5, del succitato articolo, nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali.

La Rete è responsabile dell'elaborazione del 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 27 dicembre 2006, n. 296.

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, le Regioni adottano il piano regionale per la non autosufficienza ovvero l'atto di programmazione regionale che, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, programma gli interventi finalizzati alla realizzazione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza. Ogni modifica del piano nel corso del triennio di riferimento andrà comunicata al Ministero per la relativa approvazione.

Nello specifico, la "Rete della protezione e dell'inclusione sociale" è composta da 5 rappresentanti del Ministero della Salute, 5 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2 del Ministero per le Disabilità, 1 ciascuno per i Ministeri dell'Economia, dell'Istruzione e delle Infrastrutture, 1 del Dipartimento Politiche per la Famiglia e 4 dell'Inps. Ne fanno parte, inoltre, un componente per ciascuna Giunta Regionale e delle Province autonome e 20 designati dall'Anci. La presidenza della Rete è condivisa tra i Ministeri del Lavoro e della Salute.

La Rete consulta periodicamente le parti sociali, gli organismi rappresentativi del Terzo settore e quelli degli altri soggetti che operano nell'ambito delle politiche sulla non autosufficienza; al fine di formulare analisi e proposte per la definizione del Piano, la Rete può costituire gruppi di lavoro con la partecipazione di questi attori.

Le Regioni, nell'ambito della gestione del Fondo per le non autosufficienze e mediante propri Programmi regionali, orientano le scelte organizzative e gestionali in ordine all'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari consapevoli che esse sono chiamate a contribuire all'effettiva esigibilità dei livelli essenziali delle prestazioni.

Nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le Politiche Sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale, gli stessi garantiscono le prestazioni previste dall'art. 22 comma 2 della L. 328/2000, ferme restando le competenze del SSN in relazione alle norme in materia di integrazione socio sanitaria.

## 2.2 L'Ambito Sociale Territoriale nell'attuazione dei LEPS

Come già richiamato, l'Ambito Territoriale rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Il singolo Ambito è individuato dalle Regioni, ai sensi della L. 328/2000. In particolare, in base all'articolo 8, comma 3 lettera "a", tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, spetta ad esse la determinazione degli Ambiti Territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Le Regioni esercitano, quindi, la funzione di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, garantendone l'adeguamento alle esigenze delle comunità locali, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale.

Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle



politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (art. 1, comma 160 L.234/21).

Le aree in cui vengono erogati i servizi da parte degli ATS sono l'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, soluzioni abitative (comma 162 lett. A), nonché servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, 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 (comma 162 lett. B) (per un approfondimento di dettaglio, si rinvia al par. 1.3).

Gli ATS, nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi regionali, assicurano l'erogazione dei servizi socio assistenziali di cui alle aree individuate al comma 162 e al comma 164 della legge n. 234/2021 (cd legge di bilancio anno 2022) (LEPS). I LEPS sono realizzati dagli ATS, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Il quadro evolutivo è quello di una progressione graduale nel raggiungimento dei livelli essenziali, così come previsto dal DPCM del 21 novembre 2019. Il finanziamento del FNA può concorrere, sulla base dei Piani regionali della Non Autosufficienza, con separata evidenza, al potenziamento dei LEPS nel rispetto dei modelli organizzativi regionali sentite le autonomie locali.

Il rinnovato quadro normativo e programmatico riconosce agli Ambiti sociali territoriali una funzione ed un ruolo di primo piano che, dall'ambito della sola attuazione operativa, si estende anche a funzioni di governance ed amministrazione che suggerirebbero una maggiore presenza dei responsabili degli ATS nelle sedi di coordinamento e pianificazione territoriale.

## 2.3 Le Aziende Sanitarie

Come indicato all'art. 1 comma 163 della succitata legge di bilancio, il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, nel rispetto dei modelli regionali, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi socio-sanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe 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 necessario a consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe 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.

## Sezione 2 - IL DISPOSITIVO DI PIANO

### Capitolo 3.

### L'impianto operativo del PNNA 2022-2024

Come evidenziato nei paragrafi precedenti, il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si sviluppa in forma di ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla L. 33/2017 e dal D.Lgs. 147/2017, basata sull'avvio dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali in materia di non autosufficienza e grave disabilità. La prospettiva costituzionale della progressiva attuazione dei LEPS guida l'intera azione di pianificazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, interessando i tre piani principali previsti.

Nel corso del periodo della pandemia il legislatore è intervenuto attraverso alcuni provvedimenti normativi che anticipano la filosofia dettata all'interno del PNRR dalle Missioni 5 e 6 relative all'integrazione tra sociale e sanitario. Nello specifico, il PNNA 2022-2024 ritrova alcuni riferimenti decisivi nelle due riforme legate alla Missione M5C2 e riferite alla disabilità e alla non autosufficienza, anticipate dai commi 159-171 della legge di bilancio 234/2021, in vista della transizione dalla programmazione precedente a quella che vedrà la messa a regime di sistemi effettivamente integrati sociale-sanitario.

#### La Matrice di programmazione

L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 segue l'impostazione generale definendo gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale. La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi e due gruppi di beneficiari.

