

Allegato 1



Programma Regionale per la Non Autosufficienza (2025-2027)

Indice generale

SEZIONE I - La cornice di riferimento: normativa, finalità e principi ispiratori.....	4
1.1 Oggetto e finalità.....	4
1.2 Glossario.....	5
1.3 Quadro normativo di riferimento.....	7
I. Livello internazionale e costituzionale.....	7
II. Livello nazionale: leggi quadro e riforme strutturali.....	7
III. Livello Regionale.....	10
1.4 Continuità e transizione (PNNA 2022-2024 e riforme nazionali).....	11
1.5 Obiettivi di Servizio e LEPS.....	12
1.6 L'integrazione Socio-Sanitaria e i principi guida del Programma regionale.....	13
1.6.1 Principi di centralità della persona, prossimità, complementarità e non sovrapposizione.....	15
1.6.2 Principali novità introdotte.....	18
Sezione II - Il contesto nazionale e piemontese, i dati su una possibile lettura della disabilità	22
2.1 Il contesto nazionale: gli indicatori nazionali della disabilità nel nuovo PNNA.....	22
2.2 Il contesto piemontese.....	24
2.2.1 Posizionamento della Regione Piemonte nel contesto UE27.....	26
2.3 L'assetto organizzativo dei servizi in Piemonte e il confronto con i principali attori della rete dei servizi sociali per la redazione del PRNA.....	26
2.3.1 La rete dei Punti Unici di Accesso - PUA.....	27
2.3.2 La costruzione del Programma Regionale per la Non Autosufficienza (PRNA) 2025-2027.....	32
2.4 La governance istituzionale locale: riparto delle competenze e strumenti di integrazione.....	32
2.4.2 Il riparto di competenze tra ATS e Distretto sanitario.....	33
2.4.3 Lo strumento dell'Accordo di Programma interistituzionale.....	35
2.4.4 Il caso specifico della Regione Piemonte: non coincidenza tra ATS e ASL.....	35
Sezione III: Destinatari e modalità di accesso.....	36
3.1 Platea dei destinatari.....	36
3.1.1 Definizione di "non autosufficienza".....	37
3.1.2 Definizione di "parziale non autosufficienza".....	38
3.1.3 La fase di transizione.....	39
3.2. Percorso di accesso agli interventi.....	39
3.2.1 I tre percorsi di intervento.....	39
3.2.2 Una possibile checklist operativa per l'operatore.....	40
3.2.3 Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).....	42
3.2.3.1 Definizione e Requisiti.....	42
3.2.3.2 Partecipazione alla redazione.....	43

3.2.3.3 Elementi costitutivi del PAI.....	43
3.2.3.4 Integrazione con il Progetto di Vita.....	43
3.2.3.5 Trasparenza.....	44
3.3 Criteri di identificazione delle condizioni di disabilità gravissima e di non autosufficienza.....	44
3.3.1 Classificazione in base all'Intensità del sostegno.....	44
3.3.2 Criteri di Accertamento e Strumenti di Classificazione.....	45
3.3.3 Criteri per la "Disabilità Gravissima".....	45
3.4. Modalità di Individuazione dei Beneficiari e di Accesso alle Prestazioni.....	46
3.4.1 Accertamento della Condizione di Disabilità e Non Autosufficienza (INPS/UVM).....	47
3.5. Criteri ISEE per l'Accesso agli Interventi.....	48
Sezione IV: Descrizione degli interventi e dei servizi programmati.....	50
4.1 Le Aree di servizi programmati (Obiettivi di servizio).....	50
4.1.1 Interventi di Assistenza domiciliare sociale e Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (Area a).....	50
4.1.2 Servizi Sociali di Solievo per la persona con disabilità e la sua famiglia (Area b).....	51
4.1.2.1 L'affidamento.....	52
4.2 Servizi Sociali di Supporto (Area c).....	52
4.3 Spesa diretta e spesa indiretta.....	53
4.4 Contributi per il sostegno della domiciliarità e della maggior autonomia possibile.....	53
4.5 Tipologie di servizio regionali.....	54
4.6 Progetto di Vita, Budget di Progetto e Vita Indipendente.....	55

SEZIONE I - La cornice di riferimento: normativa, finalità e principi ispiratori

1.1 Oggetto e finalità

Il presente Programma Regionale per la Non Autosufficienza (PRNA) costituisce l'atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del PNNA 2025-2027. Tale Piano è lo strumento programmatico nazionale per l'utilizzo delle risorse afferenti al Fondo per le Non Autosufficienze (FNA) dedicate all'area della disabilità.

Il Piano Nazionale, in attesa della definizione dei LEPS specifici per l'ambito della disabilità e previsti dalla Legge n. 227/2021, persegue la progressiva attuazione degli obiettivi di servizio che nella loro definizione non differiscono dai LEPS anziani definiti come interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale¹.

In linea con le riforme avviate e la programmazione nazionale, il PRNA 2025-2027 è dedicato esclusivamente alle persone con disabilità (PD) in condizione di non autosufficienza o di parziale non autosufficienza fino ai 70 anni di età. Le finalità principali sono favorire il mantenimento a domicilio della persona con disabilità; garantire la continuità assistenziale e l'attuazione degli obiettivi di servizio previsti dalla normativa nazionale, concentrandosi sulla promozione dell'autonomia, la de-istituzionalizzazione e l'integrazione sociale attraverso interventi personalizzati.

Il Programma quindi interviene a sostegno dell'attività sociale degli Ambiti Territoriali Sociali attinente esclusivamente le prestazioni domiciliari previste dalla Legge 234/2021 al comma 162 e delle attività di istituzione e potenziamento del Punto Unico di Accesso (PUA) previsto dal comma 163 della medesima legge.

L'esperienza acquisita con la realizzazione del precedente Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 e la contestuale introduzione della piattaforma ministeriale SIOSS per la rendicontazione finanziaria e dei casi in carico, suggerisce un approccio molto prudente all'introduzione di "specifiche" regionali nell'uso delle risorse nazionali, al fine di permettere una più agevole rendicontazione delle risorse ricevute da parte degli Ambiti, in quanto le risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze devono essere rendicontate con regole "nazionali" e non con quelle eventualmente introdotte a livello locale.

Tale missione si articola attraverso i seguenti principi operativi e di *governance*:

1. integrazione e prossimità territoriale: assicurare che la progettazione e l'erogazione dei servizi avvengano nell'ambito della massima integrazione sociosanitaria, operando il coordinamento strutturato tra gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i Distretti Sanitari. Gli ATS rivestono un ruolo di primo piano non solo nell'attuazione operativa, ma anche nelle funzioni di *governance*.
2. qualificazione della presa in carico: promuovere l'adozione omogenea e rigorosa del

¹ art. 1, comma 159, Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022)

percorso assistenziale integrato (il cosiddetto LEPS di processo). Questo percorso si fonda sull'accesso attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA), l'esecuzione della Valutazione Multidimensionale (UVM) e la conseguente redazione del Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI), o del più ampio Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato. Il PAI deve definire in modo puntuale le responsabilità, i compiti e le modalità di intervento degli operatori sanitari, sociali e assistenziali, includendo anche l'apporto della famiglia.

3. gestione flessibile e sostenibile delle risorse: impiegare le risorse del FNA come punto cardine di una presa in carico non esclusivamente sociale ma, attraverso lo strumento del Budget di progetto di salute e di comunità, favorire la ricomposizione di risorse di diversa natura per finanziare interventi personalizzati e prestazioni integrate e trasversali agli ambiti. Ciò mira a superare i modelli di *welfare* prestazionale che generano frammentazione della spesa e degli interventi.
4. monitoraggio e rendicontazione: istituire e sostenere un sistema di monitoraggio costante che faciliti il lavoro di rendicontazione degli ATS verso il MLPS garantendo il corretto flusso delle risorse nazionali e fornisca alla Regione elementi certi per la programmazione e l'individuazione delle prestazioni e dei servizi da gestire a livello regionale e del correlato corretto utilizzo delle risorse regionali necessarie.

1.2 Glossario

Al fine del presente atto, al fine di garantire chiarezza e univocità interpretativa si fornisce un glossario dei termini tecnico-giuridici definiti dalla normativa nazionale:

Definizione della Disabilità: viene recepita la definizione di "condizione di disabilità" come *"una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri"*².

Valutazione di Base: *"procedimento volto ad accertare , attraverso l'utilizzo delle classificazioni ICD e ICF e dei correlati strumenti tecnici operativi di valutazione, la condizione di disabilità ai fini dell'accesso al sostegno, lieve o medio, o al sostegno intensivo, elevato o molto elevato"*³. Ricondotto in capo all'INPS, mira a unificare gli accertamenti esistenti (come l'invalidità civile e la condizione di disabilità). Questo processo si applica anche ai minori e alle persone anziane.

Valutazione Multidimensionale: *"procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita"*⁴.

Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI): *"Il Progetto di assistenza individuale*

2 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera a).

3 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera l).

4 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera m).

*(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"*⁵. Il PAI, per le persone con disabilità, si integra nel Progetto di Vita.

Progetto Personalizzato (PP): *"Il documento elaborato nell'ambito della presa in carico della persona a seguito di una valutazione multidimensionale, finalizzato a individuare l'insieme degli interventi, dei servizi e dei sostegni da attivare al fine di rispondere in modo coerente al bisogno rilevato attraverso la costruzione di un percorso di inclusione ampio che può riguardare i diversi ambiti di vita della persona, come ad esempio l'inclusione scolastica o l'inclusione lavorativa, o ancora, la partecipazione attiva nella comunità. Il PP si armonizza con i contenuti del PAI, che ne costituisce la componente sociosanitaria"*⁶.

Progetto di Vita Individuale (PV): *"progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri"*⁷.

Accomodamento Ragionevole, l'Accomodamento Ragionevole è un nuovo strumento giuridico/procedurale che individua le misure e gli adattamenti necessari, pertinenti, appropriati e adeguati, che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato.

Budget di Progetto: l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita. Il D.Lgs. 62/2004, al fine di rispondere ai bisogni specifici delle persone anche con risposte del tutto innovative, prevede: *"il budget di progetto è impiegato senza le limitazioni imposte dall'offerta dei singoli servizi, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12/1/2017 e dei relativi tetti di spesa statali e regionali a legislazione vigente...."*⁸.

Budget di Salute e di Comunità: definito nel Piano Nazionale *"l'insieme delle risorse finanziarie di provenienza sanitaria, sociale, della persona o di altra provenienza, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI o del più ampio PP, qualora si caratterizzino per un utilizzo ad elevata flessibilità e innovazione, in via privilegiata nell'ambito di un rapporto di co-gestione tra i soggetti pubblici e gli enti del terzo settore"*⁹.

Oltre alle presenti definizioni si rimanda alle definizioni contenute nell'art. 2 del D.Lgs. 62/2024 e a quelle contenute nel Glossario del Piano Nazionale per la non autosufficienza 2025-2027.

5 D.P.C.M. 12 gen 2017 (LEA), art. 21, comma 3.

6 PNNA 2025-2027, Glossario, p. 9

7 D.Lgs. 62/2024, art. 2, comma 1, lettera n).

8 D.Lgs. 62/2024, art. 28, comma 9.

9 PNNA 2025-2027, Glossario, p. 9

1.3 Quadro normativo di riferimento

Il quadro normativo relativo alla disabilità in Italia è estremamente complesso e stratificato, in quanto si basa su principi internazionali, leggi quadro nazionali e atti di attuazione che definiscono i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) a livello statale e le relative discipline organizzative a livello regionale.

Di seguito, viene presentata una descrizione suddivisa per livelli della normativa che, in varia misura, regola gli interventi previsti dal presente Programma regionale:

I. Livello internazionale e costituzionale

Il fondamento del quadro normativo sulla disabilità è dato dal riconoscimento dei diritti umani e dei principi di non discriminazione:

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD): Questo è il riferimento internazionale principale. L'Italia ha ratificato e reso esecutiva la Convenzione con la Legge 3 marzo 2009, n. 18. La CRPD ha introdotto un cambiamento di paradigma, definendo la disabilità come il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali che ostacolano la piena partecipazione nella società. La Legge Delega 227/2021 mira a dare piena attuazione a tale Convenzione.

Costituzione: articolo 117, secondo comma, lettera m), che riserva allo Stato la competenza esclusiva per la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: è uno dei pilastri giuridici che garantisce la dignità e l'autonomia delle persone con disabilità, mirando alla loro piena inclusione sociale nell'Unione rafforzando il diritto di cittadinanza europea. Promuove l'effettivo godimento dei diritti civili e sociali, con particolare richiamo all'Articolo 25 per la tutela di una vita indipendente e dignitosa; orienta le riforme nazionali verso il superamento di barriere e discriminazioni, ponendo i desideri e le scelte della persona al centro dei percorsi assistenziali. L'obiettivo è assicurare l'accesso universale a servizi e supporti in condizione di uguaglianza, rispettando i principi di autodeterminazione e non discriminazione.

II. Livello nazionale: leggi quadro e riforme strutturali

Le norme nazionali definiscono il sistema di tutela, assistenza e inclusione, inclusi i recenti decreti legislativi che attuano le riforme previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): Riforma della Disabilità; Riforma della Non Autosufficienza (Anziani); Definizione di un nuovo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale.

- Legge 11 febbraio 1980, n. 18: riguarda l'istituzione dell'Indennità di

accompagnamento per gli invalidi civili totalmente inabili. Il possesso di tale indennità è un requisito spesso richiamato per l'accesso a benefici e per la definizione di disabilità gravissima.

- Legge 5 febbraio 1992, n. 104: "*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*". Il D.Lgs. 62/2024 introduce modifiche sostanziali a questa legge, tra cui l'introduzione della definizione di Accomodamento Ragionevole (Art. 5-bis).
- Legge 8 novembre 2000, n. 328: "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*". Richiama in particolare il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS).
- Legge 22 giugno 2016, n. 112: "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", c.d. "Dopo di Noi".
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 C2, "*Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*", punta a potenziare i servizi sociali territoriali per favorire l'autonomia e prevenire l'istituzionalizzazione di anziani e persone con disabilità. Prevede riforme e investimenti in soluzioni abitative e percorsi di inclusione volti a modernizzare il sistema di welfare nazionale.
- Legge 22 dicembre 2021, n. 227: "*Legge delega sulla riforma della disabilità*", ha delegato il Governo alla revisione e al riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità, ponendo al centro la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità e l'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La delega dispone al Governo di intervenire, entro i limiti delle risorse disponibili (incluse quelle del PNRR), su diversi ambiti, tra cui:
 - definizione della condizione di disabilità, revisione e semplificazione della normativa.
 - accertamento della condizione di disabilità e revisione dei processi valutativi di base.
 - valutazione multidimensionale (UVM) e realizzazione del Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato (PV).
 - adozione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) e della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD).
- Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222: introduce disposizioni atte a garantire l'accessibilità ai servizi forniti dalle pubbliche amministrazioni al fine della loro inclusione, rafforzando il ruolo del "Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro";
- Decreto Legislativo 5 febbraio 2024, n. 20 : istituisce l'Autorità Garante nazionale che ha il compito di assicurare la tutela, l'attuazione e la promozione dei diritti delle persone con disabilità;
- Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62: attuazione della Legge Delega 227/2021,

rappresenta il cuore della riforma e stabilisce un approccio teso a riconoscere la condizione di disabilità e ad attivare i sostegni necessari per il pieno esercizio dei diritti civili e sociali.

