



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 6320

SEDUTA DEL 15/06/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali MARCO ALPARONE *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
DEBORA MASSARI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Elena Lucchini di concerto con l'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE RIVOLTA ALLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO E BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E ALLE PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E MOLTO ELEVATO – PIANO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2025-2027 - (DI CONCERTO CON L' ASSESSORE BERTOLASO)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Francesco Foti

Mario Giovanni Melazzini

Le Dirigenti Micaela Aminta Nastasi

Tamara Trento

Esito favorevole del controllo degli aspetti finanziari e/o patrimoniali, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della D.G.R. n. 4755/2016:

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

AOO COMUNE DI ROBBIAATE
Protocollo Arrivo N. 11853/2026 del 18-09-2026
Allegato 2 - Class. 7.12 - Copia Documento



Regione Lombardia
LA GIUNTA

VISTI:

- la Legge regionale 6 dicembre 1999, n. 23 recante "Politiche regionali per la famiglia" che all'art. 4, comma 12, prevede il sostegno e la valorizzazione dell'assistenza a domicilio in tutti i settori di intervento sociale e sanitario, come metodologia e come intervento specifico alternativo all'istituzionalizzazione;
- la Legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 recante "Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia: Attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112";
- la Legge regionale 4 agosto 2003, n. 13 recante "Promozione all'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate";
- la Legge regionale 28 settembre 2006, n. 22 recante "Il mercato del lavoro in Lombardia";
- la Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 recante "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario", e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare:
 - a) l'articolo 2, comma 1, lettere g) e h) che valorizza e sostiene il ruolo della famiglia anche per la cura della persona e promuove interventi volti a favorire la permanenza di persone fragili nel proprio contesto abituale di vita;
 - b) l'articolo 10, comma 1 che individua nei titoli sociali e sociosanitari gli strumenti volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone fragili e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari nell'assistenza continuativa;
- la Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 recante "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" così come modificata dalla legge regionale 11 agosto 2015 n. 23 e dalla legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, in particolare, l'articolo 2, comma 1 che indica tra i principi informativi:
 - a) la garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni - lettera j);
 - b) il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso una migliore integrazione con l'ambito del sociale, quale punto di riferimento del cittadino per la tutela e la cura della salute attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale in relazione all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione - lettera n bis);
 - c) il rispetto e la promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche attraverso la previsione, all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati - lettera n. octies);
- la Legge regionale 30 novembre 2022, n. 23 recante "Caregiver familiare";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la Legge regionale 6 dicembre 2022, n. 25 recante "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";
- il Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33";
- il Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 recante "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato";

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni:

- del 20 dicembre 2024, n. 3686 recante "Approvazione del Piano Operativo Regionale Autismo 2024-2028";
- del 22 dicembre 2025, n. 5544 recante "Determinazioni per la continuità della misura a favore delle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1) - Esercizio 2026";
- del 30 dicembre 2025, n. 5587 recante "Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità (PAR) 2026/2028";
- del 3 marzo 2026, n. 5926 recante "Ulteriori determinazioni per la continuità delle misure a favore delle persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e elevato (già Misure B1 e B2) – esercizio 2026";

VISTI:

- la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), ed in particolare, l'articolo 1, comma 1264 con il quale è stato istituito il "Fondo per le non autosufficienze" (FNA) e comma 1265 in cui è previsto che gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzo del fondo per le non autosufficienze siano adottati dal Ministro della solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del Decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 aprile 2026, recante l'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e il riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, relativo al triennio 2025-2027, registrato da parte della Corte dei Conti il 25 maggio 2026, data a decorrere dalla quale le Regioni, entro il termine di 90 giorni, approvano il piano e il programma operativo regionale;

DATO ATTO che il sopracitato DPCM del 20 aprile 2026 stabilisce che:

- a) le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dal citato art. 1, comma 168, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022), al fine di garantire anche gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità



Regione Lombardia

LA GIUNTA

gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3, del D.M. 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer;

- b) si confermano le tipologie di persone in condizione di disabilità gravissima definite all'art. 3 del Decreto Ministeriale FNA, annualità 2016;
- c) le Regioni adottano un Piano regionale per la non autosufficienza, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Piano nazionale;
- d) la programmazione regionale è comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e alla Presidenza del Consiglio dei ministri – Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, entro novanta giorni dalla avvenuta pubblicazione del DPCM sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- e) successivamente, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali procede all'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione, una volta valutata, entro trenta giorni dalla ricezione dello schema di Piano regionale ovvero dell'atto di programmazione regionale, la coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza;

PRESO ATTO che:

- a) la matrice di programmazione nazionale prevede lo sviluppo e il raggiungimento:
 - dei LEPS di erogazione riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164 della legge di bilancio 234/2021;
 - dei LEPS di processo riferito ai contenuti del comma 163 della legge di bilancio 234/2021;
 - delle Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del comma 166 della legge di bilancio 234/2021;
- b) la realizzazione del LEPS di processo è propedeutica alla messa in atto dei servizi dedicati alla persona, sulla quale si chiede di intervenire in fase di prima attuazione del Piano;
- c) in sede di programmazione ogni regione dovrà, partendo dalla propria realtà territoriale, promuovere e consolidare, nel corso del triennio, lo sviluppo progressivo dei servizi di cui al comma 162 lettere a), b) e c);

DATO ATTO che la dotazione finanziaria complessiva da destinare alla programmazione regionale esercizi 2026-2028 è definita nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che al fine della programmazione delle risorse si è tenuto conto dei seguenti assunti:

- il trend di spesa dell'ultimo triennio, che evidenzia che circa il 70% delle risorse utilizzate si riferisce alla platea delle persone con disabilità e il restante 30% alle persone anziane non autosufficienti;
- il trend di crescita del fabbisogno stimato sulla base dell'andamento storico delle misure e determinato sulla base del numero delle prese in carico rilevate dalle piattaforme regionali dedicate;
- il nuovo PNNA 2025/2027, che all'art. 2 comma 8 stabilisce che le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, per una quota nel limite del 50% delle risorse assegnate, per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione;
- il nuovo fondo non autosufficienza 2025/2027, che si caratterizza per l'esistenza di quote vincolate destinate a specifiche finalità (LEPS) e quota indistinta;
- la modifica delle platee dei destinatari, che ridefinisce la popolazione anziana a partire dal compimento dei 70 anni di età, per effetto dell'avvio della riforma della disabilità ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024, seppure in forma sperimentale;

PRESO ATTO che il citato D.P.C.M. del 20 aprile 2026 assegna le risorse del FNA per il triennio 2025-2027 a Regione Lombardia pari a complessivi euro 494.338.505,00, con la ripartizione per anno e la destinazione come segue:

- Quota indistinta (Tabella 1 decreto) euro 100.730.468,00 sul 2026, euro 103.196.647,00 sul 2027, euro 132.144.911,00 sul 2028;
- Ulteriori risorse residue per l'annualità 2025 (Tabella 3 decreto) euro 7.465.254,00 sul 2026;
- quota LEPS (Tabella 4 V) euro 39.867.075,00 sul 2026, euro 39.867.075,00 sul 2027, euro 39.867.075,00 sul 2028;
- Vita Indipendente (Tabella 5 decreto) euro 2.480.000,00 sul 2026, euro 2.480.000,00 sul 2027, euro 2.480.000,00 sul 2028;
- Personale PUA (Tabella 6 decreto) euro 7.920.000,00 sul 2026, euro 7.920.000,00 sul 2027, euro 7.920.000,00 sul 2028;

DATO ATTO che le risorse FNA 2025-2027 si cui al D.P.C.M. 20 aprile 2026 sono disponibili sui seguenti capitoli di spesa del bilancio regionale 2026-2028:

- capitolo 12.02.104.14206 per euro 155.982.797,00 nell'esercizio 2026, per euro 150.983.722,00 nell'esercizio 2027 e per euro 179.931.986,00 nell'esercizio 2028;
- capitolo 12.02.104.14412 per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2026, per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2027 e per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2028;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che in continuità con le precedenti programmazioni, le risorse sono assegnate:

- agli Ambiti Territoriali, per il tramite delle ATS, con riferimento alla quota destinata agli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già gravi);
- alle ATS, per la quota destinata agli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già gravissimi);

STABILITO, pertanto, di ripartire le suddette risorse sulla base dei seguenti criteri:

- agli Ambiti Territoriali:
 - 60% in relazione alla popolazione residente nell'Ambito;
 - 40% in relazione alla popolazione, residente nell'Ambito, con età pari o superiore a 75 anni;
- alle ATS in base al numero di persone beneficiarie della Misura B1 al 31 dicembre 2025 (come da flusso informativo regionale);

con l'ulteriore precisazione che i suddetti criteri potranno essere aggiornati annualmente sulla base del monitoraggio delle misure;

PRECISATO che le risorse autonome del bilancio regionale pari ad euro 47.280.000,00 e le risorse del Fondo Sanitario Regionale pari ad euro 14.600.000,00 per l'esercizio 2026 sono state oggetto della deliberazione sopra richiamata n. XII/5544/2025;

DATO ATTO altresì che:

- le risorse regionali stanziare pari ad euro 47.280.000,00 per gli esercizi 2027 e 2028 sono attualmente ricomprese nelle disponibilità del capitolo 12.02.104.13525 del bilancio regionale e saranno destinate alla Misura Sostegno rivolta alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato;
- le risorse pari a euro 14.600.000,00 del Fondo Sanitario Regionale per gli esercizi 2027 e 2028 sono attualmente ricomprese nelle disponibilità del capitolo 13.01.104.14224 del bilancio regionale e saranno rivolte alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato di cui:
 - euro 8.100.000,00 destinati all'attuazione del percorso voucher ASD con riferimento alle persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato;
 - euro 6.500.000,00 per la copertura di tutte le altre tipologie di voucher sociosanitari;

RAVVISATA la necessità di dare attuazione al Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2025-2027 mediante approvazione del Programma Operativo Regionale



Regione Lombardia

LA GIUNTA

che si compone dei seguenti allegati, tutti costituenti parte integrante e sostanziale del presente atto:

- Allegato 1 "Programma regionale per la non autosufficienza 2025-2027 – Quadro economico finanziario", che descrive la destinazione delle risorse;
- Allegato 2 "Piano regionale per la non autosufficienza 2025-2027", che rappresenta la programmazione regionale sulla base dello schema previsto a livello nazionale;
- Allegato 3 "Programma regionale per la non autosufficienza 2025-2027" che dettaglia le regole di attuazione delle Misure legate alla condizione di non autosufficienza;

DATO ATTO che il Programma Operativo Regionale per la non autosufficienza 2025-2027, di cui ai sopra richiamati Allegati 1, 2 e 3, ivi compresa la dotazione finanziaria, è definito sulla base degli elementi certi disponibili alla data di adozione del presente provvedimento e che, pertanto, lo stesso potrà essere oggetto di aggiornamento o rimodulazione annuale, anche in relazione all'evoluzione del quadro normativo di riferimento, all'effettiva disponibilità delle risorse nazionali e regionali nel corso del periodo di programmazione e all'evoluzione dei fabbisogni territoriali;

STABILITO che a partire dal 22 giugno 2026 le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e le persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato potranno presentare nuove istanze secondo le modalità di cui all'allegato 3, parte integrante e sostanziale;

RICHIAMATA la responsabilità delle ATS e degli Ambiti territoriali in ordine al monitoraggio e al rispetto dell'utilizzo delle risorse assegnate;

STABILITO che le modalità di rendicontazione e monitoraggio, attraverso l'assolvimento del debito informativo per le Misure FNA, sono indicate nell'allegato 3, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e che eventuali residui destinati alla programmazione FNA, già nella disponibilità delle ATS e degli Ambiti, potranno essere utilizzati ad integrazione delle nuove risorse assegnate con il presente provvedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento è stato oggetto di confronto con il Tavolo Tecnico "Programmi attuativi regionali in favore delle persone con disabilità e persone anziane non autosufficienti" costituito con decreto n. 6138/2026 e oggetto di informativa con i diversi stakeholder;

STABILITO di rinviare a successivi atti della Direzione Generale competente l'attuazione del presente provvedimento, ivi compresa la relativa trasmissione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per l'approvazione del Piano e il suo inserimento in SIOSS;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATE la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 recante "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale" e i provvedimenti relativi all'assetto organizzativo della Giunta regionale della XII legislatura;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

ALL'UNANIMITÀ dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il Programma Operativo Regionale per la non autosufficienza triennio 2025/2027, composto dai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - Allegato 1 "Programma regionale per la non autosufficienza 2025-2027 – Quadro economico finanziario";
 - Allegato 2 "Piano regionale per la non autosufficienza 2025-2027";
 - Allegato 3 "Programma regionale per la non autosufficienza 2025-2027";
 2. di dare atto che le risorse FNA 2025-2027 si cui al D.P.C.M. 20 aprile 2026 sono disponibili sui seguenti capitoli di spesa del bilancio regionale 2026-2028:
 - capitolo 12.02.104.14206 per euro 155.982.797,00 nell'esercizio 2026, per euro 150.983.722,00 nell'esercizio 2027 e per euro 179.931.986,00 nell'esercizio 2028;
 - capitolo 12.02.104.14412 per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2026, per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2027 e per euro 2.480.000,00 nell'esercizio 2028;
 3. di ripartire le suddette risorse sulla base dei seguenti criteri:
 - agli Ambiti Territoriali, per il tramite delle ATS, con riferimento alla quota destinata agli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già gravi):
 - o 60% in relazione alla popolazione residente nell'Ambito;
 - o 40% in relazione alla popolazione, residente nell'Ambito, con età pari o superiore a 75 anni;
 - alle ATS, per la quota destinata agli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già gravissimi), in base al numero di persone beneficiarie della Misura B1 al 31 dicembre 2025 (come da flusso informativo regionale);
- con l'ulteriore precisazione che i suddetti criteri potranno essere aggiornati annualmente sulla base del monitoraggio delle misure;
4. di dare atto che:
 - le risorse regionali stanziare pari ad euro 47.280.000,00 per gli esercizi 2027 e



Regione Lombardia

LA GIUNTA

2028 sono attualmente ricomprese nelle disponibilità del capitolo 12.02.104.13525 del bilancio regionale e saranno destinate alla Misura Sostegno rivolta alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato;

- le risorse pari a euro 14.600.000,00 del Fondo Sanitario Regionale per gli esercizi 2027 e 2028 sono attualmente ricomprese nelle disponibilità del capitolo 13.01.104.14224 del bilancio regionale e saranno rivolte alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato di cui:
 - euro 8.100.000,00 destinati all'attuazione del percorso voucher ASD con riferimento alle persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato;
 - euro 6.500.000,00 per la copertura di tutte le altre tipologie di voucher sociosanitari;

5. di dare atto che il Programma Operativo Regionale per la non autosufficienza 2025-2027, di cui ai sopra richiamati Allegati 1, 2 e 3, ivi compresa la dotazione finanziaria, è definito sulla base degli elementi certi disponibili alla data di adozione del presente provvedimento e che, pertanto, lo stesso potrà essere oggetto di aggiornamento o rimodulazione annuale, anche in relazione all'evoluzione del quadro normativo di riferimento, all'effettiva disponibilità delle risorse nazionali e regionali nel corso del periodo di programmazione e all'evoluzione dei fabbisogni territoriali;
6. di stabilire che a partire dal 22 giugno 2026 le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e le persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato potranno presentare nuove istanze secondo le modalità di cui all'allegato 3, parte integrante e sostanziale;
7. di stabilire le modalità di rendicontazione e monitoraggio attraverso l'assolvimento del debito informativo per le Misure FNA come indicato nell'allegato 3 e di stabilire che eventuali residui destinati alla programmazione FNA, già nella disponibilità delle ATS e degli Ambiti potranno essere utilizzati ad integrazione delle nuove risorse assegnate con il presente provvedimento;
8. di rinviare a successivi atti della Direzione Generale competente l'attuazione del presente provvedimento, ivi compresa la relativa trasmissione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per l'approvazione del Piano e il suo inserimento in SIOSS;
9. di demandare alla Direzione Generale competente la cura dei successivi atti in materia di trasparenza e pubblicità ai sensi degli artt. degli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

10. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino ufficiale di Regione Lombardia e sul portale istituzionale di Regione Lombardia - www.regione.lombardia.it;

11. di trasmettere il presente provvedimento alle ATS.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

A00 COMUNE DI ROBBIATE
Protocollo Arrivo N. 11853/2026 del 18-09-2026
Allegato 2 - Class. 7.12 - Copia Documento

PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2027 – QUADRO ECONOMICO FINANZIARIO

1. Quadro finanziario del Fondo Non Autosufficienza nel triennio 2026-2028

Come previsto dal capitolo 9 del PNNA 2025-2027, le risorse del Fondo per la Non Autosufficienza finanziano gli interventi destinati alle persone con disabilità non autosufficienti e quelli previsti dal "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", di prossima adozione.

Le risorse FNA si articolano nelle seguenti componenti:

- una **quota indistinta**, destinata a finanziare interventi rivolti sia alle persone con disabilità non autosufficienti sia alle persone anziane non autosufficienti;
- una **quota vincolata** riservata all'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) a favore delle persone anziane non autosufficienti;
- una **quota vincolata** per la realizzazione dei progetti di vita indipendente (Pro.Vi);
- una **quota vincolata** agli interventi per il rafforzamento dei PUA.