I tre programmi operativi riguardano:

1. LEPS di erogazione riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164 della legge di bilancio 234/2021.
2. LEPS di processo riferito ai contenuti del comma 163 della legge di bilancio 234/2021.
3. Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del comma 166 della legge di bilancio 234/2021.

I due gruppi di destinatari riguardano:

- Persone con Non autosufficienza
- Persone con Disabilità

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

## Matrice di Programmazione

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	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				
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso Prima Valutazione Valutazione Complessa PAI Monitoraggio			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

## Strategia di intervento 1 - Livelli essenziali di erogazione

La strategia di intervento 1 si riferisce agli interventi normati dal comma 162 della legge di bilancio 234/2021, che riguardano i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza, in riferimento a tre aree:

Linea 1.1. Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari.

Linea 1.2. Servizi sociali di sollievo.

Linea 1.3. Servizi sociali di supporto.

Con la strategia di intervento si definiscono i contenuti, le modalità e i termini per l'erogazione degli interventi, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

## Strategia di intervento 2 - Livelli essenziali di processo

La strategia di intervento 2 si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per i bisogni complessi.

Linea 2.1. Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

La strategia di intervento 2 è sostenuta dall'accordo interistituzionale di ambito territoriale sociale di cui il PNNA 2022-2024 reca lo schema-tipo (Allegato A).

La realizzazione del leps di processo per ognuno dei beneficiari è propedeutica alla messa in atto dei servizi dedicati alla persona, sulla quale si chiede di intervenire in fase di prima attuazione del Piano

## Strategia di intervento 3 - Azioni di supporto

La strategia di intervento 3 si riferisce agli interventi normati dal comma 166 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali e lo sviluppo del sistema dei servizi.

Linea 3.1. Rafforzamento della dotazione organica degli ATS.

Linea 3.2. Azioni di sviluppo del sistema dei servizi che prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS:

- Definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi previsti dal programma 1.3.
- Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali.
- Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione di Budget.

Le azioni legate alla linea 3.2. possono essere sviluppate nel corso del triennio di validità del Piano anche mediante l'istituzione di appositi gruppi tecnici di lavoro interistituzionali.

## Lo sviluppo triennale del PNNA 2022-2024

Il PNNA 2022-2024 si sviluppa nel triennio di vigenza sia rispetto alle funzioni di regolazione dei programmi operativi riferiti ai LEPS di erogazione e di processo, sia rispetto alle azioni di rafforzamento degli ATS e di supporto al sistema dei servizi. Per ciascuna annualità, quindi, il Piano definisce obiettivi, azioni e parametri anche in relazione al programma finanziario pluriennale del Fondo per la non autosufficienza.

## 3.1. Livelli essenziali di erogazione

La **strategia di intervento 1** si riferisce agli interventi normati dal comma 162 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza.

### Linea 1.1. Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari

#### **Contenuti**

Servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

La linea 1.1. della strategia di intervento comprende anche azioni orientate verso:

- Soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR.
- Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.
- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza.

#### **Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti
- Persone anziane con ridotta autonomia
- Persone anziane a rischio di emarginazione
- Persone con disabilità

#### **Modalità**

L'erogazione degli interventi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI, generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo.

#### **Regolazione**

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

Infatti, nel corso della prima annualità, il 2022, è prevista la possibilità di realizzare le attività di valore preparatorio, il leps di processo, come definito dal comma 163 dell'art.1 della legge 234/21 e come evidenziati nel successivo capitolo tre del presente piano, valutazione dei bisogni, funzionalità delle UVM, definizione del PAI, monitoraggio degli esiti di salute.

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 di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Le modalità di utilizzo delle risorse sono indicate al successivo capitolo 6.

### Linea 1.2. Servizi sociali di sollievo

**Contenuti**

- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato.
- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.
- Attivazione e 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.

**Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità

**Modalità**

L'erogazione degli interventi avviene con la supervisione del servizio che ha preso in carico la persona e nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PAI.

**Regolazione**

Ai servizi sociali di sollievo sono destinate le risorse come indicato al successivo capitolo 6.

## Linea 1.3. Servizi sociali di supporto

**Contenuti**

- 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.
- Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

**Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità

**Modalità**

L'erogazione degli interventi avviene con la supervisione del servizio che ha preso in carico la persona e nel perseguimento degli obiettivi di salute definiti dal PAI.

**Regolazione**

Ai servizi sociali di supporto sono destinate le risorse come indicato al successivo capitolo 6.

**Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 1/3**

Gruppo 2 Griglia Programmazione	Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
<p><b>Articolo 162 Lettera a)</b></p>	<p><b>Assistenza domiciliare sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana.</li> <li>- Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.</li> <li>- Anche integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</li> </ul>	<p>Persone anziane non autosufficienti Persone anziane con ridotta autonomia Persone anziane a rischio di emarginazione Persone con disabilità</p>	<p><i>Declinare le modalità richieste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesso unitario</li> <li>- Valutazione Multidimensionale</li> <li>- Piano Assistenziale Individualizzato</li> <li>- ecc.</li> <li>- ecc.</li> </ul>	<p><b>2022</b></p> <p>Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.</p>	<p><i>Definire l'eventuale percentuale di assegnazione del Fondo Nazionale</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR.</li> <li>- Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.</li> <li>- Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.</li> </ul>			<p><b>2023</b></p> <p>Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.</p>	
	<p><b>Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio.</li> <li>- Servizi di telesoccorso e teleassistenza.</li> </ul>			<p><b>2024</b></p> <p>Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.</p>	





**Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 2/3**

Gruppo 2 Griglia Programmazione		Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
Articolo 162 Lettera b)	Servizi sociali di sollievo	- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato.	Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie.			
		- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.				
		- Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore.		- Strumenti di programmazione e progettazione partecipata, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.		