Le sue disposizioni mirano a rimuovere gli ostacoli e attivare i sostegni per il pieno esercizio dei diritti:

- introducendo la nuova "condizione di disabilità" (compromissione duratura in interazione con barriere) e nuove terminologie, sostituendo, ad esempio, l'espressione "disabile grave" con quella "persona con necessità di sostegno intensivo";
 - prevedendo la valutazione di base, ossia un procedimento unitario e multidisciplinare per l'accertamento della condizione di disabilità, includendo in un'unica procedura l'invalidità civile, la cecità, la sordità, la disabilità ai fini scolastici e lavorativi, e la condizione di non autosufficienza della persona con disabilità. Dal 1° gennaio 2027, la valutazione è affidata in via esclusiva all'INPS;
 - stabilendo il diritto della persona con disabilità di richiedere l'elaborazione del progetto di vita (PdV);
 - definendo la valutazione multidimensionale quale procedimento multidisciplinare basato sull'approccio bio-psico-sociale (ICF/ICD) per delineare il profilo di funzionamento e gli obiettivi del Progetto di vita individuale;
 - introducendo, a modifica della Legge 104/92, l'accomodamento ragionevole.
- DPR 12 marzo 2026: Adozione del piano di azione per la promozione dei diritti e l'inclusione delle persone con disabilità.
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017: definisce i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria. Assicura l'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità, che include la presa in carico multidisciplinare e programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati.
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (art. 1, commi 159-171): illustra i primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), garantiti con carattere di universalità, introducendo il Percorso Assistenziale Integrato come LEPS di processo, che include il Punto Unico di Accesso (PUA) e il Progetto di assistenza individuale integrato (PAI).
- D.P.C.M. 3 ottobre 2022 (PNNA 2022-2024): atto di programmazione nazionale che individua lo sviluppo degli interventi LEPS nel limite delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze (FNA).
- Decreto Interministeriale 26 settembre 2016: cruciale per la definizione, adottata in via sperimentale, della Disabilità Gravissima (richiamata dall'art. 1, comma 168 della L. 234/2021).
- Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77: definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale (Riforma M6 del PNRR),

prevedendo le Case della Comunità (CdC) e la loro articolazione organizzativo-funzionale in Distretti. I PUA devono essere situati presso le CdC.

III. Livello Regionale

Le Regioni hanno il compito di adottare il proprio strumento di pianificazione in coerenza con il Piano Nazionale. La normativa regionale si concentra sull'organizzazione dell'integrazione sociosanitaria e sulle procedure di valutazione:

- Legge Regionale 8 gennaio 2004, n. 1, *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”*, stabilisce norme per il sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali.
- Legge Regionale 18 febbraio 2010, n. 10, *“Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”*, disciplina l'erogazione dei servizi domiciliari per cittadini non autosufficienti. E' importante ricordare che tale normativa è recessiva rispetto alla normativa statale vigente in materia di tutela della salute e assistenza territoriale, e deve pertanto essere disapplicata nella parte incompatibile con le disposizioni statali che fissano principi fondamentali, livelli essenziali di assistenza o vincoli di finanza pubblica.
- Legge regionale 12 febbraio 2019, n. 3, *“Promozione delle politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità”*.
- Deliberazione 22 dicembre 1997, n. 230, *“Standard organizzativo-gestionali dei servizi a favore delle persone disabili”*.
- Deliberazione 23 dicembre 2003, n. 51, *“D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria”*.
- Deliberazione della Giunta Regionale 27 settembre 2024, n. 7-191, *“Attuazione della D.G.R. 15 maggio 2023 n. 16-6873 avente ad oggetto “Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l'attuazione del Piano nazionale di cui al D.P.C.M. 3 ottobre 2022”. Approvazione delle Linee guida sulla gestione delle liste di attesa per le prestazioni domiciliari”*.
- Deliberazione 29 settembre 2025, n. 21-1613, *“D.Lgs 62/2024 - Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato – Approvazione delle Linee Guida rivolte ai territori coinvolti nella fase di sperimentazione e a tutti gli ambiti territoriali sociali piemontesi dall'entrata in vigore della riforma su tutto il territorio nazionale”*.
- Deliberazione 22 Dicembre 2025, n. 137 – 27771, *“Approvazione del Piano socio-*

sanitario regionale 2025-2030, di cui agli articoli 11 e 12 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18”.

1.4 Continuità e transizione (PNNA 2022-2024 e riforme nazionali)

Il PNNA 2025-2027 si inserisce in un percorso di evoluzione normativa, rappresentando una fase di transizione che segue il precedente PNNA 2022-2024. Questo contesto è caratterizzato da una stagione di importanti riforme nell’ambito della non autosufficienza, avviate sulla spinta del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) adottato a livello europeo in risposta alla crisi generata dalla pandemia appena superata.

A partire dalla Legge 234/2021, con la quale sono stati introdotti i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) dedicati all’assistenza domiciliare per le persone anziane, insieme all’individuazione di specifici “obiettivi di servizio” per la platea delle persone con disabilità non autosufficienti hanno fatto seguito il D.P.C.M. 3 ottobre 2022, secondo Piano triennale per la non autosufficienza – che ha definito le modalità operative per l’attuazione delle misure previste e il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, che ha stabilito modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nell’ambito del Servizio sanitario nazionale.

Queste innovazioni si inseriscono in un quadro riformatore più ampio, dove il legislatore ha deciso di descrivere due percorsi di assistenza separati per l’area delle persone con disabilità e l’area delle persone anziane non autosufficienti, tradizionalmente considerati un unicum. Hanno visto quindi la luce per le persone con disabilità, la Legge delega 227/2021 e il D.Lgs. 62/2024; per le persone anziane non autosufficienti la Legge delega 33/2023 e il D.Lgs. 29/2024.

Questi percorsi, tuttavia, al momento della redazione del presente atto di programmazione, risultano ancora incompleti in quanto mancano i decreti attuativi previsti proprio da citati atti normativi e che riguardano aspetti importanti, quali il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), le funzioni e l’organizzazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) nazionali. Di conseguenza anche il presente PRNA sconta l’assenza di un quadro normativo certo e un’alea di incertezza rappresentata dalle innovazioni che il completamento del processo di riforma potrebbe introdurre nel quadro normativo, così come gli esiti della fase di sperimentazione sul lato delle valutazioni multidimensionali.

In linea con il PNNA 2022-2024 in base al quale tutti gli interventi sono basati sui *“principi di prossimità, della complementarità, della non sovrapposizione degli investimenti e della prevenzione e della continuità degli interventi”*¹⁰, la nuova pianificazione nazionale sottolinea la continuità degli interventi e pone l’obiettivo di *“creare un sistema integrato di servizi sociosanitari, con un approccio multidimensionale che risponda ai diritti e bisogni individuali, promuovendo, in primo luogo, la collaborazione tra Comuni, Ambiti territoriali, Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Terzo settore”*¹¹.

¹⁰ PNNA 2025-2027, pag. 11

¹¹ PNNA 2025-2027, pag. 12

La Transizione del Sistema Socio-Sanitario: Cosa Resta da Fare (2024-2027)

L'attuale sistema socio-sanitario italiano sta attraversando una profonda trasformazione guidata da riforme chiave. L'effettiva esigibilità dei nuovi diritti dipende dal completamento di numerosi decreti attuativi e fasi sperimentali entro il 2027.



NotebookLM

1.5 Obiettivi di Servizio e LEPS

Una delle caratteristiche e delle differenze essenziali tra area della disabilità e area anziani non autosufficienti è rappresentata dalla diversa tutela giuridica assegnata dal legislatore al sistema di interventi e servizi, per l'area anziani si tratta di LEPS, mentre per l'area della disabilità si tratta di "obiettivi di servizio".

Il concetto di obiettivo di servizio è stato introdotto nel nostro ordinamento originariamente con la deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica n. 82/2007, come meccanismo premiale: *"1. Meccanismo premiale "obiettivi di servizio" 1.1 È istituito un meccanismo premiale associato al conseguimento di risultati verificabili in termini di servizi collettivi in ambiti essenziali per la qualità della vita e l'uguaglianza delle opportunità dei cittadini e per la convenienza ad investire delle imprese."*

Ripreso in varie forme dalla normativa è entrato in maniera sostanziale nella normativa socio assistenziale con il comma 732 della legge 178 del 30 dicembre 2020 (Legge di bilancio) *"I contributi di cui al periodo precedente sono ripartiti in proporzione del rispettivo coefficiente di riparto del fabbisogno standard calcolato per la funzione "Servizi sociali" e approvato dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard. **Gli obiettivi di servizio** e le modalità di monitoraggio, per definire il livello dei servizi offerti e l'utilizzo delle risorse da destinare al finanziamento e allo sviluppo dei servizi sociali, sono stabiliti entro il 30 giugno 2021 e successivamente entro il 31 marzo dell'anno di riferimento con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sulla base di un'istruttoria tecnica condotta dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard con il supporto di esperti del settore, senza oneri per la finanza pubblica, e previa intesa in sede di Conferenza Stato-città ed autonomie locali"*.

Alcuni commentatori hanno così definito l'obiettivo di servizio *“La caratteristica principale dell'obiettivo di servizio è proprio quella di potersi modulare nel tempo e nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento”¹²*.

Compete al Governo la definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni. Spetta sempre al Governo la definizione di un percorso di convergenza degli obiettivi di servizio verso i livelli essenziali delle prestazioni.

1.6 L'integrazione Socio-Sanitaria e i principi guida del Programma regionale

Il Programma Regionale adotta un modello operativo basato sulla piena collaborazione tra comparto sociale e comparto sanitario, al fine di assicurare percorsi di presa in carico integrati e continuativi.

L'integrazione socio-sanitaria non è una mera architettura di procedure, ma l'arte di tessere una rete invisibile di sostegno che avvolge il cuore della vita, al fine di assicurare il più possibile la permanenza presso il proprio domicilio e scongiurare il rischio di istituzionalizzazione, garantendo la dignità della persona assistita.

La realizzazione delle Case di Comunità, nelle quali è prevista la collocazione dei PUA, è *“subordinata alla capacità degli attori istituzionali del sistema sanitario e del sistema di welfare di attivare un effettivo processo di integrazione sociosanitaria, allo stato ancora insufficiente in diverse sue componenti”¹³*.

Questa sinergia tra l'area sanitaria e quella sociale si manifesta come un percorso assistenziale integrato, un cammino tracciato per i bisogni complessi. Tale percorso prende avvio in un Punto Unico di Accesso (PUA), concepito come il luogo di accoglienza e orientamento dove l'utente e la sua famiglia trovano la prima porta verso la totalità dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti.

Il presente programma con la piena operatività delle Case di Comunità e dei PUA garantirà un rafforzamento dei rapporti interistituzionali ATS/Aziende Sanitarie ma ricorda a tutti gli attori coinvolti che la mancata corretta attuazione di quest'integrazione può sfociare in significative perdite finanziarie regionali di risorse nazionali e a cascata rispetto ad ATS e ASL con conseguente rischio di contrazione della capacità di rispondere agli obblighi imposti dai LEA e dai LEPS.

L'essenza di questa integrazione si cristallizza nel Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI), dal supporto personale alle prestazioni infermieristiche e riabilitative, modulato sulla base della valutazione multidimensionale. Questa valutazione non guarda solo alla clinica,

12 Franco Pesaresi, Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD) 13 maggio 2024, <https://www.welforum.it/servono-gli-obiettivi-di-servizio-nellassistenza-domiciliare-sociale-sad>

13 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 14.4.1, pag. 194

13 - Programma Regionale per la Non Autosufficienza (2025-2027)

ma analizza la capacità bio-psico-sociale dell'individuo, identificando bisogni e risorse, barriere e facilitatori, per delineare il carico assistenziale.

Il PAI è un impegno congiunto tra l'équipe multiprofessionale (composta da figure sanitarie e sociali in cooperazione paritaria) e la persona assistita, insieme alla sua famiglia e/o al suo caregiver o dell'amministratore di sostegno. Questo impegno definisce obiettivi di salute e mira a:

- preservare l'autonomia possibile e rallentare il deterioramento funzionale.
- garantire la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale.
- ricomporre le risorse finanziarie in un "Budget di salute e di comunità", un insieme flessibile di risorse economiche, professionali e umane necessarie per sostenere la persona.

Il Piano Nazionale richiama infatti la necessità di una piena sinergia tra servizi sanitari e sociali garantendo mediante il Budget di Salute e di Comunità *“un sistema integrato di servizi che trova la sua concreta evidenza nel Progetto di Vita/Paivalorizzando l'autonomia dei beneficiari attraverso misure finalizzate alla prevenzione dell'istituzionalizzazione anche tramite soluzioni innovative in merito alla sistemazione alloggiativa e alle dotazioni strumentali innovative¹⁴”*. Si richiamano in tal senso le redigende linee guida ministeriali inerenti le opportunità offerte dall'“abitare collaborativo” anche in riferimento al significativo programma promosso dal PNRR Missione 5 componente 2. In parallelo il Piano Socio-Sanitario regionale di recente approvazione al capitolo 5.13.4 Autonomia, residenzialità e “Dopo di noi” In coerenza con la legge 22 giugno 2016, n. 112 , anche nota come legge “Dopo di noi”, promuove “ 1) gruppi appartamento, housing sociale e co-abitazioni innovative; 2) soluzioni di sollievo e accoglienza temporanea; 3) progetti di vita individualizzati (PVI) e percorsi di educazione all'autonomia già in età adolescenziale; 4) l'utilizzo del budget di salute nei percorsi più complessi.”

Lo stesso Piano Socio-Sanitario regionale cita come *“Le politiche e gli interventi a favore delle persone con disabilità necessitano di programmi personalizzati, che affrontino in maniera globale le specifiche criticità. Gli interventi si caratterizzano come processi di presa in carico che implicano la stretta integrazione tra l'assistenza sociale e quella sanitaria e la predisposizione di politiche attive nei diversi ambiti sociali (scuola, lavoro, partecipazione sociale). In particolare, le persone in situazione di grave disabilità necessitano di progetti individualizzati con finalità clinico-assistenziali. Il Distretto rappresenta il livello di governo territoriale per l'avvio, per il corretto svolgimento del processo valutativo e della conseguente definizione del progetto individuale, per la sua sostenibilità e per il suo monitoraggio nel tempo. Nell'impostazione degli interventi socio-sanitari da attivare è fondamentale l'analisi del bisogno che deve condurre, nell'ambito di un percorso condiviso con le persone o la sua famiglia, a una elaborazione operativa che accolga non solo le limitazioni, ma soprattutto le potenzialità del soggetto richiedente e del suo contesto di vita¹⁵”*

14 PNNA 2025-2027, pag. 23

15 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 5.10, pag. 80

In questa visione, l'integrazione è un'azione costante e continuativa, che utilizza tutte le risorse formali e informali del territorio, assicurando che la casa diventi, progressivamente, il luogo privilegiato dell'assistenza e della cura.

1.6.1 Principi di centralità della persona, prossimità, complementarità e non sovrapposizione

La riforma si presenta particolarmente ricca di principi tesi alla riorganizzazione del sistema di servizi. Spiccano, tra gli altri il principio di centralità della persona e il principio di Prossimità.

Il principio di centralità della persona è desumibile laddove la persona disabile non è più portatrice di esclusivi diritti ad ottenere delle prestazioni socio-sanitarie ma le viene riconosciuto un insieme di diritti civili e sociali tesi alla piena inclusione nella società, quali la rimozione degli ostacoli (eliminazione delle barriere fisiche, sociali e culturali, coerentemente con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità), la possibilità di accedere ad un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, che traduce concretamente la centralità della persona in misure operative, il riconoscimento di un accesso ai diritti e ai servizi su una base di uguaglianza con gli altri cittadini, evitando discriminazioni e assicurando l'effettivo esercizio dei diritti.