La dotazione finanziaria complessiva da destinare alla programmazione regionale negli esercizi 2026-2028 è articolata per fonti di finanziamento come indicato nella tabella sottostante:

Stanziamanti finanziari nazionali/regionali/comunitari	2026	2027	2028	Totale
– FNA – Quota indistinta per il triennio 2025-2027	100.730.468,00	103.196.647,00	132.144.911,00	336.072.026,00
– FNA – Quota LEPS anziani	39.867.075,00	39.867.075,00	39.867.075,00	119.601.225,00
– FNA – Ulteriore quota LEPS	3.732.627,00 ¹	3.732.627,00	0,00	7.465.254,00
– Fondo Unico nazionale inclusione persone disabili (c.d. Fondo Caregiver 2024)	4.779.000,00 ²	4.779.000,00 ³	0,00	9.558.000,00
– Risorse autonome (Direzione Gen. Famiglia)	47.280.000,00 ⁴	47.280.000,00	47.280.000,00	141.840.000,00
– Fondo Sociosanitario Regionale (Direzione Gen. Welfare)	14.600.000,00	14.600.000,00	14.600.000,00	43.800.000,00
– FNA - Pro.Vi	2.480.000,00	2.480.000,00	2.480.000,00	7.440.000,00
– FNA - risorse da destinare ai PUA per il rafforzamento del sistema dei servizi territoriali	7.920.000,00	7.920.000,00	7.920.000,00	23.760.000,00
– FSE + Misura sollievo	5.080.000,00	11.000.000,00	4.560.000,00	20.640.000,00
Totale	226.469.170,00	234.855.349,00	248.851.986,00	710.176.505,00

Con riferimento alle risorse derivanti dal Fondo per la non autosufficienza 2025-2027, pari a complessivi **euro 494.338.505,00** sono stanziati i seguenti finanziamenti:

- euro 148.062.797,00 appostate sull'esercizio 2026, euro 143.063.722,00 sull'esercizio 2027 ed euro 172.011.986,00 sull'esercizio 2028 sul capitolo di entrata 2.0101.01.7221 e sui capitoli di spesa 12.02.104.14206 da destinare alle Misure Sostegno e Servizi;

¹ Ulteriori risorse disponibili del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024 destinate esclusivamente per l'esercizio 2026 alla platea delle persone anziane non autosufficienti per gli interventi di cui all' articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c).

² Stanziamento finalizzato con DGR n. XII/5365/2025

³ Previsione di finanziamento derivante dallo schema di decreto recante: "Criteri e modalità di riparto del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità ai fini, per l'anno 2026, di cui all'articolo 1, comma 213, lettera f), della legge 30 dicembre 2023, n. 213: interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare" con parere favorevole espresso dal Coordinamento tecnico delle Regioni in data 19 maggio 2026

⁴ Stanziamento finalizzato con DGR n. XII/5544/2025

- euro 2.480.000,00/annui appostate sull'esercizio 2026, 2027 e 2028 sul capitolo di entrata 2.0101.01.7221 e sul capitolo di spesa 12.02.104.14412 da destinare ai progetti Pro.Vi;
- euro 7.920.000,00/annui appostate sull'esercizio 2026, 2027 e 2028 sul capitolo di entrata 2.0101.01.7221 e sui capitoli di spesa 12.02.104.14206 da destinare ai PUA per il rafforzamento del sistema dei servizi territoriali.

Sono inoltre stanziare le seguenti risorse:

- euro 47.280.000,00/anno di risorse autonome del bilancio regionale per ciascuna delle annualità 2026 (v. DGR n. XII/5544/2025), 2027 e 2028, destinate alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato che trovano copertura sul capitolo 12.02.104.13525 del bilancio regionale;
- euro 14.600.000,00/anno di risorse del Fondo Sanitario Regionale per ciascuna delle annualità 2026 (v. DGR n. XII/5544/2025), 2027 e 2028 attualmente ricomprese nelle disponibilità del capitolo 13.01.104.14224 del bilancio regionale per l'esercizio 2027 e 2028, rivolte alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato di cui:
 - o euro 8.100.000,00 destinati all'attuazione del percorso voucher ASD con riferimento alle persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato;
 - o euro 6.500.000,00 per la copertura di tutte le altre tipologie di voucher sociosanitari.
- euro 4.779.000,00 risorse del Fondo Caregiver 2024 che ai sensi della DGR n. XII/5365/2025 sono state finalizzate all'attuazione della programmazione del Fondo Non Autosufficienza per l'esercizio 2026, destinandole al mantenimento nel contesto di vita scelto (domicilio) dalla persona con disabilità non autosufficiente e dalla persona anziana non autosufficiente, tramite:
 - o l'assistenza indiretta (contributo mensile di cui all'art. 1, comma 164 della legge n. 234/2021) ivi compresa la possibilità di erogare contributi di natura economica anche al caregiver familiare per il lavoro di cura svolta e purché inserito nel PAI/Progetto personalizzato/Progetto di vita e quindi, in tal senso, rientrante nei servizi offerti alla persona;
 - o l'assistenza diretta (erogazione di interventi di assistenza domiciliare e di sollievo di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234/2021);

Contribuiscono inoltre alla programmazione le risorse del PR FSE+ 2021-2027 – Priorità 3, obiettivo specifico ESO4.11, Azione k.2, pari complessivamente a euro 28.200.000,00 allocate alla Missione 12, programma 02, capitoli 15676, 15677, 15678 del bilancio regionale esercizio 2026 per euro 13.080.000,00, esercizio 2028 per euro 7.560.000,00 ed esercizio 2029 per euro 7.560.000,00 salvo risorse ulteriori che dovessero rendersi disponibili.

Le risorse complessivamente messe a disposizione per le politiche per la non autosufficienza nel triennio 2026-2028 sono pertanto € 710.176.505,00.

2. Destinazione delle risorse a favore del Programma Regionale per la Non Autosufficienza

Al fine di garantire una risposta adeguata al fabbisogno del territorio, la programmazione delle risorse, di cui al paragrafo 1, ha necessariamente dovuto tener conto dei seguenti parametri e indicatori di riferimento, al fine di orientarne l'utilizzo nel rispetto dei vincoli nazionali e degli obiettivi regionali:

- il trend di spesa dell'ultimo triennio, che evidenzia che circa il 70% delle risorse utilizzate si riferisce alla platea delle persone con disabilità e il restante 30% alle persone anziane non autosufficienti;
- il trend di crescita del fabbisogno stimato sulla base dell'andamento storico delle misure e determinato sulla base del numero delle prese in carico rilevate dalle piattaforme regionali dedicate;
- il nuovo PNNA 2025-2027 che all'art. 2 comma 8 stabilisce che le regioni utilizzano le risorse del presente decreto, per una quota nel limite del 50 per cento delle risorse assegnate, per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al

soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione

- il nuovo Fondo per la Non Autosufficienza 2025-2027, caratterizzato dalla presenza di una quota a destinazione vincolata, finalizzata al finanziamento dei LEPS per anziani, e di una quota indistinta;
- la ridefinizione della platea dei destinatari, per cui sono considerate persone con disabilità non autosufficienti le persone fino a 70 anni, ricomprendendo quindi la fascia d'età tra i 65 e i 70 anni, mentre sono considerate persone anziane non autosufficienti le persone con età superiore ai 70 anni; ciò si colloca nell'attuazione della riforma della disabilità di cui al D.Lgs. n. 62/2024, seppure ancora in fase di sperimentazione;

Sulla base dei parametri e degli indicatori sopra richiamati, la programmazione regionale ha avuto cura di assicurare la copertura del fabbisogno stimato nel triennio, nel rispetto dei vincoli e delle novità introdotte dal nuovo PNNA 2025-2027. In particolare, la quota indistinta è stata programmata in base alle specificità dei diversi contesti territoriali, tenuto conto sia delle esigenze delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza sia di quelle delle persone anziane non autosufficienti e garantendo la continuità dei servizi e dei sostegni già assicurati nell'ambito delle precedenti programmazioni.

Sulla base di quanto sopra, le risorse complessivamente messe a disposizione della programmazione regionale nel triennio sono state indirizzate, per ciascun anno, alle persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale (età > 70 anni) e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato (età fino a 70 anni) e sono state ripartite tra la Misura Sostegno e la Misura Servizi, come riportato nelle seguenti tabelle:

FNA 2025 - esercizio 2026	Persone con disabilità		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	18.161.399,90	86.777.327,70	104.938.727,60
MISURA SERVIZI	3.978.500,00	14.198.500,00	18.177.000,00
	22.139.899,90	100.975.827,70	123.115.727,60

	Persone anziane		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	7.783.457,10	37.190.283,30	44.973.740,40
MISURA SERVIZI	21.799.851,00	26.179.851,00	47.979.702,00
	29.583.308,10	63.370.134,30	92.953.442,40
TOTALE DIS+ANZ			216.069.170,00
PUA/PROVI			10.400.000,00
STANZIAMENTO 2026			226.469.170,00

FNA 2026 - esercizio 2027	Persone con disabilità		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	18.592.981,23	88.072.071,68	106.665.052,91
MISURA SERVIZI	6.938.500,00	17.158.500,00	24.097.000,00
	25.531.481,23	105.230.571,68	130.762.052,91

	Persone anziane		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	7.968.420,53	37.745.173,68	45.713.594,21
MISURA SERVIZI	21.799.851,00	26.179.851,00	47.979.702,00
	29.768.271,53	63.925.024,68	93.693.296,21
TOTALE DIS+ANZ			224.455.349,12
PUA/PROVI			10.400.000,00
STANZIAMENTO 2027			234.855.349,12

FNA 2027 - esercizio 2028	Persone con disabilità		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	22.621.884,43	100.961.653,28	123.583.537,71
MISURA SERVIZI	3.718.500,00	13.938.500,00	17.657.000,00
	26.340.384,43	114.900.153,28	141.240.537,71

	Persone anziane		
	già GRAVI	già GRAVISSIMI	TOTALE
MISURA SOSTEGNO	9.695.093,33	43.269.279,98	52.964.373,31
MISURA SERVIZI	19.933.537,50	24.313.537,50	44.247.075,00
	29.628.630,83	67.582.817,48	97.211.448,31
TOTALE DIS+ANZ			238.451.986,02
PUA/PROVI			10.400.000,00
STANZIAMENTO 2028			248.851.986,02

Si ricorda che con DGR n. XII/5544/2025, e successiva DGR n. XII/5926/2026, Regione Lombardia ha disposto, nelle more dell'approvazione del nuovo PNNA 2025–2027, la prosecuzione della Misura destinata alle persone anziane non autosufficienti con elevato bisogno assistenziale e alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già Misura B1) che erano già in carico al 31 dicembre 2025, assicurando l'erogazione del buono mensile e degli interventi di assistenza diretta fino al 30 giugno 2026, a garanzia della continuità degli interventi. Per tale finalità, la Regione ha reso disponibili risorse proprie per l'importo complessivo di euro 47.280.000,00, anticipando e integrando i finanziamenti statali non ancora disponibili. La Regione ha altresì stanziato risorse pari ad euro 14.600.000,00 del Fondo Sanitario Regionale da destinare ai voucher sociosanitari ed ai voucher ASD, attivabili con presentazione di apposita istanza già a far data dal 1° gennaio 2026.

Inoltre, con DGR n. XII/5365 del 24/11/2025 "Programma Operativo Regionale Fondo Caregiver Familiare - Annualità 2024", le risorse di cui al Decreto del Ministro per le disabilità di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali 8 gennaio 2025 ", che per Regione Lombardia ammontano ad **euro 4.779.000,00**, sono state destinate all'attuazione della programmazione del Fondo Non Autosufficienza per l'esercizio 2026, con finalità di

mantenimento nel contesto di vita scelto (domicilio) dalla persona con disabilità non autosufficiente e dalla persona anziana non autosufficiente, tramite:

- l'assistenza indiretta (contributo mensile di cui all'art. 1, comma 164 della legge n. 234/2021) ivi compresa la possibilità di erogare contributi di natura economica anche al caregiver familiare per il lavoro di cura svolta e purché inserito nel PAI/Progetto personalizzato/Progetto di vita e quindi, in tal senso, rientrante nei servizi offerti alla persona;
- l'assistenza diretta (erogazione di interventi di assistenza domiciliare e di sollievo di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234/2021).

Si conferma che l'utilizzo di tali risorse, pur avvenendo nell'ambito della programmazione FNA 2025 esercizio 2026, saranno oggetto di specifiche attività di monitoraggio e rendicontazione.

Si evidenzia infine che la rendicontazione da parte delle ATS e degli Ambiti territoriali dell'effettivo utilizzo delle risorse FNA ripartite deve avvenire entro il secondo anno successivo all'erogazione del fondo in misura non inferiore al 75%. Per tutti gli aspetti operativi circa le modalità di rendicontazione si rinvia a quanto previsto al paragrafo 3.3 dell'Allegato 3.

3. Riparto delle risorse da destinare ai PUA per il rafforzamento del sistema dei servizi territoriali

Con il DPCM 3 ottobre 2022 e con il successivo DPCM 20 aprile 2026 di approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027, sono stati adottati i due strumenti di programmazione pluriennale volti a definire le politiche pubbliche in materia di sostegno alle persone non autosufficienti. Tali Piani individuano un insieme organico di interventi finalizzati al rafforzamento e alla qualificazione del sistema dei servizi territoriali, con particolare riferimento ai Punti Unici di Accesso (PUA), concepiti come strutture organizzative in grado di garantire un accesso unitario, integrato e semplificato ai servizi sociali e sociosanitari.

Nell'ambito di questa strategia, i decreti hanno previsto lo stanziamento e la ripartizione di risorse a valere sul Fondo per le non autosufficienze (FNA), destinando una quota specifica vincolata al potenziamento degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), anche attraverso l'assunzione di personale con professionalità sociale. Nonostante ciò, l'effettivo utilizzo di tali risorse è risultato finora parziale, principalmente a causa dei vincoli normativi in materia di capacità assunzionale degli enti locali.

Il Fondo per le non autosufficienze, istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge n. 296/2006, rappresenta lo strumento finanziario principale per il sostegno degli interventi in favore delle persone non autosufficienti. Successivamente, la legge n. 234/2021 ha rafforzato tale impianto introducendo i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e prevedendo, tra l'altro, che l'accesso ai servizi sociosanitari sia assicurato proprio tramite i PUA. In coerenza con questo quadro normativo, i Piani nazionali hanno destinato parte delle risorse del Fondo al rafforzamento strutturale e organizzativo dei PUA, anche mediante nuove assunzioni di personale qualificato.

A fronte delle criticità applicative emerse, l'ANCI ha richiesto un parere alla Corte dei conti, la quale ha chiarito con deliberazione N. 10/SEAUT/2026/QMIG la natura giuridica delle risorse in questione. In particolare, la Corte dei conti ha evidenziato che si tratta di finanziamenti statali vincolati, trasferiti alle Regioni e successivamente agli ATS, configurandosi quindi come risorse esterne (eterofinanziamenti) rispetto ai bilanci degli enti locali. Tali risorse risultano inoltre espressamente destinate alla copertura di spese di personale, in quanto finalizzate all'attuazione di specifiche politiche pubbliche nel settore della non autosufficienza.

Alla luce del quadro normativo vigente e dei consolidati orientamenti della giurisprudenza contabile, la Corte ha ritenuto che tali finanziamenti siano riconducibili alla fattispecie disciplinata dall'art. 57, comma 3-septies, del decreto-legge n. 104/2020. Ne consegue che le spese di personale finanziate con le risorse del FNA, nei limiti in cui siano effettivamente vincolate e destinate a nuove assunzioni, possono essere escluse dal computo dei limiti assunzionali previsti dall'art. 33 del decreto-legge n. 34/2019, per tutta la durata del finanziamento.

Rimane tuttavia fermo l'obbligo, in capo agli enti beneficiari, di garantire la piena tracciabilità delle

risorse e di dimostrarne l'integrale utilizzo per le finalità previste, nel rispetto dei criteri di riparto e dei piani di trasferimento stabiliti a livello nazionale e regionale, nonché per l'intero periodo di effettiva copertura finanziaria.

Di seguito le risorse da assegnare ai singoli esercizi finanziari per garantire la spesa per il personale con professionalità sociale assunto con contratto a tempo indeterminato e ripartite come da tabella sottostante:

ATS	AMBITO	Totale unità personale	Risorse esercizio 2026	Risorse esercizio 2027	Risorse esercizio 2028
BRIANZA	Bellano	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Carate Brianza	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Desio	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Lecco	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Merate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Monza	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Seregno	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	Vimercate	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Abbiategrosso	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Alto Milanese	4	160.000,00 €	160.000,00 €	160.000,00 €
	Cernusco Sul Naviglio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Cinisello Balsamo	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Corsico	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Garbagnate Milanese	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Lodi	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Magentino	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Melzo	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Milano Città	14	560.000,00 €	560.000,00 €	560.000,00 €
	Paullo	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Pioltello	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Rho	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	San Giuliano Milanese	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
MONTAGNA	Sesto San Giovanni	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Trezzo d'Adda	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Visconteo Sud Milano	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Bormio	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Chiavenna	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Dongo	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Morbegno	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
VAL PADANA	Sondrio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Tirano	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Vallecamosonica	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Asola	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Crema	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Cremona	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Guidizzolo	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
INSUBRIA	Mantova	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Oglio Po	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Ostiglia	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Suzzara	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Arcisate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Azzate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Busto Arsizio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Campione d'Italia	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Cantù	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Castellanza	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Cittiglio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Como	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Erba	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Gallarate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Lomazzo - Fino Mornasco	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Luino	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Mariano Comense	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Menaggio	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Olgiate Comasco	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Saronno	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €

ATS	AMBITO	Totale unità personale	Risorse esercizio 2026	Risorse esercizio 2027	Risorse esercizio 2028
	Sesto Calende	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Somma Lombardo	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Tradate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Varese	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
PAVIA	Alto e Basso Pavese	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Broni e Casteggio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Lomellina	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Pavia	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
BERGAMO	Albino Valle Seriana	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Alto Sebino	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Bergamo	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Dalmine	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Grumello	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Monte Bronzone - Basso Sebino	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Romano Di Lombardia	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Seriate	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Treviglio	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Valle Brembana	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
	Valle Cavallina	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Valle Imagna E Villa d'Almè	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Valle Seriana Superiore e Valle Di Scalve	1	40.000,00 €	40.000,00 €	40.000,00 €
BRESCIA	Bassa Bresciana Centrale - 9	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Bassa Bresciana Occidentale - 8	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Bassa Bresciana Orientale - 10	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Brescia - 1	3	120.000,00 €	120.000,00 €	120.000,00 €
	Brescia Est - 3	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Brescia Ovest - 2	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Garda - Salò - 11	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Monte Orfano - 6	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Oglio Ovest - 7	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Sebino - 5	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Valle Sabbia - 12	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
	Valle Trompia - 4	2	80.000,00 €	80.000,00 €	80.000,00 €
Totale complessivo		198	7.920.000,00 €	7.920.000,00 €	7.920.000,00 €

4. Riparto delle risorse da destinare ai PRO.VI - Progetti di Vita Indipendente

Le risorse FNA vincolate per la realizzazione dei progetti di vita indipendente (Pro.Vi) pari a euro 2.480.000,00/anno sono da ripartire ad almeno **n. 31** Ambiti territoriali per il tramite delle ATS sulla base della spesa storica sostenuta dagli Ambiti Territoriali.