**Tabella Riassuntiva LEPS Erogazione 3/3**

Gruppo 2 Griglia Programmazione		Contenuti	Destinatari	Modalità	Standard LEPS / Obiettivi di Servizio del Percorso assistenziale integrato	Percentuale FNA
Articolo 162 Lettera c)	Servizi sociali di supporto	- 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.	Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie.			
		- Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.				
Articolo 164	Contributi	- Sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale.	Persone anziane non autosufficienti. Supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.	- Remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali.  - Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.		Attività interessate dalle quote di riparto del FNA

## 3.2. Livello essenziale di processo

La **Strategia di intervento 2** si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi.

### Linea 2.1. Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

**Accesso.** Funzione che costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

**Prima valutazione.** Funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

**Valutazione multidimensionale.** Funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psico-sociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'attivazione dell'équipe integrata che provvede all'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato. Il coordinamento strutturato tra l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni e dei contesti di vita.

**Piano assistenziale individualizzato.** Funzione che costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi 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. L'équipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il

suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

**Monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale.** Funzione che costituisce la fase conoscitiva dell'andamento e dei risultati di salute e di assistenza raggiunti in attuazione del PAI. A questo scopo è attuata la rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato, e la comparazione tra obiettivi di cura e di assistenza sociale definiti e risultati raggiunti. L'interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari e sociali è decisiva per questa macrofase del processo assistenziale, che può avvalersi anche delle innovazioni prodotte attraverso l'attuazione delle specifiche missioni del PNRR.

## Organizzazione del percorso assistenziale

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni:

- l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA)<sup>13</sup>, che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.
- Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo.
- Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.
- La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

### Regolazione

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

**Obiettivi di Servizio 2022:** Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

**Obiettivi di Servizio 2023:** Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

**Obiettivi di Servizio 2024:** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale

---

<sup>13</sup> Si veda, a tale riguardo, quanto riportato all'art. 5 dell'accordo di programma allegato al Piano: "Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario"

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

## Accordo di programma

La Strategia di intervento è sostenuta da un accordo di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale, il cui schema-tipo è recato dal PNNA 2022-2024 (Allegato A).

Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinare questo strumento con altri strumenti regionali. L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale.

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, contabili.

### 3.3. Azioni di supporto

La Strategia di intervento 3 si riferisce agli interventi normati dal comma 166 della legge di bilancio 234/2021 che riguardano a) il rafforzamento degli ambiti territoriali sociali, b) lo sviluppo del sistema dei servizi.

A) Il rafforzamento degli ATS si basa sulla messa a disposizione di una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza assegnata al reclutamento di operatori delle professionalità sociali, che saranno dedicati alla tenuta del sistema dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità. Il contributo sarà erogato agli ambiti in ragione di assunzioni a tempo indeterminato da parte dei soggetti pubblici definiti da ciascun ambito.

B) Le azioni di sviluppo del sistema dei servizi prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS:

- Definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi previsti dal programma 1.3, nonché alle attività e ai programmi di formazione professionale finalizzati a qualificare il lavoro di cura e ai progetti formativi a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro (ANPAL).
- Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, con particolare rilievo per la definizione della onerosità assistenziale in riferimento alle diverse caratteristiche degli ambiti familiari, amicali e comunitari.
- Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione dei Budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare, e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale.

#### **Regolazione**

Il contributo per il rafforzamento degli ATS è valutato nell'ordine di 40.000 euro per ogni operatore sociale (assistente sociale, educatore professionale, assistente alla persona) assunto a tempo indeterminato da uno dei soggetti pubblici indicati dall'ambito territoriale e assegnato alla tenuta del percorso assistenziale.

## Capitolo 4.

### Platea dei destinatari

#### 4.1. Persone con non autosufficienze

Il presente Piano declina il campo dell'intervento sociale nell'ambito delle condizioni culturali, socioeconomiche, simboliche e relazionali che organizzano le condizioni di non autosufficienza e disabilità nelle relazioni di convivenza fra la persona ed i propri contesti di riferimento – abitativi, comunitari, relazionali, costituendo fattori di rischio o vulnerabilità per la piena espressione dei diritti umani, sociali, culturali ed economici volti ad assicurare una vita “dignitosa” e la piena partecipazione alla vita sociale, economica e politica del Paese<sup>14</sup>, così come riconosciuti dalla Costituzione Italiana e dalle Convenzioni Internazionali stabilite in ambito europeo e internazionale (Es. Pilastro Europeo dei diritti sociali, Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali, Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ecc.).