Il principio di prossimità, indirizzato all'organizzazione dei servizi offerti, prevede che i servizi e i sostegni devono essere vicini alla persona, sia in senso geografico (cioè nel territorio in cui vive), sia in senso relazionale (all'interno della sua rete sociale, familiare e comunitaria). Questo implica un modello che superi la frammentazione dei servizi e che preveda un coordinamento integrato tra enti, per offrire interventi e sostegni in modo personalizzato e vicino alla persona, favorendo una vita autonoma e inclusiva.

Lo scopo è evitare l'isolamento e favorire la vita indipendente nel proprio ambiente di riferimento, senza dover ricorrere a soluzioni istituzionalizzanti o lontane dal contesto di vita ordinario. In quest'ottica si valorizza la comunità locale come risorsa attiva: la scuola, i servizi sociali e sanitari, il vicinato, le associazioni, il volontariato e gli enti del Terzo settore possono diventare parte del sistema di sostegno nel quadro di un Progetto di Vita .

Il principio di complementarietà stabilisce che le prestazioni e i servizi (ad esempio quelli finanziati con le risorse del FNA) non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari¹⁶. Il perseguimento degli obiettivi di servizio richiede un impiego complementare e sinergico di tutte le risorse disponibili.

16 il Principio di Complementarietà non è una novità essendo stato introdotto dall'art. 1, comma 2 del D.M. 26 settembre 2016. E' stato poi richiamato integralmente dal D.P.C.M 3 ottobre 2022 al capitolo 6.2 del PNNA 2022-2024.

Tabella 1

Principi guida (Legge n. 227/2021)	Attuazione nel D.Lgs. n. 62/2024	Riferimenti normativi principali
1. Centralità della persona La persona con disabilità è titolare di diritti e protagonista del proprio progetto di vita.	Il decreto pone la persona “al centro” di ogni valutazione e decisione, valorizzando la sua partecipazione attiva.	Art. 1, comma 1, D.Lgs. 62/2024
2. Riconoscimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali In conformità con la Convenzione ONU del 2006.	Tutti gli interventi devono rispettare la dignità e i diritti fondamentali della persona.	Art. 1, comma 2
3. Progetto di vita personalizzato e partecipato Strumento unitario per integrare servizi e sostegni.	Introduzione del “Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”, redatto con la persona stessa.	Artt. 18–20
4. Approccio multidimensionale alla disabilità Valutazione che considera salute, ambiente, relazioni, autonomia.	Ispirazione al modello ICF (OMS) per la valutazione multidimensionale e integrata.	Artt. 12
5. Integrazione e coordinamento tra sistemi (sanitario, sociale, educativo, lavorativo)	Attuato tramite il principio di complementarità e integrazione tra amministrazioni e servizi pubblici.	Art. 2, lett. f) e art. 20
6. Semplificazione e unificazione delle procedure di accertamento	Avvio del procedimento unico di valutazione di base, che sostituisce le precedenti commissioni separate (INPS, ASL, ecc.).	Artt. 5-9
7. Autonomia e vita indipendente	Il progetto di vita deve promuovere la massima autonomia possibile e la partecipazione sociale.	Art. 3, lett. b)
8. Non discriminazione e pari opportunità	Previsione di accomodamenti ragionevoli e contrasto a ogni forma di discriminazione.	Art. 17
9. Continuità e unitarietà del percorso di vita	Le amministrazioni garantiscono la continuità dei sostegni anche in caso di cambi di residenza o condizioni.	Art. 20
10. Coinvolgimento della comunità e della famiglia	Rafforzato il ruolo della rete sociale e territoriale nel sostegno alla persona con disabilità.	Art. 3, lett. e)

I LEPS di erogazione (o Obiettivi di Servizio per la platea delle persone con disabilità - PD), cui la Regione si conforma, sono quelli individuati dalla Legge n. 234/2021, articolo 1, comma 162 lettere a),b) e c):

- ♦ Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, lettera a);
- ♦ Servizi sociali di sollievo, lettera b);
- ♦ Servizi sociali di supporto (inclusa la messa a disposizione di strumenti per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari e l'assistenza gestionale/legale alle famiglie), lettera c).

L'integrazione tra ATS e Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - ASL è garantita attraverso l'adozione di un Accordo di Programma Interistituzionale, un'intesa formale volta a regolare la collaborazione organizzativa e il raggiungimento di obiettivi condivisi e disciplina l'attuazione del Percorso assistenziale integrato (LEPS di processo), garantendo una presa in carico globale, coordinata e uniforme dei bisogni delle persone non autosufficienti o con disabilità.

Tali accordi si pongono in linea di continuità con quelli già siglati in attuazione del precedente Piano ed integrabili con gli elementi che rafforzano le "misure finalizzate alla prevenzione dell'istituzionalizzazione".

Si richiama in tal senso l'allineamento del capitolo 6.1 Percorsi assistenziali condivisi tra ASL, comuni e servizi sociali del Piano Socio-Sanitario regionale : *“Per affrontare in modo efficace la crescente complessità dei bisogni sociosanitari della popolazione, è indispensabile superare l'attuale frammentazione tra servizi, promuovendo percorsi integrati e condivisi di cura e assistenza, centrati sulla persona e sul suo progetto di vita. Attraverso il presente Piano si favorisce la definizione e l'adozione di protocolli operativi territoriali tra ASL, comuni, enti gestori e terzo settore per:*

a) semplificare l'accesso ai servizi, attraverso la realizzazione di sportelli unici, Punti unici di accesso (PUA) e punti di contatto territoriali integrati, anche digitali;

b) garantire una valutazione multidimensionale unificata del bisogno, come base per l'elaborazione di progetti personalizzati di presa in carico;

c) attivare percorsi di accompagnamento nei passaggi critici del ciclo di vita, come la dimissione ospedaliera, la perdita dell'autonomia, l'insorgenza di una cronicità complessa o le emergenze sociali;

d) definire ruoli, responsabilità e tempi certi nella presa in carico condivisa, attraverso strumenti di coordinamento inter-istituzionale e governance integrata. Un'attenzione particolare dovrà essere rivolta allo sviluppo dei Budget di Salute, come strumento per realizzare progetti individualizzati e co-progettati, che mettano in rete risorse pubbliche, private e familiari, con l'obiettivo di garantire interventi flessibili, personalizzati e orientati alla qualità della vita e all'inclusione sociale¹⁷”.

17 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 6.1, pag. 111

1.6.2 Principali novità introdotte

La riforma, per quanto attiene l'area della disabilità, ha introdotto nuovi principi fondamentali anche per la definizione del quadro programmatico regionale:

- Principi e finalità degli interventi

L'obiettivo primario della Legge delega n. 227/2021 era garantire alla persona con disabilità il riconoscimento della propria condizione attraverso una valutazione congruente e trasparente, che permetta il pieno esercizio dei diritti civili e sociali, compresi il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa.

- Riforma del linguaggio

la riforma introduce una nuova terminologia, coerente con l'approccio bio-psico-sociale della CRPD e della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). La "condizione di disabilità", infatti, è definita come una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri.

Anche la terminologia ha subito importanti modifiche, termini come *"handicap"* sono sostituiti da *"condizione di disabilità"*; espressioni *"con connotazione di gravità"* o *"in situazione di gravità"* sono sostituite da *"con necessità di sostegno elevato o molto elevato"*, infine l'espressione *"disabile grave"* è sostituita da *"persona con necessità di sostegno intensivo"*

- Definizione di due livelli valutativi

un livello base e uno multidimensionale articolato in una valutazione multidimensionale e una valutazione multidimensionale per la predisposizione del Progetto di vita.

- Accomodamento Ragionevole

L'Accomodamento Ragionevole, derivato e in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), è un nuovo strumento giuridico/procedurale che individua le misure e gli adattamenti necessari, pertinenti, appropriati e adeguati, che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato.

- Prestazione Universale

la Prestazione universale è una misura assistenziale istituita in via sperimentale per le annualità 2025 e 2026 mirata a potenziare l'autonomia delle persone anziane non autosufficienti.

È destinata a soggetti di almeno 80 anni con bisogno assistenziale gravissimo e ISEE

sociosanitario non superiore a € 6.000,00; viene erogata come trasferimento monetario e servizi, includendo l'indennità di accompagnamento e un assegno integrativo di € 850,00 mensili. Questa quota integrativa è specificamente finalizzata a remunerare lavoratori di cura o acquistare servizi di assistenza qualificati. Questa prestazione è gestita dall'INPS e non dagli Ambiti Territoriali Sociali.

- Previsione di due Piani Nazionali triennali separati

la Legge n. 33/2023 e il relativo D.Lgs. n. 29/2024 hanno stabilito che l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza della popolazione anziana (generalmente sopra i 70 anni) saranno oggetto di un Piano Nazionale separato, ciò rende il presente PNNA 2025-2027 e il conseguente PRNA regionale articolati per la platea dei beneficiari (persone con disabilità e persone anziane).

- Risorse finanziarie

a differenza della pianificazione dei servizi, per le risorse finanziarie, il legislatore ha preferito mantenere un unico contenitore, il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA), pur delimitando alcuni utilizzi vincolati.

Il FNA appare oggi suddiviso in quattro sezioni a) quota LEPS (anziani), b) quota (PUA), c) quota Vita Indipendente, d) quota Indistinta (anziani e persone con disabilità).

Le risorse nazionali complessive del FNA per il triennio sono:

2025 : 919.755.000,00 euro

2026 : 934.570.000,00 euro

2027 : 1.108.470.00,00 euro

- I nuovi indicatori di riparto

Sono stati inoltre introdotti, su richiesta della Commissione Tecnica per i fabbisogni standard (CTFS) del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), nuovi criteri di ripartizione nazionale tra le regioni per cui il nuovo ventaglio di indicatori nazionali è rappresentato:

- ❖ per la quota LEPS (250 mln) dal 70% della popolazione over 70 anni e per il 30% dal numero delle indennità di accompagnamento over 70 riconosciute nella regione;
- ❖ per la quota Indistinta (restante parte escluse quota PUA e quota Vita Indipendente) per l'80% popolazione over 75, per il 10% dal numero delle indennità di accompagnamento riconosciute nella regione, per il 10% dal numero di certificazioni di gravità di cui all'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992.

Tabella 2

Tabella 1 Quota indistinta per il triennio 2025-2027						
Regioni	Popolazione residente (75+)	Popolazione con indennità di accompagnamento	Popolazione con certificazione art. 3, comma 3, della legge 104/1992	Importo quota indistinta*		
				2025	2026	2027
	%	%	%	Euro	Euro	Euro
Abruzzo	2,2742	2,2687	1,8342	13.491.947	13.822.269	17.699.631
Basilicata	0,9147	1,0604	0,9244	5.629.022	5.766.837	7.384.524
Calabria	2,9329	5,1450	3,2857	19.299.477	19.771.985	25.318.335
Campania	7,5906	12,0650	8,801	49.371.817	50.580.585	64.769.225
Emilia-Romagna	8,0303	5,5815	7,4208	46.741.927	47.886.307	61.319.160
Friuli-Venezia Giulia	2,4191	1,6683	2,0465	13.958.551	14.300.297	18.311.753
Lazio	9,4066	11,5244	12,6604	60.171.183	61.644.351	78.936.550
Liguria	3,3013	2,2317	2,4876	18.837.048	19.298.235	24.711.690
Lombardia	17,0473	13,5557	16,5309	100.730.468	103.196.647	132.144.911
Marche	2,8112	2,7447	2,6305	16.861.408	17.274.226	22.119.914
Molise	0,5351	0,5424	0,4606	3.197.307	3.275.586	4.194.439
Piemonte	8,2414	5,1753	6,2354	46.800.744	47.946.564	61.396.320
Puglia	6,5305	9,9432	7,5959	42.226.801	43.260.637	55.395.918
Sardegna	2,8795	3,8044	3,8832	18.591.311	19.046.481	24.389.315
Sicilia	7,4727	8,9671	7,984	46.432.108	47.568.903	60.912.719
Toscana	7,1869	4,9489	4,8777	40.737.431	41.734.804	53.442.065
Umbria	1,7029	2,2742	2,4014	11.072.878	11.343.975	14.526.136
Valle d'Aosta	0,2206	0,1463	0,1324	1.236.553	1.266.827	1.622.192
Veneto	8,5022	6,3528	7,8074	49.727.019	50.944.484	65.235.203
Totale	100,0000	100,0000	100,0000	605.115.000	619.930.000	793.830.000

*La quota indistinta è ripartita per l'80% in base alla popolazione over 75 (fonte ISTAT), per il 10% in base alle indennità di accompagnamento (fonte INPS) e per il 10% in base alle certificazioni rilasciate ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992 (fonte INPS) [Fonte DPCM 20 Aprile 2026]

L'utilizzo dei due indicatori del numero delle indennità di accompagnamento riconosciute nella regione e del numero di certificazioni di gravità di cui all'art. 3, comma 3 della Legge

104/1992 ha penalizzato alcune realtà regionali. In particolare in Piemonte, dove il riconoscimento di queste situazioni di fragilità risulta essere il più basso a livello nazionale senza una chiara causa epidemiologica locale, la penalizzazione è risultata particolarmente significativa.

Bisogna, però, tener conto che questi indicatori hanno frenato in questo triennio l'accesso alle maggiori risorse concesse dal livello nazionale e, se non cambiano la loro dinamica o peggio si accentua il distacco con le regioni maggiormente performanti, la regione e di conseguenza i servizi perderanno ulteriori risorse.

Per l'anno 2025 lo Stato ha garantito il ripiano della perdita attingendo alle risorse accantonate e non utilizzate per l'approvazione della proposta di legge caregiver, per l'anno 2026, ovviamente questa copertura dipenderà dall'andamento dell'iter di approvazione della proposta di legge.

Sempre per l'anno 2025, non per gli anni successivi, sono state assegnate ulteriori risorse aggiuntive, provenienti sempre dall'accantonamento per l'approvazione della proposta di legge caregiver, per complessivi euro 46.813.407,00 di cui la quota regionale è pari ad euro 3.407.290,00.

L'adozione del Piano Nazionale nel corso del 2026 ha comportato che, sul territorio, l'erogazione delle prestazioni continuasse a seguire la programmazione precedente, al fine di garantire la continuità assistenziale. I tempi di adozione non hanno infatti consentito un immediato allineamento operativo con le nuove disposizioni, determinando la prosecuzione delle attività secondo gli indirizzi e le modalità già vigenti fino all'adozione del Programma regionale.

In merito alla proroga dei criteri del precedente Piano per l'annualità 2025, il PNNA 2025-2027 precisa che *“Per l'annualità 2025, al fine di garantire la continuità assistenziale, vengono utilizzati gli stessi criteri di destinazione delle risorse riferiti all'annualità 2024”*¹⁸.

Nella redazione del presente Programma, la Regione ha garantito la valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

¹⁸ PNNA 2025-2027, pag. 51. Disposizione di non immediata attuazione tenuto conto della modifica dei criteri di assegnazione sulla base delle richieste provenienti dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard (CTFS) del Ministero degli Interni.

Sezione II - Il contesto nazionale e piemontese, i dati su una possibile lettura della disabilità

2.1 Il contesto nazionale: gli indicatori nazionali della disabilità nel nuovo PNNA

Con l'adozione della legge delega 227/2021 e del successivo D.Lgs. 62/2024 l'Italia ha definitivamente delineato una specifica normativa della disabilità in ambito di servizi socio sanitari, fino a ieri associati a quelli per la popolazione anziana non autosufficiente sotto l'unico cappello della "Non Autosufficienza".

Il nuovo modello normativo prevede due percorsi paralleli, il primo dedicato alle persone con disabilità, il secondo per le persone anziane non autosufficienti. I due percorsi appaiono sovente ancora intersecati a partire dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) riguardo al quale, con non poche difficoltà, si è pervenuti all'individuazione del criterio di riparto delle risorse tra le regioni e tra le due aree di servizi.