Il finanziamento previsto per ciascun Ambito è pari a euro 100.000,00 comprensivo della quota di co-finanziamento a carico dell'Ambito pari al 20% (euro 80.000,00 risorse MLPS/euro 20.000,00 risorse cofinanziamento Ambito).

È riconosciuta in capo alla ATS la possibilità di valutare una programmazione congiunta sovra-Ambito, con l'individuazione dell'Ambito/Comune capofila. Tale proposta permetterebbe il pieno utilizzo delle risorse anche da parte di Ambiti territoriali di minori dimensioni e una maggiore estensione della rete di azione.

È inoltre possibile utilizzare le risorse residue già assegnate con il Pro.Vi 2022 e non ancora impiegate dagli Ambiti territoriali, con l'impegno a spenderle entro l'esercizio in corso, prestando attenzione, in fase di rendicontazione, a imputarle correttamente al fondo di riferimento.

Qualora una ATS non riesca ad individuare Ambiti interessati a sviluppare tali progettualità, le risorse assegnate potranno essere eventualmente destinate ad altra ATS, sulla base di successive indicazioni della DG competente.

Il riparto per ATS per gli esercizi 2026, 2027 e 2028 è evidenziato nella tabella sottostante:

Agenzie di tutela della Salute (ATS)	Ambiti territoriali	Risorse
Milano	6	480.000,00
INSUBRIA	4	320.000,00
MONTAGNA	1	80.000,00
BRIANZA	3	240.000,00
BERGAMO	2	160.000,00
BRESCIA	8	640.000,00
VAL PADANA	5	400.000,00
PAVIA	2	160.000,00
Totale	31	2.480.000,00

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2027

Premessa	2
I. Le recenti riforme in favore delle persone in condizione di disabilità e delle persone anziane	2
II. Gli strumenti di programmazione: Piano nazionale per la non autosufficienza 2025/2027 e Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025/2027	3
1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria	4
1.1. Il quadro di contesto.....	4
1.2. L'integrazione sociosanitaria (art.1 comma 162, lettera a) legge 30 dicembre 2021 n. 234).....	5
1.2.1. Ambiti territoriali	7
1.2.2. Punti Unici di Accesso	7
1.2.3. Unità di valutazione multidimensionale: evoluzione e potenziamento	9
1.2.4. PAI/Progetto personalizzato e Progetto di vita.....	10
2. Le modalità di individuazione dei beneficiari.....	12
3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati.....	14
3.1. Gli interventi per gli obiettivi di servizio per le persone con disabilità non autosufficienti.....	14
3.2. Ulteriori interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo.....	15
3.2.1. Assegno di cura e per l'autonomia (Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021): Misura Sostegno.....	15
3.2.2. Assistenza domiciliare e interventi complementari per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (Articolo 1, comma 162 della legge di bilancio 234/2021): Misura Servizi.....	16
3.2.3. Gli interventi per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel PAI/Progetto personalizzato o nel Progetto di Vita.....	18
4. La programmazione triennale delle risorse finanziarie per l'attuazione degli obiettivi di servizio di erogazione	19
5. Il monitoraggio degli interventi	22
6. Le risorse e gli Ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente"	22

PREMESSA

L'attuale sistema di programmazione dei servizi si inserisce in una stagione di profondo rinnovamento normativo, avviata con la Legge Delega n. 227/2021 in materia di disabilità e la Legge n. 33/2023 relativa alla riforma dell'assistenza agli anziani. Tali riforme, pilastri fondamentali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), non rappresentano meri aggiornamenti regolamentari, ma impongono una riscrittura strutturale delle modalità di cooperazione tra Regioni, Ambiti Territoriali Sociali, Comuni, Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e Terzo Settore.

Il cambiamento di paradigma consiste nel superamento di un modello di welfare standardizzato e prevalentemente prestazionale a favore di un approccio personalizzato, capace di porre al centro la persona, i suoi bisogni e il contesto di vita in cui è inserita. In questa prospettiva, l'integrazione tra i sistemi sociale, sanitario e sociosanitario rappresenta una condizione essenziale per garantire l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi erogati dalla rete dei servizi territoriali.

Il riorientamento degli strumenti di programmazione prende avvio dal rafforzamento dei punti di contatto con il cittadino. In tale quadro, il Punto Unico di Accesso (PUA) assume un ruolo centrale all'interno del sistema territoriale, configurandosi come il luogo dedicato all'accoglienza, all'orientamento e alla presa in carico iniziale della domanda, nonché come nodo di raccordo con le Unità di Valutazione Multidimensionale e con l'intero sistema integrato dei servizi.

Analogamente, la Valutazione Multidimensionale Integrata assume una funzione strategica nell'accesso ai servizi e nella costruzione di percorsi assistenziali personalizzati. Attraverso un approccio unitario, integrato e multidisciplinare, essa consente di superare la tradizionale frammentazione tra i diversi ambiti di intervento, garantendo una lettura complessiva dei bisogni della persona e l'attivazione di risposte coordinate e appropriate.

I. Le recenti riforme in favore delle persone in condizione di disabilità e delle persone anziane

I decreti attuativi più recenti, in particolare il d.lgs. n. 62/2024 e il d.lgs. n. 29/2024 e smi, rappresentano una svolta nelle politiche nazionali e regionali: il primo rafforza i servizi sociali territoriali, semplifica l'accesso ai servizi sociosanitari, rivede le procedure di accertamento della disabilità e promuove progetti di vita individualizzati; il secondo punta a un sistema integrato di assistenza per gli anziani non autosufficienti, favorendo la permanenza a domicilio, richiamando i LEPS e i LEA, semplificando l'accesso ai servizi e valorizzando i progetti personalizzati.

Le riforme richiamate condividono l'obiettivo di migliorare la presa in carico coordinata e la qualità dei servizi, promuovendo percorsi integrati che garantiscano assistenza adeguata e dignitosa, inclusione e partecipazione sociale e tutela dei diritti delle persone con disabilità e degli anziani non autosufficienti.

II. Gli strumenti di programmazione: Piano nazionale per la non autosufficienza 2025/2027 e Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025/2027

Il Piano regionale per la non autosufficienza 2025-2027, in continuità con il quadro normativo rinnovato, definisce le linee strategiche e gli interventi necessari per sostenere le persone con disabilità non autosufficienti, favorendo condizioni di vita il più possibile autonome.

Per accompagnare gradualmente l'attuazione delle riforme, nell'esercizio 2026 viene assicurata la prosecuzione degli interventi già previsti dalla precedente programmazione FNA 2022-2024, garantendo la continuità dei servizi.

Tenuto conto delle specificità del proprio territorio, Regione conferma la quota di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi per l'esercizio 2026 (FNA 2025), assumendo come riferimento almeno quanto programmato per l'esercizio 2025. Si precisa che, per gli anni successivi, tale quota, con riferimento ai LEPS, potrà essere auspicabilmente incrementata fino al raggiungimento del pieno utilizzo delle risorse, mentre per il rafforzamento degli obiettivi di servizio sarà permesso anche grazie all'avvio di misure finanziate dall'integrazione delle risorse comunitarie.

In conclusione, nel triennio 2025-2027, il piano regionale mira da un lato a consolidare i risultati raggiunti, dall'altro a potenziare il sistema di interventi centrato sulla persona, capace di rispondere in modo mirato e flessibile ai bisogni delle persone non autosufficienti nonché di sostenere uno sviluppo graduale e sostenibile verso forme di assistenza più dirette e strutturate.

Il Piano regionale 2025-2027, pur collocandosi in continuità con il precedente ciclo, intende al contempo promuovere un sistema innovativo di servizi rivolti alle persone non autosufficienti. Tale sistema si fonda sull'individuazione e sul rafforzamento degli obiettivi di servizio e dei LEPS (vita indipendente), nonché sul consolidamento e sull'implementazione delle azioni già avviate anche nell'ambito delle progettualità del PNRR.

Nelle more di adozione del "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana", con conseguente approvazione della relativa programmazione regionale, la Regione, in continuità con la precedente programmazione, assicurerà anche alle persone anziane non autosufficienti, le prestazioni, gli interventi e i servizi assistenziali ad oggi previsti.

Per gli anziani non autosufficienti, con un'età superiore ai 70 anni, è prevista l'attuazione dei LEPS, che dovranno essere implementati progressivamente dagli Ambiti Territoriali Sociali nelle aree indicate dall'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c), della legge di bilancio n. 234/2021: nei settori dell'assistenza domiciliare sociale, dei servizi sociali di sollievo e di supporto, e sono rivolti sia alle persone anziane non autosufficienti che alle loro famiglie.

1. IL QUADRO DI CONTESTO E LE MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

1.1. Il quadro di contesto

I principali riferimenti normativi regionali in materia di programmazione sociale e sociosanitaria in Lombardia delineano un quadro organico volto a garantire l'integrazione tra servizi, la centralità della persona e il sostegno alle situazioni di fragilità e non autosufficienza.

Un primo riferimento fondamentale è rappresentato dalla Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, recante "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario". In particolare, l'articolo 18, commi 1, 2 e 6, stabilisce che il Piano di Zona – quale strumento di programmazione locale della rete dell'offerta sociale – debba assumere, di norma, come ambito territoriale di riferimento il distretto sociosanitario delle ASL. In Regione Lombardia, gli Ambiti territoriali, costituiti per la realizzazione della programmazione sociale a livello locale, garantiscono il raccordo con gli attuali distretti previsti dalla Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, che ha ridefinito l'assetto del sistema sociosanitario lombardo. Attualmente gli Ambiti sono 91.

Ulteriore riferimento rilevante è la Legge Regionale n. 2/2012, che valorizza in modo significativo il ruolo della famiglia. In particolare, l'articolo 2, comma 1, lettere g) e h), riconosce e sostiene la funzione della famiglia nella cura della persona e promuove interventi finalizzati a favorire la permanenza delle persone fragili nel proprio contesto di vita. L'articolo 10, comma 1, individua inoltre nei titoli sociali e sociosanitari strumenti concreti per sostenere la permanenza al domicilio delle persone fragili e per riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari nell'assistenza continuativa.

In questo quadro normativo si inserisce altresì la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33, "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", successivamente modificata e integrata da numerosi interventi normativi, tra cui la già citata l.r. n. 23/2015 e ulteriori leggi regionali intervenute tra il 2015 e il 2021, che hanno contribuito a ridefinire progressivamente l'organizzazione e il funzionamento del sistema sanitario e sociosanitario regionale.

Più recentemente, il legislatore regionale è intervenuto con la Legge Regionale 30 novembre 2022, n. 23, dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare, e con la Legge Regionale 6 dicembre 2022, n. 25, che disciplina le politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale delle persone con disabilità.

Rilevante il richiamo alla DGR n. XII/5587/2025 "Piano di azione regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità (PAR) 2026/2028" che rappresenta uno strumento strategico attraverso il quale Regione intende dare piena attuazione ai principi e agli indirizzi della nuova strategia europea sulla disabilità e della recente riforma nazionale in materia di disabilità, avviata con la Legge delega n. 227/2021 e con i successivi decreti attuativi.

In questo quadro di profondo rinnovamento culturale e organizzativo, il Piano si propone di accompagnare il cambiamento, orientando le politiche regionali verso un modello unitario, integrato e fondato sui diritti, capace di superare approcci settoriali e frammentati e di mettere al centro la persona con disabilità, i suoi desideri, le sue aspirazioni e il suo progetto di vita.

La finalità del documento è quella di fornire una cornice condivisa di riferimento per tutte le politiche regionali che incidono, direttamente o indirettamente, sulla qualità della vita delle persone con disabilità.

In coerenza con tale impianto normativo, Regione adotta le proprie programmazioni - ivi compreso il presente atto - nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali, favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi nel campo della non autosufficienza.

La presente programmazione è infatti frutto di un approccio e di un percorso di costruzione "dal basso" che muove da un'analisi della rete dell'offerta di servizi e delle sperimentazioni in corso nei diversi territori, condotta dagli attori istituzionali e sociali direttamente coinvolti nei territori e riuniti nelle Cabine di regia territoriali coordinate dalle ATS quali enti di programmazione territoriale.

Un percorso caratterizzato da specifici momenti di confronto nei territori con le associazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità, con gli enti del Terzo Settore e con le rappresentanze del sistema cooperativo.

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

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi in Lombardia a favore delle persone con disabilità, anziane non autosufficienti e delle loro famiglie è molto ricco ed articolato, fortemente orientato a supportare l'azione quotidiana di assistenza di queste persone al fine di mantenerle il più possibile nei propri luoghi e ambienti di vita.

Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie ha consentito di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Sono diversi gli ambiti nei quali l'integrazione sociosanitaria deve continuare e rafforzarsi, tra cui:

- funzionamento dei Punti Unici di Accesso (PUA);
- percorso assistenziale integrato costituito dalle fasi:
 - accesso,
 - prima valutazione,
 - valutazione multidimensionale,
 - elaborazione del progetto di vita individualizzato personalizzato e partecipato e del PAI,
 - monitoraggio degli esiti,
- presa in carico per garantire la piena esigibilità dei LEA e dei LEPS;
- assistenza territoriale e rete della domiciliarità.

Le sopra citate direttrici trovano il loro fondamento, da un lato, nella rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi e, dall'altro, nell'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema.

L'insieme di quest'ultime misure è fortemente orientato a perseguire l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita e della sua inclusione sociale, realizzando percorsi capaci di articolare risposte di sostegno alla domiciliarità nelle sue diverse formule.

Per quanto riguarda i LEPS di integrazione sociosanitaria, il livello ottimale di programmazione è individuato nel Distretto, rendendo indispensabile una stretta sinergia con le ASST e Ambiti Territoriali Sociali di riferimento. Le fasi di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione devono pertanto essere sviluppate congiuntamente da Ambiti e ASST, sotto il coordinamento delle ATS.

In questo quadro, la Cabina di Regia integrata delle ASST rappresenta il luogo privilegiato per la costruzione condivisa della programmazione, assicurando il raccordo tra i Piani di Zona degli Ambiti e i Piani di sviluppo dei poli territoriali (PPT) delle ASST.

Tra le macroaree di policy individuate assumono particolare rilievo gli interventi a favore delle persone con disabilità.

In tale ambito si prevede il potenziamento del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), sia in termini quantitativi sia qualitativi, l'integrazione dell'assistenza sociale con i servizi sanitari, l'implementazione di servizi/ambulatori dedicati alla disabilità adulta, la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, nonché l'attivazione di servizi di pronto intervento per emergenze temporanee, diurne e notturne.

È inoltre previsto il rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari (EEMM), sia sotto il profilo organizzativo sia in termini di competenze, e il consolidamento delle reti di cooperazione con tutti gli attori territoriali coinvolti. In coerenza con i LEPS, si promuove lo sviluppo di progetti personalizzati per la vita indipendente, l'attivazione di servizi di sollievo e sostituzione temporanea dei caregiver, il rafforzamento del SAD e la sua integrazione con le cure domiciliari.

Analoga centralità è riconosciuta agli interventi a favore delle persone anziane, in particolare nell'ambito della non autosufficienza. In questo campo si richiama la necessità di costruire azioni coerenti con gli obiettivi del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e di orientare la programmazione territoriale ai principi della recente riforma introdotta dal Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Tra gli obiettivi LEPS rientrano il potenziamento del SAD, l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, la presenza dell'assistente sociale dell'Ambito nella composizione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)/Unità di Valutazione multidimensionale Unificata, la semplificazione dell'accesso ai servizi sociali e sociosanitari e la garanzia di una presa in carico integrata attraverso la valutazione multidimensionale.

La programmazione mira, inoltre, a promuovere una maggiore appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni, ad assicurare la continuità assistenziale, a sostenere l'autonomia residua della persona fragile e migliorare la qualità della vita, superando una logica meramente assistenziale.

1.2.1. Ambiti territoriali

Come sopra richiamato, in osservanza alla Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3, gli Ambiti territoriali sociali assicurano il raccordo con i Distretti nella predisposizione del Piano di Zona e rappresentano il livello fondamentale per la pianificazione e l'attuazione degli interventi sociali in integrazione con il sistema sociosanitario.