In virtù di tale presupposto, il Piano individua nei propri destinatari lo specifico delle persone che in virtù di specifiche condizioni di salute bio-psico-fisica, sociale e relazionale che rendono problematico il rapporto con i propri contesti di riferimento, richiedano interventi di supporto volti ad incrementare una propria competenza a riconoscere ed individuare risorse – informative, economiche, relazionali, abitative, economiche etc., e criteri per lo sviluppo della propria salute, qualità di vita e di convivenza, anche in presenza di fabbisogni complessi di tipo sanitario, in virtù della presenza di specifiche patologie, condizioni invalidanti stabili o croniche che le esponcano – a qualunque età ed in particolar modo in età avanzata - a rischio di marginalizzazione, o deterioramento della propria condizione di vita e convivenza.

In continuità con il precedente Piano, e in una ottica di transizione, il piano individua quindi fra i propri destinatari diretti i seguenti target:

- Persone non autosufficienti gravissime e/o con disabilità gravissima, così come previsto dall'art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022) e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall'art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016. Il 50% delle risorse FNA è destinato per questo intervento, così come previsto dal citato art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021.
- Persone non autosufficienti gravi e/o con disabilità grave, ai fini esclusivamente del presente Piano, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.  
La conclusione del percorso nazionale di individuazione dei criteri di analisi e definizione del fabbisogno assistenziale delle persone la cui condizione di non autosufficienza/disabilità grave sia stabilita in virtù della elaborazione di strumenti volti a definire criteri di intervento congrui con le specifiche problematiche di autonomia espresse dalla persona in relazione alla sua rete di relazioni

---

<sup>14</sup> In particolare, il diritto alla salute, all'abitare, alle pari opportunità ed alla non discriminazione, all'autodeterminazione nelle scelte, allo sviluppo delle proprie progettualità di vita, all'apprendimento permanente, etc.



(caregiver, famiglia, vicinato, relazioni comunitarie, etc.) nelle attività della vita quotidiana, garantirà una maggior armonizzazione a livello nazionale e un puntuale riconoscimento delle non autosufficienze gravi.

A tal fine si prospetta nella definizione del percorso avviato con il DPCM del 21/11/2019 la necessità di coniugare strumenti valutativi volti a valutare lo stato di non-autosufficienza (come, ad esempio, l'Indice di Barthel con le scale ADL e IADL) a strumenti legati a quantificare il carico assistenziale della persona non autosufficiente e dell'eventuale caregiver familiare per il lavoro di cura.

## 4.2. Persone con disabilità

Le persone con disabilità rappresentano una categoria trasversale a tutte le misure assistenziali individuate o agli interi processi assistenziali che dovranno essere sviluppati e perseguiti in modo integrato.

Si terrà conto di quanto stabilito dalla legge delega sulla disabilità e in particolare di quanto già sperimentato nel Piano precedente per i Progetti di Vita Indipendente che seguiranno quanto indicato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi (Progetti per il dopo di noi) e al Fondo nazionale per la non autosufficienza (Progetti di vita indipendente).

Nel richiamare la Legge delega sulla disabilità è importante ricordare che la stessa Legge prevede l'adozione di una definizione di disabilità coerente a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD).

È prevista, inoltre, l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF), e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ai fini della descrizione della disabilità congiuntamente alla Classificazione internazionale delle malattie (ICD) e ad ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

In aggiunta a quanto sopra descritto, sarà rilevante e di estrema importanza, l'adozione di una definizione di profilo di funzionamento coerente con la Classificazione ICF e con le disposizioni della CRPD e che tenga conto della Classificazione ICD.

Nel presente Piano, in ultimo, si richiama l'attenzione alla elaborazione di un progetto di vita personalizzato e partecipato, sulla base di un approccio multidisciplinare e con la partecipazione della persona con disabilità e/o di chi la rappresenta. Tale progetto, in linea anche con quanto indicato nella Legge Delega sulla disabilità, dovrà essere in grado di individuare i sostegni e gli accomodamenti ragionevoli che garantiscano l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, tra cui la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali.

## Capitolo 5.

# Vita Indipendente

Si richiamano le Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, elaborate e adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018, nella declinazione delle finalità di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, e di prevedere le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

In continuità con il precedente Piano e con le già adottate Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente, si terrà conto dell'esigenza che le progettazioni legate al tema in oggetto proseguano il proprio percorso nella programmazione ordinaria dei servizi, tenendo conto di un elemento fondamentale quale la centralità della persona e la sua inclusione nella società, così come indicato nell'art. 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Nell'attuazione delle stesse linee di indirizzo, tenuto conto del carattere transitorio del presente Piano e delle allegate Linee di indirizzo per la Vita Indipendente, si rappresenta che, laddove si faccia riferimento nel testo al Piano per la non Autosufficienza 2019-2021, sia da intendersi il presente Piano per la non Autosufficienza 2022-2024. I contenuti delle Linee di Indirizzo riproposte, laddove dovessero essere superate dalle disposizioni di legge più recenti, saranno intesi secondo la normativa vigente.