La riforma della disabilità sconta, a monte, una certa carenza di dati del fenomeno di cui appare ancora imprecisa la lettura statistica e dei servizi effettivamente dedicati nello specifico quadro della non autosufficienza e dei correlati servizi socio-sanitari ad essa dedicati.

Le due fonti principali l'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) e l'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) utilizzano metriche differenti per leggere la disabilità. Il primo tende a misurare la prevalenza della disabilità attraverso le "limitazioni gravi"¹⁹ o le difficoltà nello svolgimento delle attività abituali che non corrispondono ad un effettivo stato di non autosufficienza collegabile ai requisiti per beneficiare dei servizi previsti dal PNNA 2025-2027 ed esclude le persone ricoverate in RSA.

Dai dati ISTAT la disabilità avrebbe una consistenza nazionale del 21,2% che, ribaltato a livello piemontese, significherebbe circa 914.000 persone con disabilità, ma è una stima molto "di massima" per quanto detto prima e perché comprende anche le persone anziane non autosufficienti.

19 L'ISTAT ricava questo dato dall'indagine "Aspetti della vita quotidiana", in particolare dal quesito: "A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni, che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che le persone abitualmente svolgono?", cfr. anche "conoscere il mondo della disabilità", nota 4 a pag. 10.

Tabella 3

Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte Anno 2023.	Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte	Persone per gravità delle limitazioni nelle attività abitualmente svolte Anno 2023.
Gravità delle limitazioni		
Limitazioni gravi	2.904.000	5,00%
Limitazioni non gravi	9.487.000	16,20%
Senza limitazioni	41.304.000	70.5%
Non indicato	4.854.000	8,30%
Totale	58.548.000	100%

Fonte Istat - "Disabilità in cifre" all'indirizzo web: [https://disabilitaincifre.istat.it/MD/dawinciMD.jsp?a1=u2i4W000GaG&a2=&n=\\$\\$\\$\\$&o=5K&v=1V70926R09OG0000000&p=0&sp=null&l=0&exp=0](https://disabilitaincifre.istat.it/MD/dawinciMD.jsp?a1=u2i4W000GaG&a2=&n=$$$$&o=5K&v=1V70926R09OG0000000&p=0&sp=null&l=0&exp=0), consultabile solo con browser Mozilla FireFox

L'INPS è significativamente chiamato in causa nel processo di riforma, principalmente nel contesto della valutazione amministrativa e medico-legale della condizione di disabilità e non autosufficienza, con l'obiettivo di garantire l'accesso a prestazioni, sostegni e servizi. Il ruolo dell'istituto è strettamente legato al procedimento valutativo di base (c.d. valutazione di base) che, a regime (dal 1° gennaio 2027, o sperimentalmente in alcune province dal 2025 e 2026), è affidato in via esclusiva all'INPS.

Non a caso, una delle prestazioni erogate dall'istituto (il numero delle indennità di accompagnamento riconosciute) è diventata parametro per la ripartizione delle risorse del FNA. La tabella 4 fotografa l'andamento sulla base della suddivisione regionale ed è quella che è servita in sede di ripartizione.

Tabella 4

Datawarehouse: Pensioni vigenti - Prestazioni agli invalidi civili					
Indennità di accompagnamento degli invalidi civili totali vigenti al 2025 per la classe di età					
Regione	0-64	65-69	0-69	Over 69	TOTALE
ABRUZZO	10.608	2.024	12.632	32.996	45.628
BASILICATA	4.308	925	5.233	16.093	21.326
CALABRIA	25.420	5.268	30.688	72.790	103.478
CAMPANIA	64.766	12.749	77.515	165.139	242.654
EMILIA ROMAGNA	23.690	3.921	27.611	84.645	112.256
FRIULI VENEZIA GIULIA	5.898	1.121	7.019	26.535	33.554
LAZIO	57.198	11.106	68.304	163.478	231.782
LIGURIA	9.349	1.597	10.946	33.939	44.885
LOMBARDIA	62.252	9.425	71.677	200.959	272.636
MARCHE	9.914	1.810	11.724	43.477	55.201
MOLISE	2.319	532	2.851	8.057	10.908
PIEMONTE	22.968	3.620	26.588	77.499	104.087
PUGLIA	45.491	9.788	55.279	144.701	199.980
SARDEGNA	20.312	4.305	24.617	51.898	76.515
SICILIA	51.587	9.061	60.648	119.701	180.349
TOSCANA	20.815	3.680	24.495	75.038	99.533
UMBRIA	7.896	1.859	9.755	35.985	45.740
VALLE D'AOSTA	0	0	735	2.208	2.943
VENETO	26.297	4.513	30.810	96.959	127.769
TOTALE	471.088	87.304	559.127	1.452.097	2.011.224

23,42%

27,80%

72,20%

Fonte PNNA

Nonostante questi progressi, emergono ancora disuguaglianze territoriali e settoriali, con alcune aree che offrono servizi più accessibili e integrati rispetto ad altre. È fondamentale un impegno continuo per garantire pari opportunità e inclusione a tutte le persone con disabilità in Piemonte.

2.2 Il contesto piemontese

Il Piemonte registra da oltre due decenni un costante e significativo calo demografico che la tabella 5 illustra per il periodo 2020-2023; questo fenomeno non è neutrale rispetto alle politiche sociali che la Regione intende o può attuare in favore delle persone con disabilità.

Tabella 5

Provincia	Popolazione Residente (2023)	Variazione Pop. (2020-2023, %)	Tasso Crescita Totale (2022, per 1000 res.)
Alessandria	405.701	-2,8	-3,8
Asti	207.446	-2,2	-4
Biella	168.823	-3,1	-7,1

Cuneo	579.948	-1,1	-0,4
Novara	361.394	-1	-1,4
Torino	2.198.237	-1,5	-4,6
Verbano-Cusio-Ossola	153.682	-1,7	-3,7
Vercelli	165.505	-2,3	-3,5
PIEMONTE	4.240.736	-1,6	-3,7

Fonte : Istat, *Il benessere equo e sostenibile dei territori*, tab. 4.3 pag 42.

I principali effetti possono riassumersi in:

❖ **Maggiore pressione sui servizi territoriali e aumento della domanda di assistenza**

Con l'incremento della quota di popolazione anziana e il contestuale calo demografico, cresce la domanda di interventi sociosanitari e di assistenza per persone con bisogni complessi (incluse molte persone anziane con disabilità). Questo tende a concentrare richieste su servizi domiciliari, riabilitativi e di lungo periodo. e impone vincoli sulle risorse finanziarie e maggiore competizione tra bisogni.

Una base demografica e occupazionale più ridotta, infatti, riduce la capacità contributiva locale e rende più stringenti le scelte di allocazione delle risorse (fra anziani non autosufficienti, persone con disabilità e altre fasce fragili). Di conseguenza, le politiche devono bilanciare sostenibilità finanziaria e tutela dei diritti.

❖ **Rischio di disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi**

Il calo demografico non è uniforme: alcune aree «si svuotano» più di altre. Questo comporta una maggiore probabilità di riduzione dell'offerta (ad esempio trasporti pubblici, centri diurni, professionisti specializzati) nelle zone meno popolate, con conseguente aumento del rischio di esclusione per le persone con disabilità che vivono fuori dai poli urbani.

❖ **Carenza di professionalità e necessità di ripensare la formazione degli operatori**

L'aumento dei bisogni insieme alla possibile riduzione del personale disponibile porta a una carenza di figure professionali specializzate (operatori socio-sanitari, [educatori](#), assistenti familiari, [ecc](#)). Ciò richiede politiche formative e piani di reclutamento mirati.

❖ **Spinta verso modelli che privilegiano autonomia, tecnologie assistive e integrazione sociosanitaria**

Per rispondere a esigenze crescenti con risorse limitate, la strategia suggerita dai documenti di programmazione nazionale è di orientare gli interventi su servizi domiciliari e integrazione fra sociale e sanitario (modelli che favoriscano autonomia e inclusione piuttosto che esclusivamente la residenzialità).

La lettura del Piemonte, anche in un confronto generalizzato con le altre regioni europee, mostra lati chiaro-scuri ancora poco assimilati dagli interventi di programmazione locale. Il Piemonte si colloca in una posizione di benessere complessivamente superiore alla media italiana, ma con performance leggermente inferiori rispetto alla ripartizione del Nord-ovest. L'analisi del suo posizionamento rispetto alle altre regioni europee (UE27) evidenzia punti di forza netti in termini di longevità e partecipazione civica, ma anche significativi ritardi in ambiti chiave come l'istruzione e la formazione.

Di seguito è presentata una descrizione della posizione del Piemonte nel contesto europeo, basata su indicatori confrontabili (Bes).

2.2.1 Posizionamento della Regione Piemonte nel contesto UE27

Nell'indagine europea del Benessere Equo e Sostenibile (Bes) il Piemonte riscontra alcuni indicatori relativi alla salute tra i più positivi, tre indicatori, infatti, registrano risultati migliori della media UE27:

Tabella 6

Dominio	Indicatore (Anno)	Valore Piemonte	Media UE27 / Riferimento	Ranking sulle regioni UE
Salute	Speranza di vita alla nascita (2021)	82,8 anni	80,1 anni	43° su 234
Salute	Mortalità infantile (2021)	1,8 per 1.000 nati	3,2 per 1.000 nati	19° su 234 (Ottimo)
Politica	Partecipazione elettorale (2019)	64,70%	50,70%	30° su 226 (Ottimo)

Fonte : Istat, *Il benessere equo e sostenibile dei territori*, elaborazione su figura 3.1 pag 38.

2.3 L'assetto organizzativo dei servizi in Piemonte e il confronto con i principali attori della rete dei servizi sociali per la redazione del PRNA

Il Piemonte presenta una configurazione istituzionale peculiare nell'organizzazione della componente pubblica della rete dei servizi socio-sanitari. Accanto alle 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL) operano 46 Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, costituiti da aggregazioni di Comuni nelle forme giuridiche di consorzi, Unioni montane di comuni, convenzioni intercomunali e, in alcuni casi di Comuni capoluogo di provincia, mediante gestione diretta in forma singola. Nel caso del comune capoluogo di Regione l'Ente Gestore/ATS coincide con una sola Azienda Sanitaria suddivisa in quattro distretti sanitari.

Tale articolazione non coincide con la ripartizione territoriale delle ASL e risulta caratterizzata da una duplice dinamicità: nonostante i significativi interventi regionali volti al

consolidamento dell'assetto istituzionale, si registrano modifiche nella composizione comunale dei singoli Enti Gestori (con fenomeni di distacco e ricomposizione) che possono riverberare effetti diretti sulla numerosità e conformità degli Ambiti Territoriali Sociali.

I 46 Enti Gestori costituiscono, a loro volta, 40 Ambiti Territoriali Sociali (ATS), privi di personalità giuridica propria e derivanti dalla personalità giuridica dell'Ente Gestore di riferimento. In quattro casi si registrano forme di aggregazione tra più Enti Gestori per la costituzione di un unico Ambito nel quale un ente Gestore acquisisce la rappresentanza unica ai sensi dell'art. 83 della L.R. 9/2025.

La variabilità si manifesta quindi su due piani: da un lato i mutamenti nella composizione comunale degli Enti Gestori; dall'altro le modifiche nella composizione degli ATS dovute al distacco o all'aggregazione di interi Enti Gestori e/o di un numero consistente di comuni. Tale instabilità a più livelli si riflette inevitabilmente sulla programmazione e sulla rendicontazione degli interventi sociali.

2.3.1 La rete dei Punti Unici di Accesso - PUA

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 ha costituito un severo banco di prova per l'avvio della realizzazione di uno dei cardini del processo di riforma dei servizi integrati dedicati alla non autosufficienza: i Punti Unici di Accesso (PUA).

Il Piano prevedeva l'assegnazione di risorse per il rafforzamento del personale sociale (assistenti sociali o educatori professionali) destinato ai PUA, mediante l'attribuzione di 40.000 euro per ambito nell'annualità 2022 (finalizzati all'assunzione di una unità di personale) e di 80.000 euro per ciascuna delle annualità 2023 e 2024 (consentendo, in linea teorica, una seconda assunzione per ambito).

Per la Regione Piemonte l'assegnazione delle risorse nazionali non ha coperto l'intero fabbisogno rappresentato dagli Ambiti Territoriali Sociali presenti sul territorio. La criticità è stata accentuata dalla significativa riconfigurazione dell'assetto degli ambiti intervenuta tra il 2022 e il 2023, che ha portato il numero degli ATS da 33 a 40.

L'assegnazione nazionale ha previsto:

- ♦ per l'annualità 2022: 39 quote a fronte di 33 ambiti effettivamente costituiti;
- ♦ per le annualità 2023 e 2024: 72 quote complessive a fronte di 40 ambiti.

I criteri di assegnazione nazionale, inoltre, non considerano elementi determinanti per l'effettiva accessibilità dei servizi:

- ♦ l'estensione territoriale degli ambiti, che può rendere necessaria l'attivazione di più punti di accesso per facilitare l'avvicinamento delle persone fragili alla

rete dei servizi, evitando che distanze eccessive costituiscano una barriera all'accesso;

- ♦ il peso demografico differenziato degli ambiti, che nella Regione Piemonte varia da circa 40.000 abitanti fino a 800.000 abitanti, con conseguenti differenze significative nel volume dei bisogni e nella complessità organizzativa richiesta.

In considerazione di tali difficoltà nell'individuazione di criteri oggettivi di ripartizione e delle complessità connesse alla possibilità di procedere in deroga alle disposizioni che regolano le assunzioni negli enti locali, la Giunta regionale ha provveduto con deliberazione n. 9-193 del 27 settembre 2024 alla ripartizione delle risorse disponibili sulla base dei seguenti criteri:

- per l'annualità di competenza 2022: è stata considerata quale base di riparto un numero di 39 ambiti, pari alle quote disponibili, assegnando una quota per l'assunzione di personale per ciascun ambito, ad eccezione dell'ambito demograficamente più piccolo sul quale non è prevista l'attivazione di una Casa di Comunità;
- per le annualità di competenza 2023 e 2024: sono state assegnate due quote per l'assunzione di personale a ciascuno dei 33 ambiti individuati tra quelli demograficamente più grandi e caratterizzati dal maggior numero di Case di Comunità previste; è stata assegnata una quota ai restanti ambiti demograficamente più piccoli o privi della previsione di attivazione di una Casa di Comunità.

Le assunzioni relativamente alle annualità 2022-2023 del personale sono sinteticamente rappresentate nella tabella 7.