Un ulteriore riferimento programmatico è rappresentato dalla DGR n. XII/2167/2024, recante "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027", che individua le macroaree prioritarie verso cui orientare la programmazione zonale. La programmazione e la realizzazione dei servizi necessari al raggiungimento dei LEPS richiedono un rinnovato protagonismo degli Ambiti territoriali. A questi non è soltanto demandato il compito di garantire il soddisfacimento dei livelli essenziali, ma anche quello di sviluppare servizi trasversali e integrati, capaci di raccordarsi con le azioni previste dai diversi Piani (PNRR, PNNA, ...), favorendo così una ricomposizione territoriale di interventi differenti per tipologia, governance e fonti di finanziamento.

Dall'analisi dei Piani di Zona 2025-2027 i LEPS rappresentano il principale ambito di integrazione sociosanitaria, in particolare attraverso il coordinamento con ASST e ATS. Gli interventi risultano infatti essere spesso trasversali rispetto a più aree di bisogno, confermando una crescente complessità e una maggiore maturità programmatica degli Ambiti, ma anche una pressione più intensa sulla governance (rapporti con attori territoriali, gestione delle reti, sostenibilità organizzativa). Si consolida la centralità della dimensione associata nella definizione delle politiche territoriali e si evidenzia un marcato orientamento all'innovazione sociale.

La co-programmazione e co-progettazione con il Terzo Settore, insieme al rafforzamento delle reti interistituzionali e alla digitalizzazione dei processi (presa in carico, governance, relazioni di rete), costituiscono elementi ricorrenti.

Nell'area disabilità e non autosufficienza si rafforza l'impegno per la continuità assistenziale e per la costruzione di percorsi integrati che accompagnino le diverse fasi di vita, riducendo i vuoti di supporto.

Centrale è il Progetto di Vita, che in una quota significativa degli obiettivi LEPS assume un ruolo strategico anche per l'organizzazione degli interventi.

Il potenziamento del lavoro di rete, il ruolo delle équipe multiprofessionali e la personalizzazione delle risposte delineano un'evoluzione verso un modello più sistemico di Long Term Care, superando logiche frammentate e settoriali.

1.2.2. Punti Unici di Accesso

Regione Lombardia considera lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso (PUA) tra le azioni prioritarie per l'integrazione sociosanitaria e l'accesso ai servizi sanitari e sociali, in attuazione della DGR XI/6760 del 25 luglio 2022 e del DM n. 77/2022 del Ministero della Salute.

Il PUA si configura quale servizio deputato ad accogliere, orientare e prendere in carico i cittadini, con particolare riferimento ai soggetti fragili o con bisogni complessi (cronicità, disabilità, non autosufficienza). È strutturato per:

- fornire accoglienza, orientamento e prima valutazione dei bisogni;

- raccordare servizi comunali, sociosanitari e sanitari;
- avviare percorsi di presa in carico integrati.

In particolare, le funzioni del PUA si articolano in:

- *front office*: rappresenta il primo punto di contatto con il cittadino, accessibile direttamente presso la Casa di Comunità o mediante canali di comunicazione telefonici e telematici. Attraverso personale adeguatamente formato, il PUA svolge attività di informazione e orientamento e facilitazione all'accesso della rete dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, nonché verso altri servizi competenti.
In questa fase può essere effettuata una prevalutazione finalizzata a individuare la natura e la complessità dei bisogni espressi.
Nei casi in cui sia necessario, avvia il percorso di presa in carico e l'attivazione degli interventi appropriati, compresa la ricezione dell'istanza per l'attivazione del progetto di vita.
- *back office*: è dedicato alla gestione delle situazioni caratterizzate da bisogni complessi. In tali casi, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) provvede alla definizione del Progetto Assistenziale Integrato o, ove previsto, del Progetto Personalizzato o, se richiesto, del Progetto di vita assicurando il coordinamento degli interventi necessari.

In sintesi, tra le attività del PUA troviamo:

- ascolto e orientamento;
- prima analisi del bisogno, anche con strumenti rapidi di triage;
- accompagnamento all'attivazione del servizio per bisogni semplici (es. ADI, SAD);
- attivazione dell'UVM, in caso di bisogno complesso, per valutazione multidimensionale integrata;
- definizione di un percorso individualizzato di presa in carico, con obiettivi e servizi attivabili tramite raccordo con la rete territoriale e, laddove previsto, con INPS.

La composizione degli operatori del PUA è flessibile, modulata in base all'organizzazione delle singole ASST. Essa si avvale, in modo continuativo o secondo articolazioni orarie programmate, di figure chiave quali l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), l'Assistente Sociale di Ambito (assicurando l'integrazione con il sociosanitario) e personale amministrativo di supporto. L'attivazione del PUA può avvenire tramite accesso spontaneo del cittadino (o dei suoi caregiver) oppure su segnalazione da parte dei Medici di Assistenza Primaria o altri specialisti. I PUA sono attivi principalmente all'interno delle Case della Comunità (CdC), potendo però essere organizzati anche in sedi innovative decentrate per ampliare la copertura territoriale.

La CdC rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Attraverso logiche di sanità d'iniziativa e un forte focus sulla prevenzione, offre risposte sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale per tutte quelle condizioni cliniche che non richiedono una gestione esclusivamente ospedaliera.

Promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di sostegni di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria, rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio, e

valorizzando e potenziando la rete della community care con collegamenti con le Associazioni di volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

La riforma della sanità territoriale legata al PNRR e il relativo Piano Operativo Regionale hanno previsto l'attivazione di un numero di Case della Comunità compreso tra un minimo di 187 e un massimo di 192 strutture finanziate con fondi PNRR.

Ad oggi, il monitoraggio evidenzia che 169 Case della Comunità risultano attive e funzionanti. Trattandosi di un processo in continua evoluzione, ogni ASST sta procedendo secondo un proprio cronoprogramma che — nell'ambito della complessiva programmazione del PNRR — è soggetto a rimodulazioni, anche in considerazione della scadenza imminente del 30 giugno 2026.

Le singole Direzioni Socio-Sanitarie delle ASST, in stretta sinergia con i rispettivi Direttori di Distretto, hanno provveduto a comunicare formalmente a Regione Lombardia le specifiche modalità attuative e organizzative relative alla valutazione multidimensionale, alle modalità di funzionamento dei PUA, di raccordo con gli ambiti territoriale e alle modalità di collaborazione con soggetti del terzo settore (utilizzando anche gli strumenti normativi previsti dal D.Lgs. n. 117/2017) e le associazioni di volontariato.

Si evidenzia altresì che è in corso una progressiva implementazione dell'Ecosistema Digitale Territoriale Regionale (SGDT) sviluppato da Regione per garantire l'interoperabilità dei dati sociali, sociosanitari e sanitari finalizzato a supportare l'erogazione dei servizi sul territorio. Si tratta in sostanza anche di utilizzare a pieno e in modo efficace la cartella sociale informatizzata, attraverso l'interoperabilità di banche dati e piattaforme integrando fonti di dati in capo a diversi attori e la cui ricomposizione sarebbe essenziale per una migliore capacità di intervento, anche in termini di personalizzazione delle azioni.

1.2.3. Unità di valutazione multidimensionale: evoluzione e potenziamento

La concreta realizzazione dell'integrazione sociosanitaria presuppone, in via preliminare, il potenziamento dei servizi territoriali con la definizione un modello di intervento condiviso, accessibile e uniforme su tutto il territorio regionale.

Gli interventi a favore delle persone con disabilità/non autosufficienza e delle loro famiglie orientati all'inclusione, alla partecipazione attiva, all'empowerment sia del singolo che del suo contesto di vita, non possono infatti prescindere da un'attenta sinergia tra i diversi interlocutori istituzionali afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale (Stato, Regione, Comuni, ATS e ASST).

La ricomposizione degli interventi è pertanto indispensabile per garantire risposte unitarie e modulate nelle diverse fasi del ciclo di vita della persona con il conseguente sviluppo di percorsi di presa in carico e di cura in cui i bisogni e le risorse della persona e del suo contesto di vita sono valorizzati.

Strumenti cruciali per promuovere tale approccio, sono la valutazione multidimensionale, il Progetto Individuale personalizzato e partecipato declinato nelle diverse dimensioni di vita – casa, salute, istruzione/formazione, lavoro, socialità/affettività – ed il Budget di Progetto.

In tale percorso la valutazione multidimensionale ha una funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individuale, secondo i principi di appropriatezza, di continuità assistenziale, di proattività della presa in carico e di "personalizzazione" dei progetti.

Essa, infatti, è il processo finalizzato all'individuazione integrata di bisogni sociali e sociosanitari, risorse, potenzialità e aspirazioni della persona.

Si articola nella rilevazione degli obiettivi personali, nell'analisi dei contesti di vita, nell'individuazione dei bisogni di sostegno e nella definizione degli interventi da attuare e monitorare.

Si articola nella rilevazione degli obiettivi personali, nell'analisi dei contesti di vita, nell'individuazione dei bisogni di sostegno e nella definizione degli interventi da attuare e monitorare.

È effettuata in maniera integrata tra équipe pluriprofessionali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e personale sociale dei Comuni (es. assistenti sociali, educatori, ...) sulla base di appositi protocolli operativi a garanzia di una stabilità e continuità dell'assetto organizzativo.

La **Valutazione Multidimensionale unica e integrata** rappresenta lo strumento centrale del sistema di assistenza rivolto alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità, poiché consente di integrare i bisogni sanitari e sociali all'interno di un unico processo valutativo. Garantire un'Unità di Valutazione Unica e integrata, infatti consente alla persona con disabilità o anziana non autosufficiente di poter accedere ai servizi sociosanitari, sanitari e sociali attraverso un unico percorso valutativo, evitando duplicazioni di accertamenti e frammentazione degli interventi.

La valutazione è effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ed è finalizzata alla definizione di un progetto unitario e coordinato (PAI/PI/PdV).

Le équipe multiprofessionali, come indicato nel documento di Agenas "Le equipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case di Comunità -linee di indirizzo tecnico" del 17 aprile 2026, può essere considerata come "un'organizzazione a "geometria variabile", anche in grado di sfumare le competenze individuali per valorizzare il lavoro congiunto e prestare attenzione al bisogno ed alle sue soluzioni, interagendo con altri attori coinvolti nel processo di presa in carico (assistente sociale, IFoC, ma anche reti sociali dell'utente) e riuscendo a cogliere problematiche sociali a partire da un accesso sanitario e viceversa".

In considerazione di quanto sopra, nell'arco del triennio di validità del presente Piano si intende definire e sviluppare un modello organizzativo con le relative modalità operative, al fine di programmare gli interventi in modo strutturato e di garantire un percorso di attuazione progressivo e sostenibile nell'ottica della presa in carico integrata della persona con disabilità e della persona anziana non autosufficiente, assunta quale presupposto fondamentale.

L'obiettivo è pertanto di accompagnare l'introduzione delle disposizioni previste dai decreti legislativi n. 62/2024 e n. 29/2024, nel rispetto delle sopra richiamate indicazioni di Agenas, attraverso un processo graduale, basato su criteri di coordinamento, efficacia amministrativa e uniformità applicativa, così da assicurare una piena e corretta attuazione delle misure previste dalla normativa di riferimento.

1.2.4. PAI/Progetto personalizzato e Progetto di vita

Il sistema regionale lombardo di presa in carico delle persone in condizione di non autosufficienza e disabilità si fonda su strumenti di programmazione personalizzata che oggi

trovano piena coerenza e continuità tra il livello nazionale e quello regionale. In tale contesto, la Legge regionale n. 25/2022 ha anticipato e preparato il quadro organizzativo e operativo regionale per l'attuazione degli strumenti funzionali allo sviluppo dei progetti individuali, rafforzando i modelli di valutazione multidimensionale, di presa in carico integrata e di personalizzazione degli interventi, in una logica strutturata di integrazione tra ambito sociale, sociosanitario e sanitario.

La legge regione si configura quindi come atto anticipatorio rispetto a quanto stabilito dal d.lgs. n. 62/2024, assicurando continuità tra le esperienze regionali già consolidate e il nuovo impianto normativo nazionale in materia di disabilità e progetto di vita.

Il Progetto personalizzato (PP) è l'esito definito nell'ambito della presa in carico della persona a seguito della valutazione multidimensionale. Ha lo scopo di individuare e organizzare in modo coordinato l'insieme degli interventi, dei servizi e dei sostegni necessari per rispondere ai bisogni emersi. Il PP delinea un percorso di inclusione complessivo che può riguardare diversi ambiti della vita della persona, quali ad esempio l'inclusione scolastica, l'inserimento lavorativo e la partecipazione alla vita della comunità. Esso si integra con il Piano Assistenziale Individuale (PAI), che ne rappresenta la componente sociosanitaria.

Il Progetto individualizzato, considerato nell'insieme delle parti che lo compongono è quindi definito sulla base della valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento diretto della persona interessata, della famiglia o del legale rappresentante. Individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, modulati in relazione all'intensità del bisogno, definendo in modo chiaro responsabilità, compiti e modalità operative dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico, nonché il contributo della rete familiare e degli altri soggetti che concorrono alla sua attuazione.

Con particolare riferimento ai percorsi in favore delle persone con disabilità, il Progetto individualizzato può configurarsi come una componente attuativa strettamente integrata e coordinata all'interno della più ampia cornice del Progetto di Vita, introdotto e disciplinato dagli articoli 18 e 26 del d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62.

Laddove richiesto dalla persona, il Progetto di Vita individua, per qualità, quantità ed intensità, gli strumenti, le risorse, gli interventi, i benefici, le prestazioni, i servizi e gli accomodamenti ragionevoli, volti ad attivare i supporti necessari per l'inclusione e la partecipazione della persona stessa nei diversi ambiti di vita (compresi quelli scolastici, della formazione superiore, abitativi, lavorativi e sociali,) garantendo continuità e sostenibilità nel tempo nel rispetto della autodeterminazione del beneficiario.

2. LE MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

Il presente Piano si colloca in continuità con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, mantenendone l'impostazione di fondo e il perimetro di intervento nell'ambito delle politiche sociali rivolte alle persone in condizione di non autosufficienza. L'approccio adottato considera tale condizione non soltanto sotto il profilo sanitario o funzionale, ma anche in relazione alle dimensioni culturali, socioeconomiche, relazionali e simboliche che caratterizzano i diversi contesti di vita delle persone.

Nell'ambito delle politiche di assistenza continuativa (Long Care Term), i destinatari vengono generalmente distinti tra **anziani** e **persone con disabilità**: nel primo caso la perdita di autonomia è prevalentemente associata al processo di invecchiamento; nel secondo caso, invece, la non autosufficienza può essere presente fin dalla nascita oppure manifestarsi nel corso della vita, accompagnando la persona in diverse fasi e generando bisogni di supporto differenziati.

La presente programmazione si rivolgerebbe esclusivamente alle persone con disabilità non autosufficienti, con età fino a 70 anni. Tuttavia, nelle more dell'adozione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027, Regione Lombardia garantisce anche alle persone anziane non autosufficienti, le prestazioni, gli interventi e i servizi assistenziali previsti dalla presente programmazione.

Nella fase attuale, caratterizzata dalla realizzazione progressiva della riforma in materia di disabilità introdotta dal Decreto legislativo 3 maggio 2024 n. 62, la condizione di non autosufficienza continua a essere individuata sulla base dei criteri previgenti.

In particolare, ai fini del Piano sono considerate persone con disabilità in condizione di non autosufficienza coloro che possiedono almeno uno dei seguenti requisiti:

- Certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992, art. 3 comma 3.
- Indennità di accompagnamento (L. n. 18/1980 e smi).
- Valutazione di non autosufficienza secondo i criteri dell'allegato 3 del DPCM 159/2013;
- Riconoscimento di condizione di gravissima disabilità secondo il decreto del Ministero del Lavoro del 26 settembre 2016;
- Certificazione della condizione di disabilità ad esito del procedimento di valutazione di base (D.Lgs. 62/2024).

L'attuale sistema si colloca infatti in una fase transitoria, in attesa della piena attuazione della riforma di cui al decreto legislativo n. 62 del 2024, che prevede l'introduzione di una nuova procedura denominata "valutazione di base". Nelle province in cui si è avviata sperimentalmente la riforma della disabilità, ovvero ad oggi le province di Brescia, Bergamo, Como, Milano, Mantova, Pavia, Sondrio, la valutazione di base consentirà di accertare in modo integrato la condizione di disabilità e l'eventuale presenza di non autosufficienza, secondo una prospettiva che considera la disabilità come il risultato dell'interazione tra la persona e i contesti di vita.

Relativamente agli anziani non autosufficienti, un elemento di novità nel quadro normativo è rappresentato dalla Legge n. 33/2023, che ha introdotto un nuovo strumento di programmazione denominato Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana.

Per l'individuazione dei destinatari del Piano, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, si farà riferimento al nuovo sistema di valutazione multidimensionale previsto dall'articolo 27 del Decreto legislativo n. 29/2024, i cui decreti attuativi sono tuttora in fase di perfezionamento. Tale valutazione adotta un approccio bio-psico-sociale che consente un'analisi più completa dei bisogni della persona.

La valutazione della condizione di non autosufficienza nelle persone anziane viene effettuata da un'unità di valutazione multidimensionale composta da professionisti sociali e sanitari. L'accesso al percorso valutativo avviene su segnalazione del medico di assistenza primaria o di un medico del Servizio Sanitario Nazionale, e dovranno essere presenti congiuntamente i seguenti requisiti:

- persona affetta da almeno una patologia cronica;
- persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

3. LA DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI PROGRAMMATI

3.1. Gli interventi per gli obiettivi di servizio per le persone con disabilità non autosufficienti

Il presente Piano si inserisce in continuità con la programmazione 2022-2024, con la finalità di dare seguito e rafforzare gli interventi già avviati, nel rispetto del quadro delle competenze e delle responsabilità attribuite ai diversi livelli di governo – statale, regionale e locale. In questa prospettiva, il Piano mira a favorire un processo di riordino e integrazione delle politiche e delle prestazioni, orientato a ridurre la frammentazione degli interventi e ad assicurare progressivamente una più uniforme ed effettiva tutela dei diritti civili e sociali sull'intero territorio regionale.