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

Inoltre, gli interventi devono essere dedicati, di norma, a persone con disabilità maggiorenni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. Tuttavia, limitatamente ai progetti di continuità, che prevedono la proroga o l'estensione di programmi già avviati, sarà possibile confermare i servizi alle persone con disabilità per le quali intervengano patologie legate all'invecchiamento. Nella selezione dei beneficiari viene data preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità. Un fondamentale criterio da tenere in considerazione, inoltre, riguarda le scelte che favoriscano i percorsi di deistituzionalizzazione, di non istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità. I progetti devono considerare tutte le tipologie di limitazioni corporee e funzionali, il rischio di discriminazione plurima e la prospettiva di genere. I percorsi promuovono quindi il mantenimento dell'abitare a domicilio anche della persona con disabilità priva di nucleo familiare, promuovendo percorsi di mantenimento dell'autonomia.

Con specifico riferimento alle persone con disabilità intellettiva devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte.

Le aree di intervento definite nelle linee guida su indicate, si sintetizzano in:

- **Assistente personale.** La figura dell'assistente personale assume un ruolo centrale nell'organizzazione di un progetto di vita indipendente. Nell'ottica della reale garanzia dei diritti umani e del godimento delle libertà fondamentali come sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 è fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipe multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato. Il contributo economico per l'assistente personale legato all'obiettivo di autonomia va considerato, ove opportuno, nel quadro dell'analisi condotta dalle équipe multiprofessionali, parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata.
- **Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing.** Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dal su menzionato investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Rientreranno altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.
- **Inclusione sociale e relazionale.** In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.
- **Domotica.** Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.
- **Azioni di sistema.** Nell'elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere attuate azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente attraverso interventi di welfare di comunità e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche con la collaborazione del Terzo settore.

## SEZIONE TERZA – LA PROGRAMMAZIONE DEL FNA

### Capitolo 6.

### Fondo per la Non Autosufficienza

#### 6.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

Sono stati fin qui illustrati i tratti distintivi che caratterizzano il nuovo Piano triennale per la non autosufficienza, che può essere considerato un piano di transizione tra quello realizzato con l'esperienza precedente e un nuovo percorso, sulla base di quanto indicato dalla legge 30 dicembre 2021 n. 234, di bilancio per l'anno finanziario 2022.

In particolar modo, ci si riferisce agli aspetti relativi alla realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, i LEPS. Come già detto, la citata legge di bilancio ha infatti definito i primi livelli essenziali delle prestazioni sociali prevedendo che su tutto il territorio nazionale debbano essere assicurati servizi, attività e prestazioni integrate su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Alle persone anziane non autosufficienti nonché alle persone con gravissima disabilità, con il comma 162 della legge di bilancio 2022 sono garantiti servizi socio-assistenziali volti a promuovere benessere e qualità di vita, favorendone la permanenza nel proprio domicilio e il contatto con il proprio contesto sociale e territoriale; ciò, mediante interventi di servizio domiciliare e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, forme di coabitazione sociale, adattamenti del domicilio, domotica; servizi di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e per le loro famiglie, con l'avvio un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità, collaborazione con le risorse di prossimità, volontariato e solidarietà intergenerazionale; garanzia di servizi sociali di supporto che favoriscano l'incontro tra domanda e offerta di lavoro con il fattivo concorso dei centri per l'impiego sul territorio nonché una assistenza per la soluzione di esigenze amministrative e legali.

La logica di intervento sottesa alle disposizioni è quella della 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 fine di raggiungere le finalità descritte nel comma 162 della citata legge di bilancio, con il comma 168, *“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.”* persistendo comunque gli interventi a valere sul Fondo per le non autosufficienze a favore delle persone con disabilità gravissima, ai quali le regioni devono dedicare il 50% della somma loro assegnata,

La graduale introduzione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti è inquadrata quindi, nell'ambito degli stanziamenti vigenti, incluse le integrazioni previste dalla medesima legge di bilancio.

L'accesso ai servizi sociali e sociosanitari sono erogati dagli Ambiti territoriali sociali (comma 164), che garantiscono anche l'offerta dei servizi e degli interventi le cui aree di attività sono state declinate nel

comma 162, lett. a-b-c, e che può essere integrata da contributi, diversi dalla indennità di accompagnamento, per il sostegno alle persone anziane non autosufficienti persone e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Si tratta di contributi mirati 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.

Ciò premesso al fine di innescare il processo virtuoso che porterà alla effettiva realizzazione dei LEPS, si ritiene indispensabile che sul tutto il territorio venga propedeuticamente attivato il LEPS di processo descritto nei capitoli precedenti, con il quale la persona che richiede sostegno viene formalmente e sostanzialmente presa in carico nei PUA, nel quale equipe multidimensionale individua l'insieme dei servizi e degli interventi da attivare, per affrontare concretamente la situazione specifica e definire il piano personalizzato da realizzare. Nel caso in cui tale valutazione sia già stata effettuata se ne richiede la riconsiderazione per assicurarne l'attualità.

Tale passaggio deve essere assicurato nel primo anno di applicazione del presente piano in quanto preparatorio e condizionante l'attivazione e la realizzazione personalizzata dei livelli essenziali definiti nel progetto e deve essere letto in un'ottica di sistema.