Tabella 7

MONITORAGGIO CONTRATTI DI ASSUNZIONE PUA				
Denominazione Ambito Territoriale	SOGGETTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI	Ente Capofila	N. quote FNA	Quote utilizzate
ALESSANDRIA - VALENZA	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Ass.li dei Comuni dell'Alessandrino C.I.S.S.A.C.A - ALESSANDRIA	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Ass.li dei Comuni dell'Alessandrino C.I.S.S.A.C.A - Alessandria	2	2
TORTONA	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A. TORTONA	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A. Tortona	2	1
ACQUI TERME	Unione montana Suol D'Aleramo - PONTI	Unione Montana Suol D'Aleramo	1	1
CASALE MONFERRATO	ASL AL - Servizio Socio Assistenziale Distretto di CASALE MONFERRATO	Servizio Socio Assistenziale - Distretto di Casale Monferrato	2	1
CUNEO SUD OVEST	Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese - CUNEO	Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese - Cuneo	2	2
CUNEO NORD OVEST	Consorzio Monviso Solidale –	Consorzio Monviso Solidale -	2	1

& NORD EST	FOSSANO	Fossano		
CUNEO SUD EST	Consorzio per i Servizi Socio - Assistenziali del Monregalese C.S.S.M. - MONDOVI'	Unione Montana delle Valli Mongia e Cevetta Langa Cebana - Alta Valle Bormida	2	2
	UNIONE MONTANA DELLE VALLI MONGIA E CEVETTA LANGA CEBANA - ALTA VALLE BORMIDA			0
ALBA	Consorzio Socio Assistenziale Alba - Langhe-Roero	Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero	2	1
AREA NORD NOVARESE	Comuni convenzionati di ARONA	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S. Borgomanero	2	0
	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S. BORGOMANERO			2
NOVARA	Comune di NOVARA	Comune di Novara	2	1
AREA SUD NOVARESE	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi Socio Assistenziali dell'Ovest-Ticino - ROMENTINO	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi Socio Assistenziali dell'Ovest Ticino - Romentino	2	2
TORINO CITTA'	Comune di TORINO	Comune di Torino	2	2
AREA METROPOLITANA CENTRO	Consorzio Ovest Solidale - RIVOLI	Consorzio Ovest Solidale - Rivoli	2	1
VALLE DI SUSÀ - VAL SANGONE	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale "Valle di Susa - Valsangone" Con.I.S.A. - SUSÀ	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale "Valle di Susa - Valsangone" Con.I.S.A.	2	2
AREA METROPOLITANA NORD	C.I.S.S.A. Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Assistenziali PIANEZZA	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Assistenziali Pianezza	2	1
AREA METROPOLITANA SUD	Consorzio Intercomunale di Servizi C.I. di S. ORBASSANO	Consorzio Intercomunale di Servizi C.I. di S. Orbassano	2	1
PINEROLESE	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. PINEROLO	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. Pinerolo	2	1
CIRIÈ - LANZO	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio – Assistenziali C.I.S. CIRIÈ	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio – Assistenziali C.I.S. Ciriè	2	1
SETTIMO TORINESE	Unione dei Comuni Nord Est Torino SETTIMO TORINESE	Unione dei Comuni Nord Est Torino Settimo Torinese	2	1
CALUSO	Consorzio Intercomunale Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S.-A.C. CALUSO	Consorzio Intercomunale Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S.A.C. CALUSO	1	1
IVREA	Consorzio Servizi Sociali (Interventi e Relazioni Territoriali) IN.RE.TE.	Consorzio Servizi Sociali (Interventi e Relazioni Territoriali) IN.RE.TE.	2	2
CUORGNE'	Consorzio Intercomunale dei	Consorzio Intercomunale dei	2	2

	Servizi Socio - Ass.li C.I.S.S.38 CUORGNE'	Servizi Socio - Ass.li C.I.S.S.38 CUORGNE'		
CHIERI	Consorzio Servizi Socio - Assistenziali del Chierese - CHIERI	Consorzio Servizi Socio - Assistenziali del Chierese	2	2
CARMAGNOLA	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A. 31 CARMAGNOLA	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A. 31 Carmagnola	1	1
NICHELINO	Consorzio Intercomunale Socio- Assistenziale C.I.S.A. NICHELINO	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale C.I.S.A. Nichelino	2	1
MONCALIERI	Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello, La Loggia - MONCALIERI	Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello, La Loggia	2	1
VCO	Consorzio dei Servizi Sociali del Verbania - C.S.S.V. VERBANIA	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Assistenziali Cusio Omegna	2	0
	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Assistenziali Cusio OMEGNA			0
	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. OSSOLA - DOMODOSSOLA			0
VERCELLI	Comuni convenzionati c/o VERCELLI	Comune di Vercelli	2	2
NOVI LIGURE	Consorzio Intercomunale del Novese dei Servizi alla Persona - C.S.P. del Novese - NOVI LIGURE	Consorzio Intercomunale del Novese dei Servizi alla Persona - C.S.P. del Novese - Novi Ligure	2	2
OVADA	Consorzio Servizi Sociali Ovadese - C.S.S. Ovadese - OVADA	Consorzio Servizi Sociali Ovadese - C.S.S. Ovadese - Ovada	1	1
ASTI CENTRO	Comune di ASTI	Comune di ASTI	2	1
ASTI NORD	Consorzio per la Gestione dei Servizi Socio - Assistenziali CO.GE.SA. - ASTI	Consorzio per la Gestione dei Servizi Socio - Assistenziali CO.GE.SA. - ASTI	2	2
ASTI SUD	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale Asti Sud C.I.S.A - NIZZA MONFERRATO	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale Asti Sud C.I.S.A - NIZZA MONFERRATO	2	1
BIELLA IRIS	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio – Ass.li I.R.I.S. BIELLA	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio – Ass.li I.R.I.S. BIELLA	2	1
COSSATO	Consorzio Intercomunale dei Servizi S.A. del Biellese Orientale CISSABO COSSATO	Consorzio Intercomunale dei Servizi S.A. del Biellese Orientale CISSABO Cossato	2	0
NORD TICINO	C.I.S.A.S. Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali CASTELLETTO SOPRA TICINO	C.I.S.A.S. Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali Castelletto Sopra Ticino	1	1
GASSINO	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A	Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A	1	1

	GASSINO TORINESE	GASSINO TORINESE		
CHIVASSO	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. CHIVASSO	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. Chivasso	2	0
ORIZZONTI NORD-EST- O.N.E	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi di Assistenza Sociale C.I.S.A.S. SANTHIA'	Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale C.A.S.A. Gattinara	2	1
	Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale C.A.S.A. GATTINARA			1
	Unione Montana dei Comuni della Valsesia - VARALLO			0
		TOTALE	72	50

Il triennio del presente Programma regionale, in considerazione di questi aspetti, è indirizzato all'implementazione della rete dei PUA non solo dal punto di vista numerico ma, soprattutto, nell'assunzione delle funzioni socio-sanitarie assegnate dalla normativa nazionale. In particolare il PNNA 2025-2027 assegna *“Nel back-office del PUA l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), in presenza di situazioni complesse, procede alla predisposizione del Progetto assistenziale integrato (PAI), ovvero, laddove necessario, del Progetto personalizzato (PP). [...]”*²⁰

Le Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UMVD) devono essere collocate almeno nelle Case di Comunità hub a stretto contatto con gli uffici del PUA, al fine di garantire il miglior coordinamento ed una facile individuazione da parte del cittadino della Casa di Comunità come luogo deputato all'integrazione socio-assistenziale.

Elemento essenziale ai fini di questa implementazione, sarà l'adozione a livello statale del decreto del Ministero della salute con la quale saranno *“definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e basato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021”, nonché “le linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali, di telemedicina e di supporto tecnologico alla cura, in coerenza con la normativa vigente e con la «Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari di base e integrate, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178»”*²¹

L'adozione del predetto decreto, infatti, risulta strategica in quanto la sua emanazione da parte del Ministero della Salute impegna direttamente anche la sanità regionale a dare concreta attuazione alle due riforme della disabilità e della non autosufficienza.

I Punti Unici di Accesso (PUA) garantiscono l'accesso anche alle persone sorde e/o con

20 PNNA 2025-2027, pag. 30

21 Le due disposizioni sono previste dal comma 7 dell'art. 27 e dal comma 3 dell'art. 29 del D.Lgs. 29/2024

disabilità uditiva, favorendo l'utilizzo della LIS (Lingua Italiana dei Segni) ove necessario e assicurando che tutte le soluzioni e tecnologie assistive già in uso dagli utenti – come apparecchi acustici e impianti cocleari – possano essere sfruttate appieno, favorendo l'utilizzo di soluzioni e tecnologie assistive già disponibili – come sistemi bluetooth/wireless e software di traduzione automatica, in modo da garantire effettiva accessibilità e inclusione a tutta l'utenza con deficit uditivo.

2.3.2 La costruzione del Programma Regionale per la Non Autosufficienza (PRNA) 2025-2027

Sulla base delle particolarità organizzative e del contesto sociale descritto, il PRNA è stato redatto a seguito di un confronto con gli Ambiti Territoriali Sociali e con le parti sociali rappresentate nel coordinamento di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 2 dicembre 2024, n. 5-439 *“Istituzione del Tavolo unico sul tema della disabilità in attuazione dell'art. 12 della L.R. 32/2023 e dell'art. 13 della L.R. n. 3/2019 ed approvazione criteri per l'individuazione delle associazioni rappresentative a livello regionale a garanzia di una maggior rappresentanza delle persone con disabilità”*.

La documentazione relativa agli incontri di confronto con gli uffici regionali, unitamente alle osservazioni emerse, è conservata agli atti della Direzione regionale Welfare che ha curato il coordinamento dei lavori preparatori.

2.4 La governance istituzionale locale: riparto delle competenze e strumenti di integrazione

2.4.1 Il sistema multilivello e il quadro di riferimento nazionale

Il sistema di governance per l'attuazione del presente Programma si iscrive nell'architettura multilivello definita dal PNNA 2025-2027 (Cap. 3), che assegna a ciascun livello istituzionale — statale, regionale e locale — competenze specifiche e distinte, da esercitarsi in modo coordinato e complementare.

A livello nazionale, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali esercita le funzioni di programmazione strategica, definizione degli obiettivi di servizio, ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) e monitoraggio dei risultati tramite il SIOSS. Il Ministero della salute e il Ministro per le disabilità concorrono alla definizione degli standard organizzativi dei servizi territoriali e al coordinamento della fase di sperimentazione avviata dal D.Lgs. n. 62/2024.

A livello regionale, la Regione Piemonte esercita le funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica degli interventi sociali, in conformità all'art. 8 della Legge n. 328/2000, garantendo l'adeguamento dell'offerta integrata alle esigenze delle comunità locali. In tale quadro, il presente Programma costituisce lo strumento attraverso cui la

Regione definisce indirizzi, obiettivi e criteri operativi vincolanti per gli Ambiti Territoriali Sociali e le Aziende Sanitarie Locali.

L'attuale Piano Socio-Sanitario regionale riprende puntualmente tale principio: *“A seguito del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 (Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato), le politiche per le persone con disabilità sono poste al centro delle attività delle Aziende sanitarie locali e degli ATS, in particolare per la costruzione del progetto di vita all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinare²²”*.

Cita inoltre al capitolo 14.4.1 tra le priorità di intervento: *“f) nell'ambito della programmazione concordata tra ASL e ATS, in attuazione dell'articolo 21 comma 4 dei LEA del 2017, privilegiare gli interventi che favoriscano la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio attraverso un insieme di prestazioni di lungoassistenza che comprendano servizi congiuntamente resi da ASL ed E.G. delle funzioni socio assistenziali (“con risorse formali e informali”) quali, ad esempio, titoli per l'acquisto di servizi, assistenti familiari, contributi ai familiari e rimborsi per affidatari e volontari, incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito dell'assistenza familiare; g) promuovere lo strumento del budget di salute, per la piena integrazione di tutte le risorse sanitarie e sociali finalizzate alla cura della persona non autosufficiente, nell'ottica della personalizzazione e della flessibilità degli interventi²³”*

A livello locale, gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i Distretti sanitari delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono i soggetti titolari della presa in carico integrata delle persone con disabilità non autosufficienti. Essi operano in modo sinergico nell'ambito della rete dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

In coerenza con il principio di sussidiarietà orizzontale e per dare piena attuazione alle riforme, la Regione promuove l'applicazione degli istituti dell'amministrazione condivisa previsti dagli artt. 55 e 56 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) come forma di collaborazione anche nella realizzazione delle attività collegate al presente Programma Regionale.

2.4.2 Il riparto di competenze tra ATS e Distretto sanitario

La Regione Piemonte, con il Piano Socio Sanitario 2025-2030, ha avviato, un processo di rafforzamento della governance socio-sanitaria con l'istituzione in ogni ASL della figura del Direttore Sociosanitario con *“il compito di pianificare, coordinare e valutare le attività a carattere sociosanitario, contribuendo alla costruzione di un modello organizzativo fondato sulla presa in carico integrata, sulla prossimità e sulla capacità di risposta ai bisogni complessi legati alla cronicità, alla disabilità, alla non autosufficienza e al disagio sociale”²⁴*.

Il Piano Socio Sanitario prevede, inoltre, quale ulteriore strumento di rafforzamento

22 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 14.3, pag. 189

23 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 14.4.1, pag. 194

24 Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 6.4, pag. 98

dell'integrazione socio-sanitaria, l'individuazione di una Convenzione unica per tutta la regione tra le singole ASL ed i singoli Enti Gestori/ATS.²⁵

In coerenza con il PNNA 2025-2027 (Cap. 3, par. 3.3) e con quanto previsto dal D.Lgs. 62/2024, le competenze tra la componente sociale e la componente sanitaria sono così ripartite nell'ambito del percorso assistenziale integrato:

Competenze dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS):

- sottoscrizione di un Accordo di Programma con le ASL per la realizzazione sul territorio del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato" in modo da garantire la presa in carico della persona con disabilità, attraverso la valutazione multidimensionale e la definizione del PAI;
- ricezione delle domande di accesso ai servizi per la non autosufficienza attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA) che ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. n. 62/2024 sono punto di riferimento per la presentazione delle istanze di avvio del procedimento per il Progetto di Vita ;
- partecipazione, attraverso i propri professionisti di area sociale, all'UVM per la valutazione multidimensionale e per la redazione del PAI o del Progetto Personalizzato e del progetto di vita;
- presa in carico sociale e socio sanitaria della persona con disabilità, attraverso la programmazione e l'erogazione degli interventi e dei servizi di cui alle Aree (a), (b) e (c) previsti dal presente Programma;
- attivazione e monitoraggio del budget di salute e di comunità per la parte di competenza sociale;
- garanzia della continuità dei servizi sociali in raccordo con le altre componenti istituzionali;
- raccolta e trasmissione dei dati al sistema informativo regionale e al SIOSS, secondo le modalità di cui al par. 2.5 del presente Programma.

Competenze del Distretto sanitario (ASL):

- partecipazione, attraverso i propri professionisti sanitari, all'UVM per la valutazione multidimensionale e per la redazione del PAI, con designazione del responsabile clinico del processo di cura;
- partecipazione e supporto con i propri professionisti sanitari, su richiesta dell'ATS detentore del procedimento, al processo di valutazione finalizzato all'elaborazione del progetto di vita di cui al D.Lgs. 62/2024;
- presa in carico socio-sanitaria di concerto con l'ATS ed erogazione delle prestazioni

²⁵ Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030, Cap. 6.0, pag. 95

sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI nell'ambito dei LEA (D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e D.M. 77/2022), incluse le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) e di riabilitazione;

- partecipazione al back-office del PUA per la pre-valutazione integrata delle situazioni di bisogno complesso;
- attivazione e monitoraggio del budget di salute e di comunità per la parte di competenza sanitaria;
- raccordo con l'INPS per la gestione della fase di transizione nella valutazione di base durante il periodo sperimentale.

Il riparto di competenze sopra descritto non esclude ulteriori forme di collaborazione e co-progettazione tra ATS e Distretto, che possono essere disciplinate nel predetto Accordo di Programma e/o in ulteriori protocolli e accordi specifici.

Gli elementi essenziali richiesti all'ASL necessari per la realizzazione dei LEPS, sono oggetto di valutazione dei Direttori Generali ai sensi della D.G.R. n. 9-2154 del 19 gennaio 2026.

2.4.3 Lo strumento dell'Accordo di Programma interistituzionale

Lo strumento operativo dell'integrazione sociosanitaria a livello territoriale è l'Accordo di Programma interistituzionale tra l'ATS e l'ASL di riferimento, previsto dall'art. 27, co. 7, del D.Lgs. n. 29/2024 e richiamato dal PNNA 2025-2027 (Cap. 3, par. 3.2), che ne indica quale riferimento lo schema-tipo allegato al Piano nazionale (Allegato 1 del PNNA).