Ad integrazione degli interventi individuati dal presente Piano, nell'ambito della "Priorità 3 INCLUSIONE – 4.11 – AZIONE K.2. – PR FSE+ 2021-2027" con DGR n. 5627/2026 sono stati stanziati per il triennio ulteriori euro 28.200.000,00 per la Misura "Solievo": misura che mira a rafforzare i servizi sociali territoriali per le persone con disabilità e non autosufficienti di età compresa tra 0 e 70 anni.

Gli interventi saranno erogati per il tramite degli Ambiti territoriali in forma singola o aggregata, a scelta tra le seguenti linee di intervento:

Linea di intervento 1. Servizi di sollievo e di supporto alla persona nel suo contesto di vita:

- area sollievo diurno;
- area sollievo domiciliare;
- area attività vita quotidiana;
- area tempo libero;
- area vita partecipata.

Linea di intervento 2. Servizi per la facilitazione e la diffusione tra la popolazione dell'accesso ai servizi sociosanitari e socioassistenziali. Nell'ambito della presa in carico di un Progetto Individuale/progetto di vita, la linea sostiene i servizi di accompagnamento in un'ottica di superamento delle barriere e di miglioramento del livello di autonomia nell'accesso ai servizi sociosanitari e socioassistenziali.

Linea di intervento 3. Sostegno ai caregiver:

- gruppi di auto mutuo aiuto;
- counseling/supporto psicologico;
- aiuto/supporto nell'espletamento di pratiche, visite mediche;
- orientamento e informazione;
- formazione e addestramento.

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

3.2.1. Assegno di cura e per l'autonomia (Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021): Misura Sostegno

La programmazione regionale per il prossimo triennio sarà impostata in termini di continuità con la precedente gestione, con la conferma del percorso di implementazione graduale e costante dei servizi.

La misura "Sostegno" riveste un ruolo particolarmente significativo nell'ambito della programmazione regionale poiché favorisce la permanenza della persona nel proprio domicilio e prevede la possibilità di erogare un contributo economico aggiuntivo rispetto all'indennità di accompagnamento.

L'erogazione del contributo, da parte delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e Ambiti Territoriali Sociali, è finalizzata al riconoscimento del lavoro di cura svolto da personale con regolare rapporto di lavoro o mediante acquisto di servizi, o dal familiare che presta direttamente assistenza.

Il contributo economico è riconosciuto esclusivamente se previsto all'interno del PAI, del Progetto personalizzato o del Progetto di vita, configurandosi quindi come parte integrante degli interventi e dei servizi rivolti alla persona. In tale prospettiva e nelle more dell'approvazione di una specifica normativa nazionale dedicata al caregiver familiare la misura conferma il ruolo di tale figura.

Con la DGR n. XII/5365/2025 sono state finalizzate le risorse previste dal Decreto dell'8 gennaio 2025 del Ministro per le disabilità, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, che per Regione Lombardia ammontano ad euro 4.779.000,00, e destinate ad integrare l'attuazione della programmazione del Fondo per la Non Autosufficienza per l'esercizio 2026.

Tali risorse sono finalizzate a sostenere il mantenimento al domicilio della persona con disabilità non autosufficiente e della persona anziana non autosufficiente assistita dal proprio caregiver familiare attraverso specifici interventi di:

- assistenza indiretta (contributo mensile di cui all'art. 1, comma 164 della legge n. 234/2021);
- assistenza diretta (erogazione di interventi di assistenza domiciliare e di sollievo di cui all'art. 1, comma 162 della legge n. 234/2021);

L'utilizzo di tale fondo sarà oggetto di specifiche attività di monitoraggio e rendicontazione, finalizzate a garantirne la corretta destinazione, l'efficacia degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Ad integrazione della misura Sostegno potrebbero essere riconosciuti interventi di assistenza diretta di natura sociosanitaria, socioassistenziale e socioeducativa erogati dalle ASST e dagli Ambiti Territoriali Sociali secondo le proprie modalità e forme. Per tali interventi si rinvia all'allegato 3.

Nel corso dell'esercizio 2026 e per l'intero triennio di programmazione sarà perseguito un progressivo rafforzamento dei servizi sociali di supporto di cui alla lettera c) del comma 162, rivolti alle persone in condizione di non autosufficienza e ai rispettivi nuclei familiari,

nell'ottica di garantire una presa in carico più integrata e rispondente ai bisogni assistenziali, relazionali e di inclusione sociale.

A tal fine, verrà avviato un percorso di revisione e riqualificazione dell'attuale "misura sostegno", con particolare riferimento al contributo economico riconosciuto per la remunerazione degli assistenti familiari regolarmente assunti. L'intervento è finalizzato a superare una logica prevalentemente monetaria della prestazione, orientandola progressivamente verso un modello basato sull'attivazione e sull'erogazione di servizi alla persona, maggiormente integrati con la rete territoriale dei servizi sociali e socioassistenziali.

Tale processo consentirà di ricondurre gradualmente la misura nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare di cui alla lettera a) del comma 162. La rimodulazione degli interventi sarà inoltre funzionale al consolidamento e all'implementazione dei LEPS, attraverso un ampliamento dell'offerta di servizi domiciliari e di supporto, una maggiore uniformità nell'accesso alle prestazioni, una qualificazione del lavoro di cura e un più efficace utilizzo delle risorse disponibili in coerenza con gli obiettivi della programmazione sociale territoriale.

Nel corso del triennio sarà pertanto attivato e progressivamente consolidato un percorso volto a favorire in modo stabile, qualificato ed efficace l'incontro tra domanda e offerta di assistenza, mettendo in rete Ambiti territoriali, Centri per l'Impiego, famiglie e caregiver professionali, al fine di rafforzare l'accessibilità ai servizi e qualificare il lavoro di cura.

3.2.2. Assistenza domiciliare e interventi complementari per le persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (Articolo 1, comma 162 della legge di bilancio 234/2021): Misura Servizi.

La Misura Servizi è rivolta alle persone in condizione di non autosufficienza con disabilità e – nelle more dell'approvazione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana – agli anziani.

Comprende interventi di:

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

Questa misura, in continuità con la programmazione precedente, consentirà di consolidare il percorso di raggiungimento degli obiettivi di servizio rivolti alle persone con disabilità non autosufficienti, attraverso la realizzazione di interventi mirati e continuativi, e di sostenere la progressiva attuazione dei LEPS destinati alla popolazione anziana non autosufficiente.

Parallelamente, al fine di promuovere l'inclusione territoriale, rafforzare le relazioni di prossimità e favorire la piena affermazione dei diritti di cittadinanza, si rende necessario adottare modelli di intervento innovativi capaci di agire nei e sui luoghi di vita, valorizzando l'empowerment dei contesti e delle comunità locali. Tali modelli devono favorire la costruzione di reti collaborative tra enti del Terzo settore, Comuni e altre istituzioni, in grado di progettare e realizzare servizi, attività e interventi integrati, contribuendo a rendere i territori sempre più inclusivi e partecipativi.

In tale prospettiva, accanto all'offerta consolidata dei servizi e degli interventi già garantiti dalla Misura Servizi, si svilupperanno nuove progettualità, tra cui la Misura Solievo, finanziata nell'ambito del FSE+, finalizzata ad ampliare e rafforzare il sistema territoriale dei servizi personalizzati rivolti alle persone con disabilità non autosufficienti. La misura promuove, inoltre, l'introduzione di modalità di intervento innovative, orientate a rispondere in modo sempre più efficace e flessibile ai bisogni delle persone e delle loro famiglie.

Nello specifico per le **persone in condizione di disabilità con necessità di sostegni intensivi**:

- **molto elevati** (già gravissimi): con questo Piano si confermano e implementano gli interventi di natura sociale con finalità di:
 - supporto e sollievo ai caregiver familiari: attraverso l'attivazione di interventi per la sostituzione nel caregiving, di sostegno al caregiver familiare anche individuale o di gruppo, per l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura e di tenuta del caregiver anche a seguito di una modifica dell'equilibrio familiare o assistenziale conseguente alle mutate condizioni ed esigenze di assistenza;
 - benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente: attraverso interventi di supporto alla persona con la finalità di implementare occasioni di relazione con gli altri in contesti di vita "ordinari", sviluppare attività per promuovere la convivialità come modo di stare insieme e condividere un senso di appartenenza, incrementare le risorse personali potenziando l'empowerment soggettivo ed infine, migliorare i comportamenti, le competenze, le capacità e le abilità ampliando l'autonomia personale.

complementari alla rete consolidata dei servizi domiciliari, tra cui le Cure Domiciliari Integrate (C-Dom) per prestazioni di natura sociosanitaria, le prestazioni di assistenza tutelare ed educativa fornite dai Comuni tramite il SAD.

Per quanto riguarda gli interventi di sollievo a favore dei caregiver, Regione Lombardia ha sviluppato una proposta organica e qualificata di servizi finalizzati a sostenere concretamente il ruolo di cura svolto dai familiari e dagli assistenti informali. Tali interventi consentono la temporanea sostituzione del caregiver nelle attività di assistenza e accudimento, offrendo risposte flessibili e personalizzate in ambito domiciliare, diurno e residenziale.

Questa offerta rappresenta un sostegno concreto alle famiglie e contribuisce alla sostenibilità dei percorsi assistenziali nel lungo periodo.

Con particolare riferimento, alle persone in Stato vegetativo ed alle persone affette da malattie del motoneurone (ivi compresa la Sclerosi Laterale Amiotrofica si precisa che in Lombardia i ricoveri di sollievo sono a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.

Per i minori con disabilità e con necessità di sostegni intensivi molto elevati la specifica Misura regionale sostiene anche l'attivazione di periodi di sollievo.

Gli interventi complementari all'assistenza domiciliare, compresi i ricoveri di sollievo ed altre azioni di sostegno al percorso domiciliare, saranno garantiti per sostenere la persona non autosufficiente e supportare le famiglie con soggetti fragili sulla base del Progetto individuale/PAI/PdV.

- **elevati** (già grave): anche le persone non autosufficienti che necessitano di sostegni ad alta intensità possono accedere all'offerta dei servizi consolidati prevista dal presente Piano, sia attraverso la Misura Servizi sia mediante la Misura Solievo finanziata dal FSE+.

In considerazione delle specifiche caratteristiche e dei bisogni espressi da questa platea, gli interventi proposti – sia quelli rivolti direttamente alle persone con disabilità sia quelli destinati al sostegno e al sollievo delle famiglie e dei caregiver – sono prevalentemente orientati in ambito sociale e relazionale.

L'obiettivo è quello di valorizzare la persona all'interno del proprio contesto di vita, promuovendo opportunità di partecipazione, inclusione e appartenenza alla comunità, nonché percorsi finalizzati al mantenimento e al potenziamento delle competenze, delle autonomie e delle capacità personali e relazionali.

In coerenza con tali finalità, le linee di intervento si articolano nei seguenti ambiti:

- sollievo diurno;
- sollievo domiciliare;
- supporto alle attività della vita quotidiana;
- promozione del tempo libero;
- sostegno alla partecipazione sociale e alla vita di comunità.

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

Considerato che, per l'area della non autosufficienza, le risorse del FNA saranno progressivamente destinate al finanziamento di servizi erogati in forma diretta, si rende necessario rafforzare gradualmente la rete dei servizi sociali per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone non autosufficienti.

Per quanto sopra, nel corso del triennio resta comunque possibile l'erogazione di servizi sia in forma diretta sia indiretta; in quest'ultimo caso, i servizi devono essere garantiti tramite titoli di acquisto nell'ambito dei sistemi di accreditamento istituzionale. Eventuali erogazioni monetarie sono ammesse esclusivamente come esito di una valutazione multidimensionale e devono essere previste all'interno del PAI/PI/PdV.

4. LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE DELLE RISORSE FINANZIARIE PER L'ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO DI EROGAZIONE

Persone con disabilità non autosufficienti

PNNA 2025-2027			Persone con disabilità non autosufficienti	
Matrice di Programmazione FNA 2025			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016
Obiettivi di servizi				
Obiettivi di servizio	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	172.620,00 €	100.695,00 €
		Comma 162		
		Lettera a)		
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	1.251.495,00 €	1.323.420,00 €
		Comma 162		
		Lettera b)		
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	14.385,00 €	14.385,00 €
		Comma 162		
		Lettera c)		
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	L. 234/2021	17.124.356,90 €	51.373.070,70 €
		Comma 164		
		D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità	
			Valutazione multidimensionale	
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita	
			Monitoraggio	

PNNA 2025-2027			Persone con disabilità non autosufficienti	
Matrice di Programmazione FNA 2026			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016
Obiettivi di servizi				
Obiettivi di servizio	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	172.620,00 €	100.695,00 €
		Comma 162		
		Lettera a)		
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	1.251.495,00 €	1.323.420,00 €
		Comma 162		
		Lettera b)		
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	14.385,00 €	14.385,00 €
		Comma 162		
		Lettera c)		
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	L. 234/2021	17.555.938,23 €	52.667.814,68 €
		Comma 164		
		D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità	
			Valutazione multidimensionale	
			PAI/Progetto personalizzato o Progetto di Vita	
			Monitoraggio	

PNNA 2025-2027			Persone con disabilità non autosufficienti		
Matrice di Programmazione FNA 2027					
Obiettivi di servizi			Con necessità di sostegno intensivo elevato o molto elevato (art. 3 comma 3, l. 104/92) con o senza indennità di accompagnamento di cui alla l.18/1980	Ai sensi del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016	
Obiettivi di servizio	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	172.620,00 €	100.695,00 €	
		Comma 162			
		Lettera a)			
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	1.251.495,00 €	1.323.420,00 €	
		Comma 162			
		Lettera b)			
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	14.385,00 €	14.385,00 €	
		Comma 162			
		Lettera c)			
	Contributi	L. 234/2021	22.621.884,43 €	67.865.653,28 €	
Comma 164					
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs.n.62 del 2024	Procedura valutativa di base su richiesta dell'interessato attraverso la trasmissione del certificato medico introduttivo all'INPS. Riconoscimento della condizione di disabilità		
			Valutazione multidimensionale		
			PAI/Progetto personalizzato o		
			Progetto di Vita		
			Monitoraggio		

Persone anziane non autosufficienti

PNNA 2025-2027			Persone anziane non autosufficienti		
Matrice di Programmazione FNA 2025			Basso bisogno assistenziale	Alto bisogno assistenziale	
LEPS					
LEPS	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	11.553.921,03 €	15.259.895,70 €	
		Comma 162			
		Lettera a)			
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	10.027.931,46 €	6.321.956,79 €	
		Comma 162			
		Lettera b)			
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	217.998,51 €	217.998,51 €	
		Comma 162			
		Lettera c)			
obiettivi di servizio	Contributi	L. 234/2021	7.339.010,10 €	22.017.030,30 €	
	<i>(Resta inteso che le previsioni di cui all'articolo 1, comma 164, della Legge n. 234/2021, sono da intendersi quali obiettivi di servizio)</i>	Comma 164			
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs. n. 29 del 2024			
			Valutazione multidimensionale		
			PAI/Progetto personalizzato		
			Monitoraggio		

A00 COMUNE DI ROBBIALE
Protocollo Arrivo N. 11853/2026 del 18-09-2026
Allegato 2 - Class. 7.12 - Copia Documento

PNNA 2025-2027			Persone anziane non autosufficienti		
Matrice di Programmazione FNA 2026			Basso bisogno assistenziale		Alto bisogno assistenziale
LEPS					
LEPS	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	11.553.921,03 €	15.259.895,70 €	
		Comma 162			
		Lettera a)			
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	10.027.931,46 €	6.321.956,79 €	
		Comma 162			
		Lettera b)			
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	217.998,51 €	217.998,51 €	
		Comma 162			
		Lettera c)			
obiettivi di servizio	Contributi	L. 234/2021	7.523.973,53 €	22.571.920,68 €	
	<i>(Resta inteso che le previsioni di cui all'articolo 1, comma 164, della Legge n. 234/2021, sono da intendersi quali obiettivi di servizio)</i>	Comma 164			
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs. n. 29 del 2024			
			Valutazione multidimensionale		
			PAI/Progetto personalizzato		
			Monitoraggio		

PNNA 2025-2027			Persone anziane non autosufficienti			
Matrice di Programmazione FNA 2027			Basso bisogno assistenziale		Alto bisogno assistenziale	
LEPS						
LEPS	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021	10.564.774,88 €		13.953.476,25 €	
		Comma 162				
		Lettera a)				
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021	9.169.427,25 €		5.780.725,88 €	
		Comma 162				
		Lettera b)				
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021	199.335,38 €		199.335,38 €	
		Comma 162				
		Lettera c)				
obiettivi di servizio	Contributi	L. 234/2021	9.695.093,33 €		29.085.279,98 €	
	(Resta inteso che le previsioni di cui all'articolo 1, comma 164, della Legge n. 234/2021, sono da intendersi quali obiettivi di servizio)	Comma 164				
Matrice di Processo	Procedimento Assistenziale Integrato	D.Lgs. n. 29 del 2024				
			Valutazione multidimensionale			
			PAI/Progetto personalizzato			
			Monitoraggio			

Le tabelle sopra riportate indicano la programmazione delle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza nel triennio 2025-2027, articolandone la destinazione per platea di riferimento, intensità assistenziale e finalità applicativa ai sensi dei commi 162 e 164 dell'art. 1 della L. 234/2021. Si precisa che le suddette matrici sono funzionali a dare evidenza della destinazione delle risorse sulla base della dotazione di risorse nazionali previste per ciascun anno. Considerata la presenza di quote vincolate per l'attuazione dei LEPS di importo

costante nel triennio, si conferma l'impegno di Regione a promuovere e consolidare, nel corso del triennio, lo sviluppo progressivo dei servizi di cui al comma 162 lettere a), b) e c). Tale sviluppo potrà eventualmente concretizzarsi anche valorizzando la componente qualitativa di servizi già attivi sul territorio.