### **Risorse**

Le risorse sono destinate alle regioni per l'intero ammontare secondo i criteri di riparto di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, e secondo le quote percentuali riportate nella tabella appositamente dedicata.

I criteri di riparto delle risorse del FNA sono costruiti quale risultato della media ponderata di due indicatori utilizzati quali *proxy* «della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza»>>:

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

In assenza di indicatori sulla distribuzione regionale delle persone non autosufficienti si è inteso adottare indicatori demografici e indicatori già in uso per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali anche in ragione del fatto che in questo contesto non rileva il numero assoluto di non autosufficienti in una data regione, ma la quota percentuale presente in ogni regione rispetto al totale nazionale. Inoltre, poiché tra le persone non autosufficienti, gli anziani sono più rappresentati che nella popolazione complessiva, la scelta di un indicatore demografico riferito alla distribuzione territoriale degli anziani appare preferibile.

Al fine dell'assegnazione della quota di riparto per ogni regione e 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.

### **Vita indipendente**

A comune memoria, si richiama il fatto che la quota di risorse fin dal 2014 è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al fine di realizzare progetti sperimentali in materia. Dal 2019, con l'emanazione del primo Piano triennale per la non autosufficienza, dopo un quinquennio di sperimentazione, essi 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, in considerazione del fatto che dagli ultimi dati statistici disponibili risulta 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 Fondo per la non autosufficienza tenuto conto del cofinanziamento del 20% già garantito dalle Regioni. 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 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 stessa evitando di sottrarre risorse alla realizzazione diretta dei LEPS. ....

### Ambiti finanziabili Vita Indipendente

	Numero ambiti	Popolazione residente 18-64 al 01/01/2022 (dati provvisori)	ambiti finanziabili
ABRUZZO	24	766.815	4
BASILICATA	9	330.485	2
CALABRIA	32	1.120.436	6
CAMPANIA	60	3.484.042	18
EMILIA ROMAGNA	38	2.672.671	14
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	707.722	4
LAZIO	37	3.511.673	18
LIGURIA	18	870.858	5
LOMBARDIA	91	6.064.741	31
MARCHE	23	886.060	5
MOLISE	7	175.156	1
PIEMONTE	32	2.513.264	13
PUGLIA	45	2.385.771	12
SARDEGNA	25	962.085	5
SICILIA	55	2.916.278	15
TOSCANA	28	2.185.181	11
UMBRIA	12	505.390	3
VAL D'AOSTA	1	74.091	1
VENETO	21	2.948.019	15
<b>Totale</b>	<b>576</b>	<b>35.080.738</b>	<b>183</b>

### Rafforzamento professionalità sociali nei PUA

Il disposto del comma 163 della legge di bilancio 234/21, è teso a garantire alle persone in condizione di non autosufficienza (disabili ed anziani) la fruizione di adeguati servizi sociali e socio-sanitari attraverso la valutazione effettuata nei PUA dalle équipes ivi operanti, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente. A tal fine si provvede con un significativo rafforzamento 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, il potenziamento è previsto nella misura di almeno due unità.

Pertanto, ai fini della predisposizione del riparto, dalla somma riservata al Fondo prevista dalla legge bilancio 2022, dovrà essere accantonata, per il primo anno, la somma di 20 milioni di euro e di 50 milioni a decorrere dal 2023.

Le risorse vengono ripartite tra le regioni adottando gli stessi criteri utilizzati per la quota del fondo destinata al raggiungimento dei LEPS per le persone con gravissima disabilità e per gli anziani non autosufficienti.

In sede di programmazione le regioni dovranno individuare gli ambiti che possono di procedere sin da subito alle nuove assunzioni in quanto non sottoposti ai vincoli derivanti dai limiti alle capacità assunzionali, fermo restando che già nel 2023 le risorse disponibili consentiranno l'assunzione di almeno due unità per ogni ambito e che la previsione spesa a livello statale è a regime a partirà da tale anno.

Ogni ambito avrà la possibilità di disporre di 80.000 euro annui 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 al fine di rendere concreto l'incremento di personale nei PUA.

### Unità di personale PUA per regione

Regioni	%	unità personal e
Abruzzo	2,37	12
Basilicata	1,05	5
Calabria	3,42	17
Campania	8,54	43
Emilia-Romagna	7,75	39
Friuli-Venezia Giulia	2,34	12
Lazio	9,15	46
Liguria	3,28	16
Lombardia	15,93	80
Marche	2,8	14
Molise	0,65	3
Piemonte	7,91	39
Puglia	6,68	33
Sardegna	2,92	15
Sicilia	8,19	41
Toscana	7,02	35
Umbria	1,71	9
Valle d'Aosta	0,25	1
Veneto	8,04	40
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>500</b>

## 6.2 Riparto

La tabella sottostante riepiloga le risorse del FNA previste per il finanziamento dei LEPS non autosufficienza evidenziandone la graduale implementazione nel triennio interessato dal presente Piano