L'Accordo è stipulato a livello di singolo ATS dal Presidente del Comitato/Conferenza d'ambito e dal Direttore Generale dell'ASL territorialmente competente. Laddove un ATS ricada nel territorio di più ASL, l'Accordo è stipulato con tutte le ASL interessate ovvero si adotta un unico Accordo a firma plurima.

Gli Accordi già in essere, stipulati in attuazione del precedente PNNA 2022-2024, mantengono piena validità e sono adeguati ai presenti contenuti minimi entro 90 giorni dall'adozione del presente Programma Regionale. Sono possibile anche rinnovi dei precedenti accordi con le integrazioni necessarie derivate dalle disposizioni del presente programma.

2.4.4 Il caso specifico della Regione Piemonte: non coincidenza tra ATS e ASL

L'assetto istituzionale piemontese — 40 ATS afferenti a 46 Enti Gestori e 12 ASL con confini territoriali non coincidenti — richiede un'attenzione specifica alle modalità di raccordo interistituzionale. La Regione individua i seguenti criteri operativi per la gestione delle situazioni di ATS multicomparto (ricadenti nel territorio di più ASL):

- il PUA di riferimento per la persona è individuato in ragione della residenza

anagrafica del soggetto assistito o, in caso di assenza di residenza, del domicilio;

- il Case Manager è designato dall'ATS di riferimento del PUA e coordina il raccordo con tutti i professionisti sanitari dell'ASL o delle ASL coinvolte;
- la rendicontazione delle risorse FNA è imputata all'ATS titolare del PAI/PP/PdV, indipendentemente dalla distribuzione delle competenze sanitarie tra le ASL.

Sezione III: Destinatari e modalità di accesso

3.1 Platea dei destinatari

Il Piano Nazionale 2025-2027 si pone in linea di continuità con il PNNA 2022–2024, aggiornando il quadro in ragione dell'avvio della riforma della disabilità introdotta dal D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 e delle novità recate dalla legge n. 33/2023. Quest'ultima ha istituito uno specifico strumento di programmazione per la popolazione anziana (il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana), separandolo dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 ²⁶.

L'art. 2 del D.Lgs 29/2024 definisce *“a) «persona anziana»: la persona che ha compiuto 65 anni; b) «persona grande anziana»: la persona che ha compiuto 80 anni”*, definizione sostanzialmente analoga al precedente PNNA ma, all'art. 40, introduce una curiosa limitazione: *“le disposizioni di cui al titolo II, fermo restando quanto previsto dagli articoli 33, commi 1 e 2, 34, 35 e 36, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni”*, per cui le persone “anziane” tra i 65 e 70 anni di età non possono avere accesso alle prestazioni socio-sanitarie, quelle attinenti il predetto Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

Al fine di garantire, comunque, la necessaria assistenza di questa fascia di popolazione, possono accedere alle prestazioni in qualità di “persone con disabilità” se ne ricorrono i presupposti. Questo combinato disposto produce tre effetti pratici:

- le prestazioni previste per le persone tra i 65 e i 70 anni di età non rientrano tra i LEPS di cui alla Legge 234/2021, riservati solo alla platea anziani ma, trattandosi di prestazioni per persone con disabilità, rappresentano “obiettivi di servizio”;
- il riconoscimento di disabilità e, quindi della possibilità di accedere alle prestazioni socio-sanitarie, risulta “aggravato” dalla necessità di ottenere un riconoscimento formale attraverso un procedimento unitario e multidisciplinare denominato “valutazione di base”²⁷;
- a partire dal 1° gennaio 2027, la gestione di questo procedimento è affidata in via

²⁶ Legge 33/2023, art. 2, comma 3, lettera a)

²⁷ Art. 5 D.Lgs. 62/2024: *“La valutazione di base è il procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a) , che comprende ogni accertamento dell'invalidità civile previsto dalla normativa vigente...”*

esclusiva all'INPS.²⁸ La valutazione di base accerta la condizione di disabilità e l'intensità dei sostegni necessari.

Sono destinatari diretti del Piano Nazionale e, di conseguenza, del presente Programma regionale, le persone con disabilità non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti che abbiano un'età fino a 70 anni.

Ai fini dell'accesso, si identificano due gruppi distinti:

- Persone con disabilità in condizione di non autosufficienza
- Persone con disabilità in condizione di parziale non autosufficienza

3.1.1 Definizione di “non autosufficienza”

Sono considerate non autosufficienti le persone che, anche in considerazione della propria condizione di disabilità, presentano gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali e strumentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate con metodologie standardizzate, tenendo conto anche dei fattori di stratificazione del rischio (fragilità, multimorbilità, vulnerabilità sociale, condizioni ambientali e familiari)²⁹.

In via transitoria, e fino all'operatività dei criteri del D.Lgs. n. 62/2024 su tutto il territorio, sono non autosufficienti le persone che soddisfano almeno uno dei seguenti requisiti:

- titolari di certificazione ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. n. 104/1992 e dell'indennità di accompagnamento;
- considerate non autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3, D.P.C.M. n. 159/2013;
- in possesso dei requisiti di 'gravissima disabilità' di cui al Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016;
- già definiti 'gravi' dal PNNA 2022-2024 per effetto del D.P.C.M. 3 ottobre 2022;

Ai fini della valutazione da parte delle UVM rileva la necessità di sostegno intensivo (livello elevato o molto elevato) di cui all'art. 4, co. 1, lett. c) e d) del D.Lgs. n. 62/2024. La previgente terminologia “grave/gravissimo” è sostituita da questa nuova classificazione³⁰.

In coerenza con il consolidato sistema di valutazione regionale (UVG/UMVD), la condizione di non autosufficienza si intende formalmente accertata quando la valutazione multidimensionale determina un punteggio sanitario complessivo pari o superiore a 5.

Tale soglia rappresenta il requisito tecnico per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza “piena” e per l'accesso ai LEA sociosanitari e alle prestazioni di

²⁸ Art. 9, comma 1, D.Lgs. 62/2024.

²⁹ PNNA 2025-2027, Cap. 2, par.2.1 – Box, pag. 18

³⁰ PNNA 2025-2027, Cap. 2, par 2.2; D.Lgs. n. 62/2024, art. 4

lungoassistenza a carico del Fondo Nazionale e Regionale.

3.1.2 Definizione di “parziale non autosufficienza”

Rientrano nella condizione di parziale non autosufficienza le persone che, in virtù di particolari condizioni di salute bio-psico-fisiche, sociali o relazionali, e pur non necessitando di un'assistenza continuativa e globale, vedono fortemente limitata la partecipazione ai propri contesti di vita, con rischio di marginalizzazione o peggioramento della qualità della vita.

All'interno del sistema regionale, questa condizione identifica prioritariamente le persone con disabilità (fino a 70 anni) valutate con un punteggio sanitario inferiore a 5 punti. Si tratta di soggetti che, pur possedendo la certificazione di gravità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992, non sono titolari dell'indennità di accompagnamento. Sebbene la certificazione 104 identifichi una condizione compromessa, il mancato raggiungimento della soglia dei 5 punti (e del conseguente accompagnamento) colloca queste persone in una fascia di vulnerabilità che richiede interventi di natura preventiva.

L'accesso alle prestazioni previste dal presente Programma per questa specifica platea è volto a garantire la continuità assistenziale e a promuovere ogni forma di autonomia possibile. L'obiettivo degli interventi è di natura preventiva: si intende agire precocemente per evitare l'aggravamento del bisogno assistenziale e il conseguente rischio di istituzionalizzazione, favorendo la permanenza della persona presso il proprio domicilio.

Come riepilogato nella successiva Tabella 8, il possesso della certificazione ex L. 104/92 art. 3 comma 3, unitamente alla documentata limitazione grave alla partecipazione sociale, costituisce il requisito minimo per l'attivazione dei percorsi di sostegno previsti dal PNNA per i soggetti parzialmente non autosufficienti

Tabella 8 – Riepilogo dei requisiti di accesso ai servizi previsti dal Programma Regionale

Categoria	Requisiti minimi	Riferimento normativo
Persone con disabilità non autosufficienti (0-70 anni)	L. 104/1992 art. 3 comma 3 + indennità accompagnamento oppure D.P.C.M. 159/2013 All.3 OPPURE D.M. 26/09/2016 (gravissimi)	PNNA par. 2.1; D.Lgs. 62/2024 art.4
Persone con disabilità non autosufficiente gravi (0-70 anni)	Già definito 'grave' dal PNNA 2022-2024 ex D.P.C.M. 3/10/2022	PNNA par. 2.2; D.P.C.M. 3/10/2022
Persone con disabilità parzialmente non autosufficienti	L. 104/1992 art.3 comma 3 + documentata limitazione grave	PNNA par. 2.2

Categoria	Requisiti minimi	Riferimento normativo
(0-70 anni)	alla partecipazione sociale senza supporto continuo anche senza indennità di accompagnamento	
Persone non autosufficienti di età tra i 65 e i 70 anni	Inclusi se in possesso dei requisiti sopra indicati (non seguono il Piano Anziani)	L. n. 33/2023 art.3; PNNA par. 2.1

3.1.3 La fase di transizione

La riforma introdotta dal D.Lgs. n. 62/2024 prevede una fase sperimentale (1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2026) in cui i nuovi criteri di accertamento (c.d. “*valutazione di base*” in capo all'INPS) si applicano progressivamente per territori e per patologie. Dal 1° gennaio 2027, la valutazione di base si applica su tutto il territorio nazionale per ogni condizione di salute³¹.

Fino all'entrata in vigore della nuova disciplina nel singolo territorio, l'accertamento della disabilità avviene con le Commissioni Integrate ASL-INPS (o Commissioni Uniche INPS per delega regionale) e l'accertamento della non autosufficienza rimane in capo alle UVM secondo i criteri previgenti.

Per quanto riguarda le specifiche delle tre fasi di sperimentazioni si rimanda al testo del PNNA 2025-2027.

Dal 1° gennaio 2027 la valutazione di base INPS si applica su tutto il territorio nazionale per tutte le condizioni di salute (circa 13.000 patologie), secondo il decreto del Ministero della Salute da emanarsi entro il 30 novembre 2026 ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. n. 62/2024. Fino all'adozione di tale decreto, la condizione di non autosufficienza è individuata secondo le precedenti regole.

Tutela dei diritti acquisiti: le certificazioni rilasciate con la disciplina previgente mantengono piena validità fino a un'eventuale nuova valutazione da parte dell'INPS (valutazione di base) o delle UVM (non autosufficienza)³².

3.2. Percorso di accesso agli interventi

3.2.1 I tre percorsi di intervento

A seconda della volontà della persona con disabilità non autosufficiente, sono percorribili i seguenti percorsi:

Tabella 9 - I tre percorsi di intervento

31 PNNA 2025-2027, Cap. 5, par. 5.1-5.2; D.Lgs. n. 62/2024, art. 33

32 PNNA par. 5.1.3; D.Lgs. n. 62/2024, art. 12

39 - Programma Regionale per la Non Autosufficienza (2025-2027)

Percorso	Strumento	Chi lo predispone	Risorse attivabili
1. Presa in carico ordinaria (non autosufficienza)	Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	UVM (ATS + Distretto Sanitario)	FNA (quota sociale) + LEA (quota sanitaria)
2. Progettazione personalizzata	Progetto Personalizzato (PP)	UVM	Fondi sociali (Vita indipendente, inclusione lavorativa, Dopo di noi)
3. Progetto di vita (autodeterminazione)	Progetto di Vita ex artt. 18-26 D.Lgs. 62/2024	UVM + responsabili servizi + persona con disabilità (c.d. UMVD62)	Budget di progetto integrato (pubblico + privato + comunità)

Nei percorsi 1 e 2 il PAI costituisce lo strumento fondamentale: esso definisce obiettivi di salute, prestazioni, compiti degli operatori sanitari, sociali e assistenziali, nonché il budget di progetto. Il PAI è aggiornato almeno una volta all'anno dalla UVM³³.

Nel percorso 3, il PAI e il Progetto Personalizzato confluiscono nel Progetto di Vita, che incorpora anche il Budget di Progetto ex art. 28 D.Lgs. n. 62/2024, strumento flessibile e dinamico composto dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private³⁴.

Il diritto ad accedere agli interventi finanziati dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA) non è subordinato all'attivazione di un progetto di vita. La persona può ottenere le prestazioni in forza di una valutazione multidimensionale che individui almeno i bisogni sociali e sanitari, per una presa in carico sociosanitaria integrata: di conseguenza è sufficiente il PAI o il Progetto Personalizzato elaborati dalla UVM a seguito di valutazione multidimensionale³⁵.

3.2.2 Una possibile checklist operativa per l'operatore

La seguente checklist guida l'operatore nelle fasi di individuazione del beneficiario e di avvio del percorso assistenziale.

CHECKLIST – FASE 1: VERIFICA DEI REQUISITI SOGGETTIVI

1. La persona ha un'età ≤ 70 anni?

NO (> 70 anni): Interrompere il percorso e indirizzare al sistema di valutazione per Anziani (UVG) ;

SI: Procedere al punto 2.

2. ACCERTAMENTO NON AUTOSUFFICIENZA (Piena – punteggio sanitario UVM ≥ 5)

33 PNNA 2025-2027, par. 4.2; L. 234/2021, art. 1, co. 163; D.P.C.M. 12/01/2017; D.M. 77/2022

34 PNNA 2025-2027, par. 4.3; D.Lgs. n. 62/2024, art. 28

35 PNNA 2025-2027, par. 4.0

Verificare se la persona possiede almeno uno dei seguenti requisiti per l'accesso prioritario:

- Titolare di certificazione ex L. 104/1992, art. 3, co. 3 con indennità di accompagnamento.
- Certificazione di "disabilità gravissima" ai sensi del D.M. 26/09/2016.
- Condizioni di non autosufficienza riconosciute ex D.P.C.M. n. 159/2013, All. 3.
- Stato di disabilità "grave" già accertato dal PNNA 2022-2024 (D.P.C.M. 3/10/2022).

3. VALUTAZIONE SUSSIDIARIA: PARZIALE NON AUTOSUFFICIENZA

Se nessuno dei requisiti al punto 2 è presente, l'operatore deve obbligatoriamente verificare la condizione di parzialità per scopi preventivi:

- La persona è titolare di certificazione ex L. 104/1992, art. 3, co. 3 ma **SENZA** indennità di accompagnamento?
- E sono documentate (tramite UVM o relazioni sociali/sanitarie) gravi limitazioni funzionali nella partecipazione sociale pur in assenza di bisogno di supporto continuo?
- **ESITO:** Se entrambi i punti della "Valutazione Sussidiaria" sono soddisfatti, il soggetto è classificato come "Parzialmente non autosufficiente".
- Questa condizione dà diritto all'attivazione del PAI volto alla continuità assistenziale e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione.