Per quanto riguarda gli obiettivi di servizio destinati alle persone con disabilità non autosufficienti, nella matrice viene indicato solo l'importo di FNA annualmente a ciò destinato. Si richiama allo scopo la Misura "Sollevio" finanziata a valere su risorse comunitarie FSE+ e finalizzata al rafforzamento dei servizi territoriali a favore delle persone con disabilità, anche non autosufficienti, assistite al proprio domicilio, che agisce in complementarietà alle misure a valere sul FNA nella logica della ricomposizione delle risorse.

5. IL MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI

Il monitoraggio periodico avviene tramite un Flusso informativo contenente i tracciati record previsti per la rilevazione delle informazioni analitiche dei dati riferiti agli assistiti (dalla valutazione multidimensionale all'erogazione) come previsto dalla programmazione regionale vigente. Inoltre, mensilmente, viene acquisito una rendicontazione dettagliata da parte delle Agenzie di Tutela della Salute. E' previsto inoltre un rafforzamento della governance regionale per il monitoraggio e la rendicontazione dei livelli di spesa del FNA per garantire la corretta trasmissione dei dati verso il livello nazionale attraverso il sistema informativo SIOSS. Per ulteriori e maggiori dettagli si rinvia al paragrafo 3.3 dell'Allegato 3.

6. LE RISORSE E GLI AMBITI TERRITORIALI COINVOLTI NELL'IMPLEMENTAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE"

Il diritto all'autodeterminazione è un principio cardine che garantisce a ogni persona la libertà di scegliere e orientare la propria vita in tutte le sue dimensioni: decisioni personali, identità, relazioni, salute e partecipazione sociale. Si concretizza, ad esempio, nella possibilità di scegliere il proprio percorso di studio e lavoro, le relazioni, il luogo e le modalità di vita, oltre che nelle decisioni sanitarie.

Per le persone con disabilità, queste opportunità non sono solo tappe di crescita, ma condizioni essenziali per affermare la propria autonomia e ottenere pari diritti e opportunità. In questo ambito, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità ha segnato un cambiamento decisivo: si è passati da una visione "sanitaria", centrata sulle limitazioni individuali, a un approccio basato sui diritti umani, che riconosce la persona come soggetto attivo, il cui pieno sviluppo può essere ostacolato da barriere ambientali, sociali e culturali.

Da qui deriva il modello bio-psico-sociale, che considera la disabilità come il risultato dell'interazione tra individuo e contesto. Di conseguenza, non basta intervenire sulla persona, ma occorre anche modificare l'ambiente, eliminando ostacoli e favorendo condizioni di inclusione.

In questa prospettiva si collocano i progetti di vita indipendente, che promuovono autonomia, partecipazione sociale e inclusione attraverso interventi personalizzati. Questi includono supporto alla vita quotidiana, inserimento lavorativo, relazioni sociali, uso del tempo libero, soluzioni abitative autonome (come housing e cohousing) e tecnologie per l'autonomia domestica.

Elemento centrale è il “progetto di vita”, definito come un piano personalizzato e partecipato che integra risorse, servizi e sostegni necessari per realizzare concretamente gli obiettivi della persona in ambiti come istruzione, lavoro, salute, abitare e socialità. Si tratta di uno strumento dinamico, costruito insieme alla persona e alla sua rete, che mira a garantire una piena inclusione nella comunità.

Le politiche pubbliche italiane hanno progressivamente integrato questi interventi nella programmazione ordinaria, riconoscendoli come livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). I progetti sono rivolti principalmente ad adulti con disabilità e danno priorità alle situazioni di maggiore bisogno, valutate in modo multidimensionale.

Tra gli strumenti principali vi sono l'assistente personale, scelto dalla persona stessa, i sostegni economici per l'autonomia abitativa, gli interventi educativi e sociali, e l'uso di tecnologie innovative. Fondamentale è anche il coinvolgimento della comunità e del Terzo settore, per costruire reti di supporto e favorire inclusione duratura.

Nel complesso, i progetti di vita indipendente rappresentano un processo partecipato e multidimensionale, orientato a superare l'istituzionalizzazione e a garantire alle persone con disabilità la possibilità concreta di vivere come membri attivi e autonomi della società.

Per maggiori dettagli si rinvia alla programmazione regionale in via di definizione “Vivere in autonomia: diritto alla vita indipendente e Dopo di Noi”.

PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2027

Indice

Premessa	2
Glossario	4
1. Platea dei destinatari	7
1.1 Persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale	8
1.2 Persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale.....	12
2. Strumenti.....	13
2.1 Misura Sostegno	13
2.1.1 Contributo per il caregiver familiare.....	14
2.1.2 Contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato.....	15
2.1.3 Contributo Assegno di autonomia	16
2.2 Misura Servizi	16
2.2.1 Interventi integrativi sociali	17
2.2.2 Voucher sociosanitario	19
2.2.3 Voucher rivolti alle persone con autismo Liv. 3 DSM 5	22
2.3 Misura Progetti di vita indipendente 2025-2027 (Pro.Vi)	33
2.4 Incompatibilità e sospensioni.....	37
3. Governance territoriale	39
3.1 Competenze tra i diversi attori istituzionali	39
3.1.1 Agenzie per la Tutela della Salute (ATS)	39
3.1.2 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)	40
3.1.3 Ambiti Territoriali Sociali.....	40
3.1.4 Enti erogatori.....	41
3.2 Modalità di accesso e fruizione delle misure	41
3.2.1 Presentazione dell'istanza di accesso alla valutazione	41
3.2.2 Istruttoria delle domande di accesso alla valutazione.....	44
3.2.3 Valutazione multidimensionale	44
3.2.4 Stesura del progetto individuale	44
3.2.5 Approvazione degli elenchi dei beneficiari delle misure	45
3.3 Evoluzione dei flussi informativi.....	45

PREMESSA

Il presente documento rappresenta il Programma di Regione Lombardia rivolto alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato e, in via transitoria, alle anziane non autosufficienti.

Il programma avrà una durata triennale, con l'obiettivo di garantire continuità e stabilità nella presa in carico delle persone, nonché di offrire ai territori un quadro strategico stabile e idoneo a sostenere una pianificazione efficace e coerente degli interventi nel medio periodo.

Questo approccio si inserisce in un contesto dinamico, derivante da due aspetti: da un lato, l'evoluzione normativa e, dall'altro, la definizione di un nuovo paradigma che pone la persona e i suoi bisogni al centro, attraverso un percorso di valutazione e definizione di un progetto personalizzato.

Con riferimento all'**evoluzione normativa**, che riguarda sia le riforme relative alla disabilità e alle persone anziane, sia il riconoscimento della figura del caregiver, si rende necessario il progressivo allineamento della programmazione alle disposizioni nazionali.

Tale evoluzione comporta un elemento di complessità derivante dal fatto che l'attuazione delle riforme avviene in modo progressivo, con tempistiche di avvio differenti sui diversi territori provinciali, determinando un contesto di implementazione del presente programma caratterizzato da disomogeneità territoriale in termini di regole e di processi.

Con riferimento al d.lgs. n. 62/2024, la sperimentazione è stata avviata il 1° gennaio 2025 sul territorio della provincia di Brescia e successivamente è stata estesa dal 1° marzo 2026 alle province di Milano, Bergamo, Como, Mantova, Pavia, Sondrio. Solo dal 1° gennaio 2027 sarà coinvolto l'intero territorio regionale.

Con riferimento al d.lgs. n. 29/2024, invece, l'avvio della fase sperimentale, inizialmente prevista per il 1° gennaio 2026, è stata posticipata al 1° gennaio 2027. Il decreto ministeriale su composizione, strumenti e modalità della VMU non è ancora stato adottato.

Inoltre, facendo seguito alla legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), che aveva fornito la prima definizione dei LEPS, individuando come livelli essenziali per la non autosufficienza i servizi socioassistenziali erogati dagli Ambiti nelle aree dell'assistenza domiciliare sociale, dei servizi di sollievo e dei servizi di supporto, la legge di bilancio 2026 (L. 199/2025) ha introdotto un sistema di garanzia dei LEPS dal 2027, connesso a un livello di spesa progressivo per ambito territoriale, che include anche come prestazione minima un'ora settimanale di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti.

Per quanto riguarda, invece, il **nuovo paradigma**, tale orientamento presuppone la disponibilità di un sistema strutturato, prevedibile, ma anche flessibile in termini di risorse,

servizi e attori coinvolti nella logica dello sviluppo del progetto personalizzato, nonché la ricomposizione delle risorse disponibili nei territori.

A tal fine, il programma regionale se da un lato assicura la continuità degli interventi già attivati, dall'altro intende promuovere un'evoluzione dell'approccio di presa in carico, superando la logica esclusivamente prestazionale a favore di un sistema integrato di misure ed interventi inseriti all'interno di un'unica progettualità, a favore della persona non autosufficiente.

In tale prospettiva vengono pertanto individuate due linee di intervento — "sostegno" e "servizi" — intese come strumenti complementari e integrabili anche con il più ampio sistema dell'offerta di servizi, da attivare sulla base di una valutazione complessiva e personalizzata della persona e del contesto in cui ha scelto di vivere.

Il programma regionale è pertanto finalizzato a definire le linee guida generali relative ai destinatari, alle tipologie di intervento finanziabili — comprese le modalità di attivazione e gli eventuali massimali previsti — nonché ai principali indirizzi attuativi per la gestione delle misure.

In considerazione della natura dinamica del contesto, si prevede la possibilità di apportare aggiornamenti annuali nel corso del triennio mediante deliberazioni di Giunta regionale, oltre all'adozione di specifici provvedimenti dirigenziali finalizzati alla definizione degli aspetti di dettaglio.

Infine, si specifica che la delibera risulta completa sotto il profilo programmatico e autorizzativo. I successivi provvedimenti attuativi hanno natura esclusivamente operativa e si inseriscono in continuità con la programmazione già definita. Pertanto, gli interventi sono attivabili fin da subito.

GLOSSARIO

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

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

Progetto di vita: il progetto che, ai sensi dell'articolo 26 del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, partendo dai desideri, dalle aspettative e dalle preferenze della persona con disabilità, è diretto ad individuare i sostegni, formali e informali, per consentirle di migliorare la qualità della propria vita, attraverso un processo caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione nel quale possono essere inclusi, qualora già presenti, sia il PAI sia i contenuti del progetto personalizzato (PP).

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 a sostegno del PAI o del più ampio PP. Qualora venga avviato un procedimento per la realizzazione di un Progetto di vita ai sensi del d.lgs. n. 62/2024, il Budget di progetto assume una connotazione specifica caratterizzata da peculiari modalità di definizione, composizione e gestione, così come definito dall'articolo 28 del medesimo d.lgs. n. 62/2024.

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

Funzionamento: è il termine ombrello per le funzioni corporee, le strutture corporee, attività e partecipazione. Esso indica gli aspetti positivi dell'interazione tra una persona (con una condizione di salute) e i fattori contestuali (fattori ambientali e personali).

Partecipazione: è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

Disabilità gravissima: per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o che siano state comunque definite non autosufficienti e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni previste dall'articolo 3, comma 2, del decreto interministeriale 26 settembre 2016, recante il "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016".

ISEE: L'ISEE è l'indicatore che serve per valutare e confrontare la situazione economica dei nuclei familiari per regolare l'accesso alle prestazioni (in moneta e in servizi) sociali e socio-sanitarie erogate dai diversi livelli di governo, i cui criteri sono definiti dalle norme nazionali. In generale, l'ISEE viene utilizzato ai fini dell'applicazione di tariffe differenziate in relazione alla condizione economica oppure per la fissazione di soglie oltre le quali non è ammesso l'accesso alla prestazione. L'ISEE fa riferimento al reddito dell'ultima dichiarazione che a sua volta si riferisce all'anno precedente. L'applicazione dell'ISEE per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate o la compartecipazione ai costi costituisce un livello essenziale.

- **ISEE corrente.** In situazioni di crisi economica, la condizione delle persone può cambiare anche rapidamente. Per questo vi è la possibilità di calcolare un ISEE corrente, riferito cioè ad un periodo di tempo più ravvicinato, in caso di variazioni superiori al 25% dell'indicatore della situazione reddituale dovute a variazioni della situazione lavorativa, quali: risoluzione, sospensione o riduzione dell'attività lavorativa dei lavoratori a tempo indeterminato; mancato rinnovo contratto di lavoro a tempo determinato o contratti di lavoro atipico; cessazione di attività per i lavoratori autonomi.
- **ISEE prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria per persone adulte.** Viene data la possibilità di considerare nel nucleo familiare del beneficiario esclusivamente il coniuge e i figli, escludendo pertanto altri eventuali componenti la famiglia anagrafica. Il disabile adulto che visse con i propri genitori, come già accennato, potrebbe pertanto fare nucleo a sé.
- **ISEE prestazioni agevolate rivolte a beneficiari minorenni.** Ai fini dell'accesso a prestazioni per i minori rileva la condizione economica di entrambi i genitori, a meno di casi particolari. Viene stabilito il principio che il genitore non convivente nel nucleo familiare, non coniugato con l'altro genitore, che abbia riconosciuto il figlio, fa parte del nucleo familiare del figlio, a meno che non sia effettivamente assente dal nucleo

(genitore coniugato o con altri figli fatti con persona diversa dall'altro genitore; legale separazione etc.). Si tratta di una previsione necessaria per differenziare la situazione del nucleo in cui il genitore è davvero solo (per morte o allontanamento o irreperibilità dell'altro genitore o costituzione di un'altra famiglia) da quella in cui l'altro genitore naturale ha semplicemente altra residenza anagrafica. Del reddito dei genitori non conviventi che abbiano formato un nuovo nucleo familiare si tiene conto integrando l'ISEE del nucleo dei figli con una componente aggiuntiva, calcolata sulla base della situazione economica del genitore non convivente.

1. PLATEA DEI DESTINATARI

In continuità con le precedenti programmazioni il presente programma vede come destinatari le persone non autosufficienti, assistite al proprio domicilio, con disabilità o anziane.

Nelle more dell'adozione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, il programma è rivolto a tutte le fasce di età, tenuto conto che:

- sono considerate **persone con disabilità** non autosufficienti, tutti i soggetti fino a 70 anni, compresi quindi gli anziani non autosufficienti tra i 65 e i 70 anni;
- sono considerate **persone anziane** i soggetti di età superiore a 70 anni, che in futuro saranno destinatarie del suddetto Piano.

Nell'attuale fase di transizione che vede la progressiva introduzione dalla valutazione di base, che assorbe anche la valutazione dell'eventuale condizione di non autosufficienza, è considerata **non autosufficiente** la persona che, in alternativa:

- percepisce l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni di cui alla L. 508/1988 oppure definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- necessita di un'assistenza continua, permanente e molto intensa, sia nella sfera personale sia in quella relazionale, accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992.

Resta fermo che, qualora tali soggetti siano successivamente sottoposti alla nuova valutazione di base e alla conseguente verifica della sussistenza della condizione di non autosufficienza, dovrà essere assunto a riferimento l'esito della valutazione più recente.

In ogni caso, nei territori interessati dalla sperimentazione e, a decorrere dal 1° gennaio 2027, sull'intero territorio nazionale, il rilascio di nuove certificazioni dovrà avvenire sulla base degli esiti della **valutazione di base**.

I provvedimenti attuativi stabiliscono il dettaglio delle modalità e dei criteri di accertamento dei requisiti delle persone, sulla base della normativa vigente, e di aggiornamento della condizione.

All'interno del novero delle persone non autosufficienti, ai fini della presente programmazione si rende necessario distinguere tra due differenti platee, in relazione al grado di bisogno:

- persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale (già "gravissimi");

- persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale (già "gravi").

I paragrafi che seguono esplicitano il dettaglio delle caratteristiche delle due platee.

1.1 Persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale

Per la definizione delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale si ricorre al concetto di "disabilità gravissima" che, secondo il decreto ministeriale del 26 settembre 2016, è individuata mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dalla diagnosi e dalla condizione di salute, attraverso specifiche scale di valutazione o i seguenti domini: a) motricità; b) stato di coscienza; c) respirazione; d) nutrizione.

Infatti, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del D.M. del 2016, perché sia riconosciuta la "disabilità gravissima" devono ricorrere almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

La condizione di cui alle lettere sopra riportate, è certificata con l'utilizzo delle scale di valutazione individuate dal DM 2016 ed è attestata dal Medico Specialista di branca appartenente a:

- Struttura pubblica o privata accreditata dal SSN per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale, comprese le prestazioni di psichiatria e di neuropsichiatria infantile;
- eccezionalmente, laddove si evidenziasse una documentata impossibilità ad accedere alle strutture di cui sopra, accertata dall'ASST, Struttura sociosanitaria accreditata con ATS.

Nella certificazione deve essere indicato il tipo di condizione ed il punteggio ottenuto con l'applicazione della scala di riferimento per chi è nelle lettere c), d), e), g), h) o dei parametri di riferimento, per chi è nelle lettere b) e f).