<b>Riepilogo oneri aggiuntivi previsti per il finanziamento dei LEPS non autosufficienza</b>				
	2022	2023	2024	
<b>Somma totale</b>	<b>822.000</b>	<b>865.300</b>	<b>913.600</b>	
Detrazioni				
<b>Vita Indipendente*</b>	<b>14.640</b>	14.640	14.640	
Implementazione personale	20	50	50	
	<b>787.360</b>	<b>800.600</b>	<b>848.960</b>	
<b>50% gravissimi</b>	<b>393.680</b>	<b>400.300</b>	<b>424.480</b>	

60% popolazione 75 anni o più (2022)

40% quote di riparto del FNPS 2021

#### **TABELLA Quote di riparto FNA**

		<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Abruzzo	2,37	18.660,00	18.976,00	20.120,00
Basilicata	1,05	8.267,00	8.407,00	8.914,00
Calabria	3,42	26.928,00	27.383,00	29.035,00
Campania	8,54	67.241,00	68.376,00	72.501,00
Emilia-Romagna	7,75	61.020,00	62.051,00	65.794,00
Friuli-Venezia Giulia	2,34	18.424,00	18.736,00	19.866,00
Lazio	9,15	72.043,00	73.260,00	77.680,00
Liguria	3,28	25.825,00	26.262,00	27.846,00
Lombardia	15,93	125.427,00	127.545,00	135.239,00
Marche	2,80	22.046,00	22.419,00	23.771,00
Molise	0,65	5.118,00	5.204,00	5.518,00
Piemonte	7,91	62.280,00	63.332,00	67.153,00
Puglia	6,68	52.596,00	53.484,00	56.711,00
Sardegna	2,92	22.991,00	23.379,00	24.790,00
Sicilia	8,19	64.485,00	65.574,00	69.530,00
Toscana	7,02	55.273,00	56.206,00	59.597,00
Umbria	1,71	13.464,00	13.691,00	14.517,00
Valle d'Aosta	0,25	1.968,00	2.002,00	2.122,00
Veneto	8,04	63.304,00	64.373,00	68.256,00
<b>TOTALE</b>	<b>100,00</b>	<b>787.360,00</b>	<b>800.660,00</b>	<b>848.960,00</b>

La somma assegnata ad ogni regione, al netto delle risorse dedicate alla implementazione delle assunzioni delle figure professionali e di quelle afferenti alla Vita Indipendente, dovrà garantire, in ottemperanza a quanto disposto dall'art.1, co.162 della legge di bilancio 234/21, gli interventi a favore delle persone con gravissima disabilità come definite dall'art 3, co.2 lett. dalla *a* alla *i* del Dm 26 settembre 2016 per una quota corrispondente al 50%, garantendo, comunque, servizi e interventi di LEPS di erogazione di cui all'articolo 1, comma 162 lett. a-b-c.

Per cui, per ogni persona presa in carico, dovrà attivarsi il LEPS di processo e, attraverso la VMD svolta dalle équipe sociosanitaria insediata presso i PUA, dovranno essere individuati i servizi che garantiranno l'assistenza di cui alle suindicate lett. a, b, e c, del comma 162 della legge 234/21 (LEPS di erogazione).



Fermi restando questi principi, le risorse sono destinate alle regioni secondo i criteri di cui all'art. 1, comma 2 del dm 26 settembre 2016: *“Le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari.”*

In sede di programmazione ogni regione dovrà, partendo dalla propria realtà territoriale individuare la quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi, per l'anno 2022, tenendo presente che per gli anni successivi tale quota dovrà essere implementata del 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024. Non si è volutamente indicata una quota di realizzazione uguale per tutti fin dal primo anno in ragione sia dei tempi tecnici del rilascio del piano e sia soprattutto nel rispetto delle singole realtà territoriali e nella consapevolezza che ogni regione nell'ambito della propria autonomia avesse la piena contezza delle proprie esigenze e potesse in base ad esse andare ad utilizzare nel modo più efficace le risorse assegnate secondo il bisogno.

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

## 6.3 Rendicontazione

Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano le regioni dovranno trasmettere la programmazione triennale in coerenza con le finalità in esso declinate.

L'erogazione di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte della regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità di cui **all'Allegato D** Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse. L'erogazione è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione.

Le regioni si impegnano altresì a rilevare a livello di ambito territoriale, a fini 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** 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 dedicate alla realizzazione dei progetti di Vita Indipendente, questa sarà presentata sulla base delle indicazioni dell'allegato C Monitoraggio dei flussi finanziari con riferimento alle risorse erogate dalle regioni agli ambiti.

Le regioni inseriscono la programmazione, le informazioni e la 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.

Verranno definite le modalità di rendicontazione delle risorse utilizzate per le assunzioni del personale sociale nell'applicativo.

# **Allegato A.**

## **Schema-tipo Accordo di Programma**

### **ACCORDO DI PROGRAMMA**

#### **Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024**

##### **Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità**

Il presente Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia, necessarie per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

A questo scopo l'Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale. L'Accordo declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di Processo come definito dalla programmazione nazionale, e reca tre allegati che definiscono:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Lo schema-tipo dell'Accordo è recato dal PNNA 2022-2024. Lo schema-tipo è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinarlo con altri strumenti regionali già attivi in materia. L'accordo è stipulato al livello del singolo ambito territoriale sociale dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale.

## Accordo di Programma

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.