✓ CHECKLIST – FASE 2: VERIFICA DEL REGIME DI ACCERTAMENTO APPLICABILE

- La persona risiede/domicilia in una delle province in sperimentazione?
 - SÌ + patologia coperta dalla sperimentazione → Valutazione di base INPS (nuovi criteri)
 - SÌ + patologia NON coperta → accertamento disabilità: INPS vecchi criteri; non autosufficienza: UVM
 - NO (territorio non in sperimentazione) → accertamento disabilità: Commissioni Integrate ASL-INPS; non autosufficienza: UVM
- La persona è già in possesso di certificazioni valide? → SÌ: mantengono piena validità. NO: avviare procedimento di accertamento.
- Verificare se la domanda è stata presentata entro il 31/12/2024 nei territori in sperimentazione → si applica la disciplina previgente (D.Lgs. 62/2024, art. 33, co. 5)

✓ CHECKLIST – FASE 3: AVVIO DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

- Effettuare prevalutazione integrata nel back office del PUA (distinzione bisogni semplici/complessi)
- Attivare la UVM per valutazione multidimensionale (approccio bio-psico-sociale)
- La persona vuole richiedere il Progetto di Vita?
 - SÌ → seguire iter ex artt. 18-26 D.Lgs. n. 62/2024 (istanza all'ATS, UVM ex art. 24, Budget di Progetto)
 - NO → predisporre PAI e/o Progetto Personalizzato ex L. n. 234/2021, art. 1, co. 163
- Sottoscrizione del PAI → avvio presa in carico integrata
- Aggiornamento PAI almeno annuale da parte della UVM

✓ CHECKLIST – CASI PARTICOLARI

a) Persona tra 65 e 70 anni

Le persone di età compresa tra i 65 e i 70 anni, se in possesso dei requisiti di disabilità e non autosufficienza sopra indicati, sono destinatarie del presente Piano e non devono essere indirizzate al Piano anziani. L'operatore deve verificare esclusivamente il possesso dei requisiti indicati in Sezione 2, indipendentemente dall'età anagrafica, purché inferiore a 70 anni. [PNNA §2.1]

b) Persone già in possesso di certificazioni rilasciate prima della sperimentazione

Le certificazioni di disabilità e non autosufficienza rilasciate prima dell'entrata in vigore della nuova disciplina mantengono piena validità e non richiedono revisione d'ufficio. L'operatore non deve avviare alcun procedimento di riesame. La validità cessa solo in presenza di una nuova valutazione attivata su richiesta o per mutamento delle condizioni dell'assistito. [PNNA §5.1.3; D.Lgs. n. 62/2024, art. 35, co. 3]

c) Persone che richiedono il Progetto di Vita ma non dispongono ancora di nuova certificazione

Nei territori in sperimentazione, per le patologie già coperte, la richiesta del Progetto di Vita si avvia con istanza all'ATS. La valutazione multidimensionale UVM ex art. 24 D.Lgs. n. 62/2024 si attiva successivamente. L'assenza temporanea di nuova certificazione non preclude l'avvio del percorso, laddove la persona sia in possesso di documentazione previgente ancora valida. [PNNA §5.2, 4.1; D.Lgs. n. 62/2024, artt. 18-26]

d) Accesso al Piano in assenza di Progetto di Vita formalizzato

In nessun caso la mancanza di un Progetto di Vita formalizzato può costituire motivo di diniego delle prestazioni finanziate con il FNNA. L'accesso agli interventi non è condizionato al Progetto di Vita. L'operatore deve procedere con l'elaborazione del PAI a seguito di valutazione multidimensionale. [PNNA §4.0]

3.2.3 Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) costituisce il fulcro del sistema integrato di assistenza per le persone non autosufficienti, configurandosi come un LEPS di processo (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) volto a garantire la continuità assistenziale e la permanenza al domicilio.

3.2.3.1 Definizione e Requisiti

Il PAI è definito dalla normativa come il progetto individuale predisposto in coerenza con l'art. 1, comma 163, della Legge 234/2021, finalizzato a individuare l'insieme coordinato di interventi, servizi e sostegni necessari per rispondere ai bisogni rilevati. Esso deve essere basato su una valutazione multidimensionale unificata di natura bio-psico-sociale, che analizzi le capacità e i bisogni della persona nel suo contesto familiare e ambientale. Il requisito fondamentale per la sua attivazione è l'accertamento di uno specifico bisogno assistenziale, graduato all'esito della prevalutazione effettuata presso i Punti Unici di Accesso (PUA) che verifica i bisogni della persona distinguendo i bisogni semplici da quelli complessi sociosanitari.

La redazione del PAI è competenza esclusiva dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Secondo i commi 13 e 14 dell'art. 27 del D.Lgs. 29/2024, l'equipe deve essere

obbligatoriamente composta da:

- un professionista di area sociale degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS).
- uno o più professionisti sanitari designati dall'azienda sanitaria o dal distretto, incluso il responsabile clinico del processo di cura.
- uno dei componenti assume la funzione di referente per il coordinamento operativo, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi previsti nel PAI (c.d. Case Manager).

3.2.3.2 Partecipazione alla redazione

Il PAI è un documento partecipato. La legge prevede il coinvolgimento attivo di:

- la persona destinataria e il suo nucleo familiare;
- il caregiver familiare, il cui ruolo e i cui sostegni devono essere definiti in una sezione specifica del progetto;
- l'amministratore di sostegno o il tutore (se nominato);
- su richiesta della persona con disabilità o chi la rappresenta, gli enti del Terzo settore autorizzati o accreditati che collaborano alla realizzazione degli interventi³⁶.

3.2.3.3 Elementi costitutivi del PAI

Ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs. 29/2024 e del PNNA 2025-2027, il PAI deve contenere obbligatoriamente i seguenti elementi:

- obiettivi di cura: definizione dei traguardi di salute e benessere sociale;
- interventi modulati: indicazione delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali (come ADI e SAD) calibrate secondo la durata e l'intensità del bisogno;
- responsabilità degli operatori: chiara attribuzione dei compiti tra le figure professionali coinvolte;
- budget di salute e comunità: ricognizione di tutte le risorse (umane, tecnologiche, finanziarie, pubbliche e private) attivabili per l'attuazione del progetto;
- monitoraggio e aggiornamento: programmazione di verifiche periodiche (almeno annuali, o più frequenti in caso di cambiamenti clinici) per adeguare il progetto all'evoluzione delle condizioni della persona.

3.2.3.4 Integrazione con il Progetto di Vita

Per le persone con disabilità, il PAI costituisce la componente sociosanitaria del più ampio Progetto di Vita introdotto dal D.Lgs. 62/2024. In questi casi, gli interventi per la non

³⁶ Art. 2, comma 2, lettera c), punto 8, Legge 22 dicembre 2021, n. 227; Art. 24, comma 3, lettera c) e Art. 26, commi 1 e 4 della Legge 3 maggio 2024, n. 62.

autosufficienza vengono integrati in una visione esistenziale unitaria, e le risorse del PAI confluiscono nel budget di progetto complessivo.

3.2.3.5 Trasparenza

Appare importante richiamare l'importanza, ai fini della trasparenza del procedimento della presa in carico delle persone con disabilità, del rispetto delle disposizioni contenute nella D.G.R. 7-191 del 27 settembre 2024, sulle modalità di comunicazione all'interessato dell'esito della valutazione e della compilazione di eventuali liste di attesa per l'accesso alle prestazioni.

3.3 Criteri di identificazione delle condizioni di disabilità gravissima e di non autosufficienza

A seguito della riforma nazionale si possono identificare le seguenti condizioni di disabilità:

- a. condizione di persona con disabilità non autosufficiente (generica): si considerano coloro che dispongono di certificazione della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 e sono titolari dell'indennità di accompagnamento o sono comunque definite non autosufficienti o persone con disabilità ai sensi dell'Allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.
- b. condizione di Disabilità Gravissima: articolo 3 del DM 26 settembre 2016. Tali condizioni includono, a titolo esemplificativo, persone in stato di coma/vegetativo, dipendenti da ventilazione meccanica continuativa, affette da SLA o da demenza molto grave (tra cui Alzheimer in tale condizione).

3.3.1 Classificazione in base all'Intensità del sostegno

La riforma classifica la condizione di disabilità non più per gravità intrinseca, ma in base alla necessità e all'intensità del sostegno richiesto, correlata ai domini della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

Tabella 9 – La Classificazione della condizione di disabilità

Categoria	Intensità del Sostegno	Terminologia sostituita	Fonte Normativa
Sostegno	Livello lieve o medio.	Nessuna sostituzione diretta con termini "gravi", la lettera d) del	D.Lgs. 62/2024, Art. 3, comma 2 e art. 4, comma

		comma 1 dell'art. 4 lo esclude.	d).
Sostegno Intensivo	Livello elevato o molto elevato. Richiede un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, garantendo priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.	Sostituisce i termini obsoleti come "handicap in situazione di gravità", "con connotazione di gravità" e "disabile grave".	D.Lgs. 62/2024, Art. 3, comma 2 e Art. 4, comma 1, lettere c) e d).

3.3.2 Criteri di Accertamento e Strumenti di Classificazione

La nuova Valutazione di Base (procedimento unitario e multidisciplinare, affidato in via esclusiva all'INPS a partire dal 1° gennaio 2027) utilizza strumenti internazionali per descrivere la condizione:

- ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute): utilizzata per la descrizione e l'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, con particolare riferimento all'attività e alla partecipazione della persona.
- ICD (Classificazione internazionale delle malattie): utilizzata congiuntamente all'ICF, per la codifica della diagnosi e la descrizione della condizione di salute.
- WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule): questionario di valutazione basato sull'ICF, utilizzato come strumento integrativo e di partecipazione (ad eccezione dei minori), per misurare la salute e la condizione di disabilità.

Nelle more della piena operatività della riforma su tutto il territorio nazionale, il sistema regionale conferma l'utilizzo della valutazione sanitaria sintetica come strumento di sintesi decisionale: il superamento del valore soglia di 5 punti rimane il discriminante tecnico per la classificazione del soggetto come non autosufficiente. La valutazione multidimensionale (UVM) deve integrare i descrittori ICF per documentare quelle limitazioni alla partecipazione sociale che, pur mantenendo il punteggio sanitario sotto la soglia del 5, giustificano l'inserimento nel percorso della parziale non autosufficienza con finalità preventive

3.3.3 Criteri per la "Disabilità Gravissima"

Nelle more della piena attuazione dei nuovi criteri basati sul sostegno intensivo, e ai fini dell'accesso alle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze (FNA), continuano a trovare applicazione i criteri per l'identificazione della "disabilità gravissima" stabiliti dal Decreto Interministeriale 26 settembre 2016.

Condizione di Disabilità Gravissima (ex D.M. 2016):

Ai soli fini dell'accesso ai benefici, si intendono persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento o sono definite non autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013, e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni dettagliate (lettere da a) a i) dell'Articolo 3, comma 2, del D.M. 26/09/2016).

Queste condizioni includono tipicamente:

- Persone in condizione di dipendenza vitale (che necessitano di assistenza continua e monitoraggio 24 ore su 24).
- Condizioni che determinano un bisogno assistenziale permanente, continuativo e globale (spesso corrispondenti al nuovo "sostegno intensivo elevato o molto elevato").

Si rimanda al Capo IV del D.Lgs. 62/2024 per quanto attiene la definizione delle fasi di transizione e i diversi scenari di accertamento della condizione di disabilità.

3.4. Modalità di Individuazione dei Beneficiari e di Accesso alle Prestazioni

Destinatari degli interventi previsti dal presente Programma regionale sono le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino ai 70 anni di età.

Tale limite anagrafico, innovativo rispetto al precedente PNNA, non è chiaramente espresso nei due testi normativi della riforma della disabilità ma si deduce dal combinato disposto dei testi normativi della riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane come già illustrato al punto 3.1.

E' da notare che le persone con disabilità, quindi anche per la particolare fascia di popolazione 65-70 anni, godono del riconoscimento del PAI quale Livello Essenziale di Assistenza (LEA), propedeutico all'erogazione di qualsiasi prestazione socio sanitaria in quanto rientranti nell'area delle persone con disabilità per quanto attiene l'accesso ai servizi socio-sanitari³⁷.

La condizione di disabilità è rappresentata da *“una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri”*³⁸.

37 Art. 5, comma 2, D.Lgs. 62/2024.

38 Art. 2, comma 2, D.Lgs. 62/2024 e Art. 3 (che modifica l'Art. 3, comma 1, della Legge n. 104/1992).

3.4.1 Accertamento della Condizione di Disabilità e Non Autosufficienza (INPS/UVM)

L'accesso ai servizi sociali e sociosanitari integrati è garantito alle persone in condizione di non autosufficienza attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA). I PUA devono avere la loro sede operativa presso le articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale denominate "Case della Comunità". I PUA possono avere ulteriori articolazioni territoriali al fine di agevolare l'accesso alle persone con disabilità.

Presso i PUA operano le équipe integrate, composte da personale del Servizio Sanitario Nazionale e degli ATS, che assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Il processo di presa in carico si articola nel Percorso Assistenziale Integrato, costituito da: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI), e monitoraggio. Si sottolinea come l'attuale normativa attribuisca al Percorso Assistenziale Integrato la qualifica di un Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS), specificamente classificato come LEPS di Processo³⁹.

Il PAI è definito dall'équipe integrata a seguito della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia. Il PAI individua interventi modulati in base all'intensità del bisogno e definisce le responsabilità degli operatori sanitari, sociali e assistenziali. Il PAI è redatto in coerenza con il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA) e il Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022.

Nel caso in cui la persona con disabilità faccia richiesta del Progetto di Vita Individuale, Personalizzato e Partecipato (ai sensi della L. 227/2021 e del D.Lgs. 62/2024), il PAI si integra nel Progetto di Vita (PV), garantendo l'unitarietà della presa in carico. L'integrazione sociosanitaria è conseguita in sede di valutazione multidimensionale attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, l'analisi dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta degli interventi.

E' importante notare che, a seguito della riforma e al termine della fase transitoria, la certificazione della situazione di disabilità spetta all'INPS ed è definita "Certificazione di base"⁴⁰.

39 Art. 1, comma 163, Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

40 Si richiama l'art. 9, comma 3 del D.Lgs. 62/2024 che modifica completamente l'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Il nuovo sistema di valutazione della disabilità (D.Lgs. 62/2024)

1. Valutazione di base (INPS)



Si avvia con il Certificato Medico Introduttivo trasmesso all'INPS, attraverso una procedura unica che sostituisce le precedenti valutazioni (invalidità civile, handicap, sordità e cecità).

La commissione INPS valuta non solo la patologia ma anche il funzionamento complessivo della persona e rilascia un **Certificato Unico**, che sostituisce i precedenti verbali.

2. Valutazione multidimensionale

UMVD ordinaria



- **Destinatari:** persone con disabilità che richiedono interventi o prestazioni sociosanitarie.
- **Funzione:** équipe socio-sanitaria multidisciplinare che valuta i bisogni della persona e predispone o approva il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) o il Progetto Personalizzato (PP) con le prestazioni da attivare.

UMVD62



- **Destinatari:** persone con disabilità con bisogni complessi che necessitano di sostegni intensivi.
- **Funzione:** composta dalla persona con disabilità, da un familiare o dal tutore, da un rappresentante scelto dalla persona, da professionisti sociali e sanitari. Elabora il Progetto di Vita personalizzato e partecipato (PV), definendo obiettivi e sostegni insieme alla persona interessata.

3.5. Criteri ISEE per l'Accesso agli Interventi

Gli interventi previsti dal presente Piano, e finanziati dal FNA, in un quadro di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (**ISEE**).

Le disposizioni prevedono che per gli interventi destinati a persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, le soglie di accesso ISEE (per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria) non possono essere inferiori a 50.000,00 euro,

accresciuti a 65.000,00 euro in caso di beneficiari minorenni⁴¹ e l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria.