Inoltre, la condizione di cui al DM 2016 può essere attestata con il certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024 ad esito della valutazione di base.

In particolare, si precisa quanto segue.

1. Persone di cui alle precedenti lettere b), c), d), e), f), g), h)

Devono essere utilizzate le scale indicate nell'Allegato 1) del Decreto FNA 2016, assumendo i punteggi/parametri fissati dalla norma dell'art. 3, comma 2, del Decreto e sopra riportati. Nel caso in cui non risultasse possibile l'utilizzo delle scale come sopra precisato, lo specialista potrà utilizzare altre scale validate, previa motivazione, specificando e provvedendo a correlare il punteggio (ovvero la descrizione della funzionalità) ai valori citati dalle scale di cui all'Allegato 1) del Decreto FNA 2016.

2. Condizioni di cui alle lettere g) ed h)

Ai fini della valutazione occorre tenere conto dell'età. Pertanto, si ritiene necessario, ad integrazione di quanto definito dal Ministero competente, fornire le seguenti e ulteriori

indicazioni affinché l'indicazione dello Specialista medico possa fondarsi su una valutazione più coerente e tecnicamente corretta:

(g) Gravissima disabilità comportamentale con disturbo dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM 5: le persone devono contemporaneamente presentare:

- gravi deficit nella comunicazione sociale (verbale e non verbale) che causano una grave difficoltà nel funzionamento, con iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui;
- preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi o gravemente problematici, che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere, con stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti e rilevante difficoltà a distogliere il soggetto dal suo focus di interesse;

(h) Ritardo mentale grave o profondo: la valutazione di questa condizione in età evolutiva dovrà essere effettuata con strumenti di valutazione appropriati all'età e che non siano influenzati dalle difficoltà di linguaggio e comunicazione o dalle difficoltà motorie, come la scala Leiter-R che consente di ottenere un QI non verbale utilizzabile. La valutazione dovrà sempre includere la valutazione del comportamento adattivo tramite le scale Vineland-II alla quale dovrà essere presente un quoziente adattivo basso inferiore a 70, considerabile analogo a una LAPMER $\leq$ a 8.

3. Persone in Stato Vegetativo indicate alla lettera a)

Come previsto dalla normativa regionale vigente, il punteggio GCS $\leq$ 10 e relativa diagnosi sono specificati nella relazione di dimissione da parte delle Strutture sanitarie.

4. Persone nella condizione di cui alla lettera i)

Le équipe di valutazione multidimensionale delle ASST rilevano il livello di compromissione della funzionalità della persona utilizzando i criteri indicati nell'Allegato 2) del Decreto FNA 2016, opportunamente integrati e di seguito riportati:

in almeno 1 dei seguenti domini:

- MOTRICITÀ: dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
- STATO DI COSCIENZA:
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente

e in almeno 1 dei seguenti altri domini:

- RESPIRAZIONE:
 - Necessità di aspirazione quotidiana

- Presenza di tracheostomia
- Presenza di Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) meno di 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana certificata da Specialista medico - come sopra individuato
- NUTRIZIONE:
 - Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi in quanto presente doppia disfagia certificata da Specialista medico di branca - come sopra individuato;
 - Combinata orale e enterale/parenterale;
 - Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG);
 - Solo tramite gastrostomia (es. PEG);
 - Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC).

Sono persone in condizione di dipendenza vitale anche quelle che sono compromesse in uno dei seguenti domini:

- RESPIRAZIONE: ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) per almeno 16 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana certificata da Specialista medico - come sopra individuato -
- NUTRIZIONE: alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale.

Alla valutazione della condizione di dipendenza vitale di cui alla lettera i) concorre altresì l'accertamento della necessità di:

- ASSISTENZA CONTINUATIVA: continuità dell'assistenza resa da familiari e/o da personale di assistenza (se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali di vita)
- MONITORAGGIO NELLE 24 ORE: monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) della persona e/o delle apparecchiature nell'arco delle 24 ore da parte di:
 - operatori sanitari dei servizi pubblico o privato accreditato: MMG/PLS, operatore ADI;
 - caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario.

L'assenza del bisogno di assistenza continuativa e di monitoraggio nelle 24 ore, come sopra descritto, non consente il riconoscimento della condizione di dipendenza vitale (lettera i).

Si conferma che, a maggior tutela dei minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, la condizione dovrà essere aggiornata a cadenza periodica (ogni

2 anni) tramite l'acquisizione di relazione rilasciata dal medico specialista di struttura pubblica e/o privata accreditata che ha in carico il minore.

Le ASST supporteranno le famiglie nel facilitare la rivalutazione specialistica del minore.

Ai fini dell'accesso agli strumenti di cui alla presente programmazione, è necessario altresì:

- essere residenti in Lombardia;
- avere un ISEE sociosanitario inferiore o uguale a 50.000,00 € per adulti e anziani oppure un ISEE ordinario inferiore o uguale a 65.000,00 € per minori, compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa,

Si precisa che i voucher sociosanitari, sostenendo interventi diretti di natura sociosanitaria, hanno una disciplina autonoma: il riconoscimento degli stessi alla persona non autosufficiente in condizione di disabilità con necessità di sostegni intensivi molto elevati (di cui al DM 2016) e all'anziano ad alto bisogno assistenziale (già "gravissimi") avviene, pertanto, esclusivamente sulla base della valutazione multidimensionale, indipendentemente cioè dalla condizione economica (ISEE).

1.2 Persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale

Questa tipologia riguarda persone con compromissione, singola o plurima, che ne riduca l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato (già persona in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità) o con certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024.

Ai fini dell'accesso agli strumenti di cui alla presente programmazione, le persone devono inoltre essere residenti in Lombardia e con i seguenti valori massimi ISEE di riferimento, compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa:

- ISEE sociosanitario fino a un massimo di € 25.000,00 (adulti e anziani);
- ISEE ordinario in caso di minori fino a un massimo di € 40.000,00.

Si riconosce agli Ambiti la facoltà di una diversa definizione dei livelli ISEE in base alle specifiche regolamentazioni e priorità territoriali.

2. STRUMENTI

Gli interventi a favore delle persone non autosufficienti assistite al domicilio oggetto della presente programmazione si concretizzano nell'attuazione di tre misure:

1. la Misura Sostegno;
2. la Misura Servizi;
3. la Misura Pro.Vi. (progetti di vita indipendente).

Nello specifico, le misure sono concepite come strumenti integrati e complementari all'interno del progetto personalizzato/PAI/progetto di vita, elaborato attraverso una valutazione complessiva della situazione della persona, delle sue esigenze/desideri/aspettative degli obiettivi di autonomia, inclusione e qualità della vita, nei limiti delle risorse disponibili.

Occorre chiarire che la programmazione su base triennale è finalizzata ad assicurare la continuità sia delle misure già attivate sia delle nuove prese in carico delle persone, garantendo così una visione stabile e coerente degli interventi nel medio periodo.

Tale continuità resta in ogni caso subordinata alla effettiva disponibilità delle risorse finanziarie, anche su base annuale.

Le ATS e gli Ambiti territoriali sono tenuti, nella gestione operativa delle misure, a considerare puntualmente la disponibilità delle risorse su base annuale, modulando conseguentemente le scelte operative e l'attuazione degli interventi.

I provvedimenti attuativi stabiliscono le procedure di accesso alle misure, tenuto conto della normativa vigente e della governance descritta al par. 3.1.

2.1 Misura Sostegno

Per assicurare una presa in carico globale della persona, che tenga conto dell'insieme dei bisogni sociali e sociosanitari, e per evitare sovrapposizioni o frammentazioni degli interventi, la valutazione viene effettuata secondo un approccio multidimensionale. Tale valutazione considera non solo gli aspetti clinici, ma anche le condizioni sociali, economiche, abitative e relazionali della persona, al fine di costruire un progetto di intervento personalizzato e integrato.

La Misura Sostegno consiste nell'erogazione di contributi economici mensili, finalizzati a favorire il mantenimento al domicilio della persona e a sostenere il nucleo familiare nel carico assistenziale.

Le erogazioni sono accompagnate, ove necessario, da interventi di natura sociosanitaria, socioeducativa o assistenziale, in un'ottica di continuità della presa in carico e di miglioramento della qualità della vita.

I contributi di seguito descritti sono alternativi e non sono cumulabili (l'uno esclude l'altro):

- contributo per il caregiver familiare;
- contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato;
- contributo Assegno di autonomia.

La definizione del contributo economico cui potrà accedere la persona è l'esito della valutazione multidimensionale del bisogno della stessa, strettamente connesso e funzionale al suo progetto individuale/PAI/progetto di vita.

I contributi sono attivabili fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

L'annualità della misura Sostegno si realizza dal 1° gennaio al 31 dicembre, fatto salvo quanto precisato nel paragrafo 3.2.1 a proposito della fase transitoria.

2.1.1 Contributo per il caregiver familiare

Il contributo è finalizzato a riconoscere le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza.

Per la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale e per la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato sono previsti i seguenti contributi:

- 1) con assistenza garantita da caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza: contributo mensile **€ 565,00**;
- 2) frequentante scuola e con assistenza garantita da caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza: contributo mensile **€ 615,00**;
- 3) con condizione di cui alla lettera g) e con assistenza garantita da caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza: contributo mensile **€ 665,00**;
- 4) con bisogni complessi di cui alle lettere a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza, b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa ed i) persona in condizione di dipendenza vitale e con assistenza garantita solo da caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza: contributo mensile **€ 900,00**. In questo caso, nel progetto individuale deve essere specificata relativamente al caregiver:
 - la sua presenza continuativa nell'arco della giornata (almeno 16 ore/die);

- le attività svolte nelle diverse aree/domini (motricità, stato di coscienza, nutrizione e respirazione);
- la sua capacità di assicurare l'assistenza diretta in modo adeguato, a seguito di specifico addestramento e periodica supervisione.

Per la persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale e per la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato il contributo è pari a **€ 100,00**.

2.1.2 Contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato

Il contributo economico è corrisposto a titolo di sostegno per la permanenza a domicilio della persona in concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato.

Si considera regolarmente impiegato, il personale di assistenza assunto direttamente dalla persona non autosufficiente/famiglia con regolare contratto oppure quello fornito da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o da operatore a prestazione professionale.

Per la persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale e persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato sono previsti i seguenti contributi:

- 1) con assistenza garantita anche da personale di assistenza regolarmente impiegato (da 10 ore/settimana): contributo mensile **€ 900,00**;
- 2) con assistenza garantita anche da personale d'assistenza regolarmente impiegato (con contratto part-time con almeno 20 ore settimanali): contributo mensile **€ 1.000,00**;
- 3) con assistenza garantita anche da personale d'assistenza regolarmente impiegato (con contratto a tempo pieno): contributo mensile **€ 1.200,00**;
- 4) in presenza di bisogni complessi in a), b), i), con assistenza garantita anche da personale d'assistenza regolarmente impiegato (con contratto a tempo pieno) ed eventuale caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale coinvolto attivamente: contributo mensile **€ 1.300,00**.

Per la persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale e persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato il contributo è riconosciuto fino ad un importo massimo di **€ 800,00** (a seconda della tipologia del contratto attivo) anche in presenza di caregiver familiare.

2.1.3 Contributo Assegno di autonomia

Al fine di sostenere le progettualità di vita indipendente a favore di persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato ed elevato è possibile riconoscere l'Assegno di autonomia, fino ad un importo massimo di **€ 800,00**.

Per la **persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato** si tratta di una quota **aggiuntiva** al contributo mensile in presenza di assistente personale regolarmente impiegato per contribuire alle spese sostenute per tale personale.

Per la **persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato** si tratta di una quota **alternativa** e non cumulabile al contributo mensile in presenza di assistente personale regolarmente impiegato per contribuire alle spese sostenute.

Nell'arco del triennio la definizione delle azioni di intervento e delle specifiche forme di sostegno del "vivere in autonomia" sarà oggetto di un successivo provvedimento che disciplinerà in modo dettagliato gli ambiti di intervento, le modalità operative e le tipologie di supporto previste.

2.2 Misura Servizi

In linea con gli indirizzi programmatici definiti dal PNNA 2022–2024 e confermati anche dal nuovo PNNA 2025-2027, il presente programma è volto a delineare e rafforzare un sistema integrato di interventi capace di sostenere in modo complessivo i percorsi individuali, promuovendo contesti di offerta inclusivi e orientati alla piena realizzazione dei progetti di vita delle persone.

Il programma sostiene, in modo particolare, gli interventi integrativi sociali, nonché interventi di natura sociosanitaria sostenuti dal fondo sanitario regionale (FSR) tramite il voucher sociosanitario e il voucher ASD. In ogni caso tali interventi sono complementari ad altri strumenti della programmazione regionale rivolti alle persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla Misura Sollievo (FSE+).

Per accompagnare gradualmente l'attuazione delle riforme e l'implementazione dei LEPS, nell'esercizio 2026 viene assicurata la prosecuzione degli interventi già previsti dalla precedente programmazione FNA 2022-2024, garantendo la stessa quota di servizi dell'esercizio precedente.

Inoltre, come evidenziato nell'Allegato 1 che prevede all'interno del quadro finanziario complessivo una quota vincolata di risorse, riservata all'attuazione dei LEPS a favore delle persone anziane non autosufficienti, si chiarisce che la stessa è programmata per assicurare il progressivo potenziamento dei servizi a partire dalla seconda annualità del piano, in linea

con quanto richiesto dal livello centrale (auspicabilmente del 10% nel 2027 e del 20% nel 2028 rispetto alla programmazione regionale 2025).

L'annualità della misura Servizi si realizza dal 1° gennaio al 31 dicembre, fatto salvo quanto precisato nel paragrafo 3.2.1 a proposito della fase transitoria.

2.2.1 Interventi integrativi sociali

Nel rispetto di quanto disposto dal comma 162, lettere a), b) e c), dell'articolo 1 della Legge 234/2021, gli Ambiti Territoriali Sociali, in coerenza con la propria programmazione in materia di domiciliarità, sono chiamati a progettare e attuare interventi di natura complementare e integrativa, anche in raccordo con iniziative già in essere.

Tali progettualità hanno la finalità di:

- creare occasioni di incontro e condivisione implementando la relazione con gli altri in contesti di vita "ordinari";
- sviluppare attività per promuovere la convivialità come modo di stare insieme e condividere un senso di appartenenza;
- incrementare le risorse personali potenziando l'empowerment soggettivo;
- migliorare i comportamenti, le competenze, le capacità e le abilità ampliando l'autonomia personale.

Tali azioni, sviluppate anche in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore, sono finalizzate in particolare a:

1. **offrire supporto e sollievo ai caregiver familiari**, anche attraverso servizi mirati e flessibili: il sistema di interventi prevede l'attivazione di servizi personalizzati e modulabili in base ai bisogni specifici della famiglia, come l'assistenza domiciliare, i servizi di sollievo temporaneo (respiro) e il supporto psicologico favorendo la creazione di reti di supporto formali e informali (es. Gruppi mutuo aiuto) che riducano l'isolamento e migliorino la capacità di gestione delle situazioni di cura.
2. **favorire il benessere complessivo e il miglioramento della qualità della vita delle persone non autosufficienti con disabilità e anziane**: le azioni dovranno essere orientate a garantire una presa in carico globale della persona, valorizzandone l'autonomia residua e promuovendo la partecipazione alla vita sociale. In quest'ottica, potranno essere sviluppati interventi di carattere sociale anche integrati a quelli sociosanitari, servizi domiciliari e semiresidenziali, nonché iniziative di inclusione sociale e di sostegno alle attività quotidiane.
3. offrire - nell'arco del triennio della presente programmazione - strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari e

l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti: l'obiettivo è promuovere trasparenza, regolarità dei rapporti di lavoro e qualità dell'assistenza erogata.

Gli interventi integrativi sociali (assistenza diretta) sono erogati dall'Ambito Territoriale, o dall'ente individuato dallo stesso, purché in possesso di esperienza e delle figure professionali necessarie al raggiungimento delle finalità di cui sopra.

Possono essere enti già fornitori dell'Ambito territoriale/Comune o essere individuati mediante apposita manifestazione di interesse.

L'Ambito individua la forma di collaborazione più idonea da sottoscrivere con gli enti/associazioni/ETS per il perseguimento degli obiettivi predefiniti e per rispondere alle esigenze del proprio territorio (a titolo esemplificativo e non esaustivo, accordo di programma, convenzione, ...).

Considerato che, nell'ambito della non autosufficienza, le risorse del FNA saranno progressivamente finalizzate al finanziamento di servizi erogati in modalità diretta con un graduale e continuo potenziamento della rete dei servizi sociali si evidenzia che, nell'arco del triennio, resta possibile prevedere l'erogazione di servizi sia in forma diretta sia indiretta. I servizi erogati in forma indiretta dovranno essere garantiti principalmente mediante titoli di acquisto (voucher) da utilizzare attraverso strumenti di accreditamento istituzionale. Eventuali erogazioni monetarie finalizzate all'acquisto del servizio/intervento potranno essere riconosciute esclusivamente come scelta di servizio, definita a seguito di valutazione multidimensionale e formalizzata all'interno del PAI/Progetto Individuale.

Si conferma l'utilizzo del "budget di progetto" - calcolato sulla base dei mesi previsti di Presa in carico - al fine di rendere la proposta più aderente e flessibile al progetto complessivo della persona e all'evoluzione nel tempo delle sue necessità.