(→ sottoscrittori da definire)

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;

Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

### CONVENGONO

#### Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

##### Art 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, 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, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- 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 valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

##### Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale ....., il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per

l'attuazione del **Livello Essenziale delle Prestazioni** relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.

#### Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

#### Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. L'equipe integrata assicura 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. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

#### Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e 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.

#### Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

## **Titolo II – Organizzazione e strumenti**

### **Art. 7 - 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 i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali 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.

### **Art. 8 - Percorso assistenziale integrato**

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

### **Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA**

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso 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.

### **Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale**

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i

processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. 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.

#### Art. 11 - Piano assistenziale individualizzato

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi 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. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

#### Art. 12 - Budget di salute e di comunità

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei 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 previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

#### Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, comprende il Responsabile dell'Ufficio di Piano e le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. L'Ufficio sociosanitario integrato rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

#### Art. 14 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari Accordo 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, le 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.

### **Titolo III - Impegni degli Enti aderenti**

Art. ... – Impegni dell'Amministrazione Regionale

→ Articolo da prevedere solo nel caso la regione firmi la convenzione di ambito?

Art. ... – Impegni delle Amministrazioni Locali

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui il Comitato/Conferenza dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'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, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto sanitario.

Le Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione 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.

Art. ... – Impegni dell'Azienda sanitaria locale

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'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 interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale.

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art. ... – Organismo di condotta dell'Accordo

Il Comitato/Conferenza dei sindaci di ambito e l'Azienda sanitaria locale costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito da .... componenti espressi dal Comitato/Conferenza dei Sindaci e da ... componenti espressi dall'Azienda sanitaria locale, insieme al Responsabile dell'Ambito territoriale sociale e al Direttore del Distretto sanitario.

Art. ... - Allegati

Il presente Accordo è completato da tre allegati che ne fanno parte integrante:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.



## Allegato A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

### Percorso assistenziale integrato

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

## Percorso Assistenziale Integrato

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

### Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di

protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni.

- a) Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
- b) Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- c) Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d) Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- 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.

### **Valutazione multidimensionale**

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD o equipe integrata) formalmente riunita.

### **Unità di valutazione multidimensionale.**

Funzioni.

- a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
- b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
- c) Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
- d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

### **Piano Assistenziale Individuale.**

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

## Allegato B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.

### Collocazione del PUA.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, **si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali**. Presso le Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

### Equipe integrata di ambito.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA; la fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali.

Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministrativo	Contabile	Professionale	Amministrativo	Contabile
A. Accesso	Punto Unico di Accesso Casa della Comunità Presidi Territoriali						
B. Prima Valutazione	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale						
C. Valutazione Multidimensionale	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale						
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Equipe Integrata Servizi ATS Servizi Distretto						
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	Sistemi Informativi Piattaforme Integrate Interoperabilità						

## Equipe integrata di ambito.

Organizzazione e Dotazioni		Dotazione Sociale			Dotazione Sanitario		
Macrofasì	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministrativo	Contabile	Professionale	Amministrativo	Contabile
A. Accesso	Punto Unico di Accesso Casa della Comunità Presidi Territoriali						
B. Prima Valutazione	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale						
C. Valutazione Multidimensionale	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale						
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Equipe Integrata Servizi ATS Servizi Distretto						
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	Sistemi Informativi Piattaforme Integrate Interoperabilità						

In riferimento alla tabella del presente Allegato B, per garantire la funzionalità dell'equipe integrata lungo tutte le macrofasì del processo assistenziali integrato, le parti si impegnano ad assicurare il seguente apporto di risorse professionali, amministrative e contabili (espresse in Tempo Piano Equivalente)

### Ambito Territoriale Sociale

- Unità Professionali .....
- Unità Amministrative .....
- Unità Contabili .....

### Distretto Sanitario

- Unità Professionali .....
- Unità Amministrative .....
- Unità Contabili .....

## Ufficio sociosanitario integrato.

L'ufficio sociosanitario integrato di ambito è coordinato dal Responsabile dell'ATS e dal Direttore del Distretto, coinvolge l'Ufficio di piano e tutte le altre responsabilità organizzative necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale unitario; cura altresì tutti i

rapporti necessari con gli organismi distrettuali e aziendali, con gli organismi comunali e con tutti gli altri soggetti coinvolti nella costruzione del sistema dei servizi e delle risposte ai bisogni di salute complessi.

Funzioni:

- a) Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano di Zona sociale.
- b) Gestione e il monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
- c) Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) – PUA.
- d) Attivazione di Equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse.
- e) Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.



**Allegato C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.**

	<b>Sistema sociale LEPS</b>	<b>Sistema sanitario LEA</b>
<b>CURE DOMICILIARI</b>	<p><b>Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023</b></p> <p>Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p>L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.</p>
	<p><b>L.234/21 art. \1 comma 162</b> <b>assistenza domiciliare sociale</b> quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari di livello base:</b> costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1) ) inferiore a 0,14;</p>
	<p><b>L.234/21 art. \1 comma 162</b></p> <p><b>assistenza sociale integrata con i servizi sanitari</b>, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso</p> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;</p> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di III<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi</p>

		<p>medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Monitoraggio del Piano