In continuità con le disposizioni contenute nel precedente Programma regionale si confermano le soglie ISEE e i correlati limiti di budget previsto:

Per i beneficiari individuati quali , la quota di FNA inseribile nel budget di cura di realizzazione del PAI o PP è la seguente:

Persone con elevato bisogno assistenziale (ex non autosufficienza gravissima)	
Beneficiari maggiorenni	
ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)	Valore della quota FNA del budget di salute e comunità
Fino a 10.000,00 euro	600 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 euro e 30.000,00 euro	500 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 euro e 50.000,00 euro	400 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00 euro	0,00 euro

Beneficiari minorenni	
ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)	Valore della quota FNA del budget di salute e comunità
Fino a 10.000,00 euro	600 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 euro e 30.000,00 euro	500 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 euro e 65.000,00 euro	400 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 65.000,00	0,00 euro

Persone con basso bisogno assistenziale (ex non autosufficienza grave)	
Beneficiari maggiorenni	
ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)	Valore della quota FNA del budget di salute e comunità
Fino a 10.000,00 euro	400 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 euro e 30.000,00 euro	350 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 euro e 50.000,00 euro	300 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00 euro	0,00 euro

⁴¹ PNNA 2025-2027, PAR. 9.1, P. 79

Beneficiari minorenni	
ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)	Valore della quota FNA del budget di salute e comunità
Fino a 10.000,00 euro	400 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 euro e 30.000,00 euro	350 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 euro e 65.000,00 euro	300 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 65.000,00 euro	0,00 euro

Sezione IV: Descrizione degli interventi e dei servizi programmati

Gli interventi sono modulati per promuovere la continuità e la qualità della vita al domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza fino a 70 anni. L'obiettivo prioritario è rafforzare un modello di servizi incentrato sul Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI) e sul più ampio Progetto di Vita Individuale, Personalizzato e Partecipato (PV), sostenuto dal Budget di Progetto.

Come già detto in precedenza, pur riferendosi a articoli normativi che inquadrano i Leps (per persone anziane non autosufficienti), trattando il presente programma di persone con disabilità, si parla di Obiettivi di servizio.

La riforma ha ovviamente introdotto molte innovazioni nella valutazione, nella classificazione del grado di bisogno ecc; rimane però prioritario garantire la continuità del servizio per gli attuali beneficiari valutando, laddove si riscontri una forte incompatibilità con la normativa nazionale riformata, anche il transito delle prestazioni loro dedicate sulle risorse regionali che sostengono interventi analoghi.

4.1 Le Aree di servizi programmati (Obiettivi di servizio)

Gli interventi programmati sono ricondotti alle aree di servizio previste dalla Legge n. 234/2021, Art. 1, comma 162, lettere a), b) e c), e sono definiti e attivati esclusivamente all'interno del PAI o del PV:

1. Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (Area a).
2. Servizi sociali di sollievo (Area b).
3. Servizi sociali di supporto (Area c).

4.1.1 Interventi di Assistenza domiciliare sociale e Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (Area a)

Questi interventi sono volti a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, erogati in forma diretta o tramite soggetti accreditati.

Tali interventi includono:

- Prestazioni di personale professionale sociale.
- Prestazioni di assistenza familiare.
- Servizio di teleassistenza e servizio di telesoccorso.
- Fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici.
- Servizi di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI.
- Monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.
- Animazione, socializzazione.
- Formazione e sostegno al *caregiver* del beneficiario dell'intervento.
- Adattamenti dell'abitazione per soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali.
- Coabitazione solidale (incluse le nuove forme abitative anche in coerenza con la programmazione del PNRR).
- Tipologie di servizio regionali (cfr. paragrafo 4.8).
- Servizi di accessibilità alla comunicazione, inclusi l'interpretariato in Lingua dei Segni Italiana (LIS) e LIST, le attività di mediazione comunicativa, specificatamente previsti nel PAI, nel Progetto Personalizzato o nel Progetto di Vita.

Nell'ambito delle risorse tecnologiche e strumentali, il Budget di Progetto può finanziare l'acquisto di tecnologie assistive per la disabilità visiva (quali lettori di schermo, display Braille, sistemi OCR e ausili basati su IA) necessarie al raggiungimento degli obiettivi di autonomia.

Oltre a questo ventaglio il nuovo Piano Nazionale ha posto l'accento su due tipologie di intervento: *“interventi di accompagnamento extradomiciliare”* e, importante per il dibattito intervento nella nostra regione nella scorsa edizione del piano, gli *“interventi volti a far acquisire competenze adattive o il mantenimento delle autonomie funzionali (attraverso la frequenza di un centro diurno che svolge la funzione di sollievo della famiglia dall'aver su di sé l'intero carico di supporto del familiare non autosufficiente)”*⁴²

Questa definizione apre finalmente la porta al riconoscimento del pagamento della frequenza presso un Centro Diurno che abbia questa caratteristica di far acquisire competenze adattive o il mantenimento delle autonomie funzionali e non semplice misura di sollievo e di gestione della persona non autosufficiente) purché prevista dal PAI o dal Progetto di Vita e non come servizio domiciliare ma quale Servizio di sollievo (importante per la corretta rendicontazione della spesa).

4.1.2 Servizi Sociali di Sollievo per la persona con disabilità e la sua famiglia (Area b)

Questi servizi mirano a integrare l'assistenza domiciliare in momenti particolari della vita del beneficiario e della sua famiglia, in modo da alleviare gli oneri di cura e prevenire l'istituzionalizzazione. Tali interventi, che possono essere erogati in forma diretta o indiretta dall'Ente Gestore/ATS, comprendono:

42 PNNA cap. 6.2, pag 56

- 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.
- Frequenza temporanea in centri diurni⁴³ e semiresidenziali per un periodo complessivo non superiore a 60 giorni annui (se non ha caratteristiche di intervento teso ad acquisire competenze adattive o il mantenimento delle autonomie funzionali)⁴⁴
- Affidamento diurno, vigilanza notturna.
- Ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie (interventi complementari all'assistenza domiciliare), per un periodo complessivo non superiore a 60 giorni annui.

4.1.2.1 L'affidamento

Nella precedente edizione del Piano una delle tipologie di intervento più discusse è stata l'affidamento. Ad oggi manca nella normativa regionale una definizione e l'indicazione delle caratteristiche di questo tipo di intervento ma è chiaro che, nel contesto del nuovo Piano nazionale, per essere considerato ammissibile deve avere alcune caratteristiche: a) deve essere previsto nel PAI o nel Progetto di vita; b) deve essere utilizzato come intervento di sollievo; c) deve essere rendicontabile, non può quindi essere un semplice contributo monetario "per l'affidamento". Gli interventi attivi che non soddisfano tutte e tre queste caratteristiche non potranno più essere realizzati nell'ambito del Programma regionale finanziato con le risorse FNA ma dovranno essere reindirizzati su misure finanziate con risorse regionali o locali.

4.2 Servizi Sociali di Supporto (Area c)

Questi servizi sono specificatamente introdotti tra i LEPS dalla Legge 234/2021, per supportare le persone con disabilità non autosufficienti e le loro famiglie, anche nella parte più "amministrativa" dell'assistenza ai beneficiari.

Gli interventi in Area c) sono erogati dall'ATS anche attraverso le modalità previste dal comma 164 della Legge 234/2021.

I servizi sociali di supporto includono:

- 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

⁴³ Cfr il paragrafo precedente sui servizi domiciliari

⁴⁴ La normativa nazionale non identifica chiaramente la differenza tra centri diurni e strutture semiresidenziali, nella prassi sovente usati come sinonimi. Da un'analisi interpretativa della normativa la differenza di può attribuire non tanto agli aspetti strutturali quanto a quelli funzionali e finanziari: se l'attività è prevalentemente sociale e di sollievo rientra nei LEPS gestiti dagli ATS; se prevede trattamenti di mantenimento funzionale con una quota sanitaria definita, rientra nell'assistenza semiresidenziale dei LEA.

l'impiego del territorio.

- assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti collegati all'assistenza domiciliare.

4.3 Spesa diretta e spesa indiretta

Gli interventi delle Aree (a), (b) e (c) possono essere erogati dall'ATS in forma diretta o attraverso l'acquisto di prestazioni da soggetti terzi anche in forma di accreditamento, o tramite l'assegnazione di voucher ai beneficiari per l'acquisto dei medesimi servizi a fornitori accreditati.

La spesa sostenuta dall'ATS rientra nella "spesa diretta", così come le spese sostenute attraverso l'acquisto di prestazioni da soggetti terzi accreditati. Per quanto riguarda l'utilizzo dei voucher il nuovo Piano Nazionale ha specificato che sono da considerarsi spesa indiretta e sostanzialmente sembrano divenire, l'unica forma di spesa indiretta ammissibile con una prospettiva ad un accreditamento generalizzato: *"permane la possibilità di erogare servizi in forma diretta o indiretta, purché questi ultimi siano erogati attraverso titoli di acquisto da utilizzare, in prospettiva, mediante gli strumenti dell'accREDITamento istituzionale e comunque, nel caso di erogazione monetaria, quale scelta di servizio frutto della valutazione multidimensionale e inserita nel PAI"*.

4.4 Contributi per il sostegno della domiciliarità e della maggior autonomia possibile

Con il nuovo Piano nazionale scompare la definizione di "Assegno di cura" per lasciare il posto alla definizione di "Contributi per il sostegno della domiciliarità e della maggior autonomia possibile" e contestualmente il medesimo strumento programmatico nazionale, mutuando l'art. 34, comma 1 del D.Lgs. 29/2024 riservato alla popolazione anziana non autosufficiente, dettaglia in maniera molto tassativa il possibile uso di questi contributi, riconducibili al comma 164 della Legge 234/2021. Riproduciamo integralmente l'elenco di cui al punto 6.1 del Piano nazionale che, di conseguenza, diventa anche l'elenco specifico per l'utilizzo delle risorse FNA in ambito regionale:

*"le Regioni, nell'ambito della progettazione dei servizi e degli interventi e della relativa programmazione, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 21 febbraio 2025, recante "Istituzione di una prestazione universale al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti", possono con le risorse del FNA, destinare **contributi economici** esclusivamente per l'acquisto dei servizi di seguito indicati: servizi di cura e di igiene della persona; servizi di lavanderia; servizi per il confezionamento o la distribuzione di pasti a domicilio; servizi per la cura e l'aiuto nella gestione della propria abitazione; servizi per l'accompagnamento a visite; servizi per lo svolgimento di piccole commissioni; servizi per il disbrigo pratiche amministrative; servizi*

mirati al sostegno relazionale per il mantenimento di relazioni sociali; servizi per l'aiuto al mantenimento di abilità pratiche; servizi di sostegno psicologico/educativo; servizi sociali di telesoccorso e teleassistenza.

Detti contributi economici sono destinati, altresì, alla remunerazione del costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona assunti con rapporto di lavoro subordinato secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 e successive modificazioni, fino all'integrale copertura dei costi connessi alla instaurazione di tali rapporti di lavoro, nella categoria contrattuale legata al bisogno. L'erogazione di tali contributi è condizionata, in coerenza con le disposizioni relative alle erogazioni monetarie già presenti nel secondo Piano nazionale per la non autosufficienza, alla previsione nel PAI di tale necessità a seguito della valutazione dell'equipe".

Si sottolineano tre aspetti importanti nella realizzazione degli interventi:

- a) l'articolo, il Piano Nazionale fa riferimento direttamente alle regioni e non agli ATS specificando che *"le Regioni...possono con le risorse del FNA, destinare contributi economici esclusivamente..."* escludendo ogni possibile autonomia interpretativa e operativa;
- b) *"L'erogazione di tali contributi è condizionata, in coerenza con le disposizioni relative alle erogazioni monetarie già presenti nel secondo Piano nazionale per la non autosufficienza, alla previsione nel PAI di tale necessità a seguito della valutazione dell'equipe"*, questo significa non una generica indicazione di assegnazione di contributo ma un'indicazione specifica dell'utilizzo delle risorse assegnate nel PAI;
- c) l'articolo prosegue prevedendo infine: *"I contributi dovranno essere oggetto di apposita rendicontazione **da parte del beneficiario all'ATS**, che potrà essere oggetto di controlli a campione da parte delle Regioni e dell'Amministrazione centrale"*.

4.5 Tipologie di servizio regionali

In linea con l'esigenza di ampliare l'offerta dei servizi domiciliari e di welfare di comunità e di prossimità, e basandosi sulle iniziative già contemplate nel precedente Programma, si conferma anche per questa edizione del Programma Regionale la possibilità di attivare o proseguire e implementare i servizi di:

1. Servizi di Domiciliarità in regime di "Vengo a domicilio": si tratta di un insieme di prestazioni, singole o raggruppate in un "pacchetto" PAI, fornite da presidi socio-sanitari accreditati con il SSR. Tali servizi sono diretti a persone non autosufficienti e con disabilità (anche in lista d'attesa residenziale con grado di priorità "differibile") e possono comprendere servizi di tregua, teleassistenza, fornitura di pasti e pulizia, monitoraggio farmaci, formazione e sostegno al caregiver.
2. Servizi di Domiciliarità in regime di "Agricoltura sociale": Sono prestazioni fornite in

forma singola o raggruppate, erogate da aziende agricole ai sensi della Legge n. 141/2015. Tali interventi includono servizi di tregua, fornitura di pasti e igiene domestica, affidamento diurno e vigilanza notturna, e servizio di trasporto per terapie. Queste prestazioni possono essere erogate sia a domicilio che presso l'azienda agricola erogatrice.

Le modalità di erogazione rimangono le medesime previste dal precedente Programma Regionale 2022-2024 e sono finanziabili attraverso le risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, da indicare analiticamente nel PAI o nel PV della persona beneficiaria e da rendicontare come spesa diretta.

4.6 Progetto di Vita, Budget di Progetto e Vita Indipendente

L'erogazione di servizi e interventi per la non autosufficienza deve essere armonizzata e coordinata nel quadro procedimentale e contenutistico più ampio del Progetto di Vita (PV), se richiesto dall'interessato.

Il PV individua i sostegni e gli eventuali accomodamenti ragionevoli. Tali interventi sono sostenuti dal Budget di Progetto, concepito come strumento flessibile e dinamico che integra risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, superando le limitazioni imposte dall'offerta dei singoli servizi.

L'assistenza personale, centrale nei progetti di Vita Indipendente (VI), si configura come un intervento chiave per favorire l'autonomia e la deistituzionalizzazione. Le azioni di Vita Indipendente possono includere sostegni economici per l'autonomia abitativa e forme di sostegno economico integrate.

Attualmente gli ambiti a cui è riconosciuto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali un finanziamento dei progetti di vita indipendente sono i seguenti:

AMBITI DI VITA INDIPENDENTE

Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe Roero - Alba
Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li dei Comuni dell'Alessandrino
C.I.S.S.A.C.A. – Alessandria
Comuni convenzionati Ambito di Bra
Consorzio Socio-Assistenziale C.I.S.A. 31 – Carmagnola
Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese – Cuneo
Consorzio Monviso Solidale - Fossano
Consorzio Intercomunale del Novese dei Servizi alla Persona – Novi Ligure
Consorzio Intercomunale di Servizi CIdiS - Orbassano
Consorzio Servizi Sociali – Ovada
Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali Ciss - Pinerolo
Consorzio Ovest Solidale - Rivoli
Unione dei Comuni Nord Est Torino – Settimo Torinese
Comune di Torino

Per questi Ambiti è previsto un contributo annuale di 80.000,00 euro con un cofinanziamento dell'ATS del 20%. Per gli Ambiti che segnalassero la mancanza di persone con disabilità è prevista la possibilità di *“spostare le risorse da un ambito all'altro [...] fermo restando l'approvazione della modifica alla programmazione da parte dell'apposita commissione del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali”*.⁴⁵

La segnalazione, da parte dell'Ambito, attualmente destinatario del contributo FNA, che rileva di non avere più persone con progetti di Vita Indipendente deve tempestivamente comunicare alla Regione tale situazione al fine di poter avviare la procedura di spostamento delle risorse e garantire il corretto utilizzo delle risorse.

⁴⁵ PNNA 2025-2027 cap. 7.3, pag. 69