A tal riguardo si richiama la direttiva prot. J2.2026.0024971 del 21/04/2026 con la quale, nelle more dell'approvazione del PNNA 2025-2027 e della conseguente programmazione regionale, al fine di garantire anche per la presente annualità la continuità degli interventi sociali integrativi a favore dei minori nel periodo estivo, è stato autorizzato l'avvio da parte degli Ambiti Territoriali delle procedure necessarie all'individuazione degli enti erogatori, così da assicurare il regolare funzionamento dei servizi durante tale periodo.

La medesima direttiva ha inoltre precisato che gli interventi saranno finanziati a valere sulla quota FNA 2025 – esercizio 2026, prevedendo, quale riferimento per gli avvisi territoriali, i criteri e gli importi già definiti nel precedente FNA – esercizio 2025 (DGR 3719/2024).

L'accesso agli interventi integrativi sociali è espressamente previsto nel progetto personalizzato/PAI/progetto di vita della persona a seguito di valutazione multidimensionale. Per i gravissimi l'accesso agli interventi integrativi sociali (assistenza diretta) non prevede la presentazione di apposita istanza agli Ambiti o al Comune di residenza.

Le ATS favoriscono l'individuazione delle modalità operative di raccordo tra Ambito e ASST per l'attivazione degli interventi integrativi sociali (assistenza diretta) a favore dei beneficiari.

Alle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e le persone anziane non autosufficienti ad elevato bisogno assistenziale, è garantito l'accesso agli interventi integrativi sociali se assistiti dal solo caregiver familiare che assicura il lavoro di cura.

Per l'attivazione dei suddetti interventi, purché inseriti nella programmazione territoriale dell'Ambito di appartenenza, è previsto un budget complessivo calcolato sulla base dei mesi di effettiva presa in carico.

L'importo riconoscibile per singolo progetto riferito:

- alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale è € **150,00/mese** fino a un massimo di € **1.800,00** (per 12 mesi di presa in carico);
- ai minori e adulti con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato è di € **65,00/mese** fino a un massimo di € **780,00** (per 12 mesi di presa in carico).

Per le **persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e le persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale**, si rinvia alla programmazione territoriale approvata dall'Ambito tenuto conto dell'analisi dei bisogni, e dell'offerta dei servizi presenti, ricordando i vincoli di destinazione delle risorse assegnate e dei criteri fissati dal presente provvedimento.

2.2.2 Voucher sociosanitario

Per le persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e le persone anziane non autosufficienti ad elevato bisogno assistenziale è possibile riconoscere il voucher sociosanitario, come titolo non monetario utilizzabile esclusivamente per l'acquisto di prestazioni di assistenza sociosanitaria presso Enti Erogatori accreditati con l'ATS.

Il Voucher sociosanitario sostiene interventi che, nell'ambito del progetto individuale, possono essere inclusi ad integrazione e potenziamento sia di altre tipologie di interventi

sociosanitari, ferma restando l'assenza di sovrapposizione degli interventi, sia degli interventi integrativi sociali.

Sono previste le seguenti tipologie di voucher sociosanitario:

1. Ordinario per minori, adulti e anziani;
2. Ad alto profilo
3. Per persone con autismo Liv. 3 DSM 5 che prevede due aree di intervento: una di potenziamento delle autonomie e una di natura abilitativa/riabilitativa.

Nel corso della programmazione, sulla base di indicatori del percorso di presa in carico, si prevede la possibilità di implementare nuove modalità attuative o nuove tipologie di voucher sperimentali per fornire ulteriori risposte alla complessità dei bisogni delle persone.

1. Voucher sociosanitario ordinario per minori, adulti e anziani

Il voucher sociosanitario è finalizzato a:

- supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana a favore della persona attraverso:
 - o interventi nei diversi contesti di vita mirati al mantenimento del quadro clinico, alla prevenzione del decadimento motorio e funzionale, alla stimolazione delle capacità relazionali e cognitive;
 - o interventi finalizzati alla gestione dei comportamenti-problema;
- rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica favore degli studenti frequentanti fino alla scuola secondaria di secondo grado presso:
 - o scuola, centri estivi, progetti di transizione scuola/servizi diurni, doposcuola;
 - o domicilio (DAD)

Tale rafforzamento avviene esclusivamente con l'incremento in termini di n° accessi o durata degli interventi di carattere sanitario (prestazioni infermieristiche quali ad esempio bronco aspirazione, gestione nutrizione, cateterismo, ecc.) previsti nel PAI dell'ADI attivo (indipendentemente dal profilo).

- interventi di orientamento, training e sostegno alla famiglia diretti a potenziare la conoscenza e le competenze per la gestione e cura della persona sulla base delle caratteristiche della specifica condizione clinica (a titolo esemplificativo per la gestione di comportamenti – problema, di igiene personale complessa, di assistenza per l'alimentazione) e monitoraggio periodico in relazione all'attività di training

Le figure professionali che erogano il voucher sociosanitario sono:

- ASA/OSS;

- infermiere;
- educatore professionale sociosanitario;
- psicologo;
- figure riabilitative individuate sulla base del progetto individuale.

Il voucher può essere erogato da Enti sociosanitari accreditati con l'ATS:

- a domicilio;
- in altri luoghi/contesti di vita;
- nella sede della struttura erogatrice

I valori del voucher sociosanitario sono:

per minori:

- fino a **350,00 €/mese** di interventi forniti dalla/e figura/e professionale/i come indicato nel Progetto Individuale formulato dalla ASST ovvero n° 10-14 interventi individuali mese;
- fino a **600,00 €/mese** di interventi forniti dalla figura professionale come indicato nel Progetto Individuale formulato dalla ASST ovvero n° 15-22 interventi individuali mese;

per adulti e anziani:

- fino a **250,00 €** di interventi forniti dalla/e figura/e professionale/i come indicato nel Progetto Individuale formulato dalla ASST ovvero n° 7-12 interventi individuali mese;
- fino a **460,00 €** di interventi forniti dalla/e figura/e professionale/i come indicato nel Progetto Individuale formulato dalla ASST ovvero n° 13-18 interventi individuali mese.

2. Voucher ad alto profilo a favore delle persone che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva.

Nello specifico, si tratta di persone con:

- ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (minimo 16 ore/die)
e/o
- alimentazione solo parenterale attraverso catetere venoso centrale
e/o
- situazioni di particolare gravità e di intensità, con necessità di assistenza continuativa e motivata e valutata dalla ASST

Il Voucher ad alto profilo sostiene interventi:

- di natura tutelare;
- di natura infermieristica;
- di natura educativa;
- di natura riabilitativa.

Le figure professionali che erogano il voucher sociosanitario sono:

- ASA/OSS;
- infermiere;
- educatore professionale sanitario;
- figura riabilitativa.

Il voucher può essere erogato da Enti sociosanitari accreditati con l'ATS:

- a domicilio
- a scuola (limitatamente agli alunni/studenti che necessitano di prestazioni di natura infermieristica che non possano essere coperti dagli interventi rafforzamento ADI).

Il voucher con valore mensile di **1.650,00 €** è a sostegno del mix di figure professionali (ASA, OSS, Educatore, Infermiere, figure riabilitative) individuate dal progetto individuale.

2.2.3 Voucher rivolti alle persone con autismo Liv. 3 DSM 5

I voucher, finalizzati a sostenere progettualità specifiche e unitarie rivolte alle persone con autismo Liv. 3 DSM 5 ed alle loro famiglie, si articolano in due aree di intervento:

- Voucher potenziamento autonomie;
- Voucher abilitativo/riabilitativo.

I **beneficiari** sono persone al domicilio:

- con diagnosi di disturbo dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5, valutata dal Medico Specialista di branca di Struttura pubblica o privata accreditata;
- beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni di cui alla L. 508/1988 oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- residenti in Lombardia;

VOUCHER POTENZIAMENTO AUTONOMIE

Il voucher sostiene interventi di natura sociosanitaria finalizzati a:

- adattamento delle capacità della persona, sulla base delle sue limitazioni, all'ambiente di vita per garantire l'esercizio dell'autonomia e della massima partecipazione (ad es. consolidamento di strategie per svolgere compiti di vita quotidiana, prendersi cura di sé, applicazione delle conoscenze, gestione routine quotidiana, training all'utilizzo di materiali al fine di facilitare la comprensione e la gestione della routine quotidiana e/o l'uso degli spazi abitativi, ecc.);
- favorire le relazioni interpersonali;
- supporto relazioni familiari;
- training di durata temporanea al caregiver per la gestione delle attività di cura (ad esempio gestione relazioni, comunicazione, gestione assistenza alimentare, ecc.);
- monitoraggio periodico in relazione all'attività di training.

Le figure professionali che erogano il voucher sociosanitario sono:

- ASA/OSS;
- infermiere;
- educatore professionale sociosanitario;
- psicologo;

Il voucher può essere erogato Enti sociosanitari accreditati con l'ATS:

- a domicilio;
- in altri luoghi/contesti di vita;
- nella sede della struttura erogatrice.

I valori del voucher sono quelli indicati per il voucher sociosanitario.

VOUCHER ABILITATIVO/RIABILITATIVO

Il Voucher è uno specifico titolo a favore delle persone con diagnosi dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5. con finalità abilitativa/riabilitativa.

il Voucher è finalizzato ad incrementare l'offerta esistente di percorsi abilitativi/riabilitativi, di supporto e sostegno ai contesti di vita e di orientamento/supporto/formazione alla famiglia rivolti alle persone con una contestuale qualificazione degli interventi e

differenziazione degli stessi, in considerazione delle diverse età e dei relativi bisogni delle persone a cui sono rivolti.

In quest'ottica tale Voucher deve essere inserito in una progettualità complessiva, che tenga conto di tutti i supporti/interventi/risorse formali e informali attivati e/o attivabili in favore della persona, ivi compresi i Voucher potenziamento, in un'ottica di appropriatezza e di modularità temporale, in considerazione dell'evoluzione dei bisogni della persona e del suo contesto di riferimento nelle diverse fasi del ciclo di vita.

Destinatari

Sono persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato che:

- vivono al proprio domicilio;
- non già in carico riabilitativo presso strutture sanitarie/sociosanitarie pubbliche o private a contratto o in attesa prestazioni riabilitative.

Ad integrazione di quanto definito dal Ministero competente (Allegato 1 del Decreto FNA 2016), si ricordano gli elementi che devono essere contemporaneamente presenti secondo il DSM-5 per attribuire il livello di gravità 3 nell'autismo:

- gravi deficit nella comunicazione sociale (verbale e non verbale) che causano una grave difficoltà nel funzionamento, con iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui;
- preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi o gravemente problematici, che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere, con stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti e rilevante difficoltà a distogliere il soggetto dal suo focus di interesse.

Tipologia di trattamenti

Il Voucher sostiene, in attuazione dall'artt. 25, 27 e 60 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), la cura ed il trattamento individualizzato mediante l'impiego di metodi basati sulle attuali evidenze scientifiche con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento:

- riabilitativa e abilitativa;
- supporto e sostegno ai contesti di vita, compreso il domicilio;
- orientamento/supporto/formazione alla famiglia nella gestione del progetto individualizzato.

Gli interventi comprendono anche quelli indiretti rivolti a tutti i *caregivers* della persona (famigliari, insegnanti, operatori del territorio, ecc.) che affiancano, consolidano ed integrano la presa in carico della persona stessa, incrementando l'efficacia dell'intervento abilitativo e facilitando la generalizzazione degli apprendimenti.

Gli interventi indiretti includono, oltre all'attività di coordinamento e di rete, attività di affiancamento, supporto, formazione e *training* a:

- ai genitori e altri *caregivers* (membri della famiglia allargata, baby sitter ecc.): colloqui con genitori/altri famigliari, attivazione di percorsi di sostegno e/o informativi formativi; sostegno alle relazioni familiari; sostegno ai fratelli; supervisione degli interventi in ambito domestico; incontri con la famiglia finalizzati all'acquisizione di strategie educative adeguate per il potenziamento delle abilità e per migliorare il funzionamento nelle aree maggiormente interessate (sociale, della comunicazione, delle autonomie, cognitiva, motoria, sensoriale, ecc.); incontri di *parent training*, gruppi genitori, sostegno alle relazioni familiari, sostegno ai fratelli ecc.;
- agli operatori di altre agenzie che seguono la persona (operatori scolastici, sociali, sanitari, sociosanitari o di contesti aggregativi educativi, sportivi o sociali frequentati): individuazione e condivisione di obiettivi e strategie educative e di apprendimento, per la comunicazione, per l'inclusione, per la prevenzione dei disturbi della condotta; supervisione/training agli adulti di riferimento; strutturazione spazio-temporale in ambito scolastico/formativo/aggregativo, ecc.

Percorsi attivabili con Voucher

Al fine di garantire un'offerta di percorsi maggiormente mirati, è stato assunto quale criterio di stratificazione l'età dei beneficiari, che risulta essere quello più applicabile in coerenza con le Linee guida in materia ed il Piano Operativo Regionale Autismo.

I percorsi differenziati per età si fondano su un razionale composto da due pilastri fondamentali. Il primo è costituito dalla previsione di un trattamento intensivo in età precoce che decresce con l'età: scelta che deriva dalla volontà di garantire un trattamento più intensivo in un'età in cui maggiore è la suscettibilità neurobiologica al cambiamento e maggiori sono le evidenze scientifiche di efficacia. Il secondo è costituito dalla previsione di trattamenti indiretti in tutte le fasce di età: scelta orientata a garantire sia una coerenza, e quindi un potenziamento dell'efficacia, degli interventi nei diversi contesti di vita (famiglia – scuola – territorio), sia un percorso di sostegno a tutti i contesti.

Per questo motivo, al crescere dell'età del minore, viene modificata solo l'intensità dei trattamenti diretti, mantenendo invece inalterato, fino ai 13 anni, il numero minimo di trattamenti indiretti.

Nel dettaglio, sono previsti n. 5 livelli di Voucher con la relativa indicazione del numero medio dei trattamenti settimanali:

età	n. Trattamenti medi/settimana
Da 2 a 5 anni	5
Da 6 a 10 anni	4
Da 11 a 13 anni	3
Da 14 a 17 anni	1,5
Da 18 anni in poi	1

In linea di coerenza con l'inclusione del Voucher all'interno del processo di revisione dell'area della riabilitazione con particolare riferimento all'età evolutiva, per il Voucher si applica quanto disposto dalla DGR n. XI/4773 del 26/05/2021 al punto 7.6 "Ulteriori determinazioni" in cui viene definito:

- al 40% il tetto massimo per le prestazioni indirette remunerabili purché di tali prestazioni sia data chiara motivazione ed evidenza nei FASAS;
- l'applicazione per la presa in carico a livello ambulatoriale di minori con una frequenza plurisettimanale e continuativa appropriata per la relativa condizione di disabilità delle regole sulle assenze di cui al capitolo 6.3.8.12 della DGR n. XI/2672/2019.

Per la fascia di età 0-13 anni si prevede, pertanto, la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente per un massimo di 20 trattamenti annui.

Nella fascia d'età 2-13 anni deve essere garantito almeno 1 trattamento indiretto a settimana ancorché programmato su base mensile.

Percorsi per beneficiari dai 14 anni in poi

Nella logica della presa in carico individualizzata, calibrata in ragione dei percorsi in atto in favore delle persone con ASD nelle diverse fasce di età, attivabili laddove necessario e con modalità modulari, è previsto per i beneficiari di voucher dai 14 anni in poi la possibilità di promuovere interventi sociosanitari nell'ambito di specifici **percorsi tematici**.

In tale fascia di età il passaggio verso l'età adulta, che determina per tutte le persone un cambiamento importante della propria percezione, può infatti rendere necessaria

l'attivazione di un percorso specifico a supporto del progetto in atto in favore della persona.

In tale logica, l'EVM dell'ASST effettua una valutazione con l'Ente erogatore del Voucher che ha in carico la persona, con la famiglia e con la persona stessa in ordine all'opportunità di attivare un percorso aggiuntivo agli interventi previsti per la specifica fascia di età, finalizzato ad affrontare specifiche problematiche che tale passaggio può comportare.

Per l'attivazione di tale percorso devono essere pertanto previsti interventi destinati alla Persona con Autismo ed ai suoi contesti di vita, rientranti in almeno una delle aree di seguito indicate:

- supporto e sostegno all'affettività e sessualità;
- realizzazione di percorsi di social skill training;
- interventi abilitativi finalizzati all'implementazione di specifiche abilità per potenziare autonomia.

In considerazione della finalità del percorso introdotto, si definisce un tetto massimo annuo di interventi pari ad n. 80 che vengono rideterminati in numero massimo di n. 40 laddove il periodo di presa in carico sia pari o inferiore ai 6 mesi, con la possibilità, sulla base di specifica valutazione di ASST, di un rinnovo fino alla soglia massima di 80 interventi annui.

Si precisa che laddove la valutazione multidimensionale ne rilevi la necessità, la ASST potrà prevedere, nei limiti delle risorse assegnate, l'attivazione, oltre che del Voucher abilitativo/riabilitativo, anche del Voucher potenziamento minori o adulti in base all'età del beneficiario.

Gli interventi dovranno essere coordinati attraverso una progettazione congiunta da parte di tutti gli attori coinvolti, coordinata dall'equipe multiprofessionale dell'ASST, titolare della valutazione multidimensionale, valorizzando le risorse di personale evitando le sovrapposizioni.

I trattamenti possono essere erogati:

- nella sede della struttura;
- a domicilio;
- in altri contesti di vita della persona (scuola/ambito formativo, altri contesti frequentati).

Profili professionali coinvolti

Al fine di assicurare l'erogazione degli interventi previsti, devono essere garantire le seguenti figure professionali con monte ore proporzionale ai Voucher attivati:

- Neuropsichiatra Infantile con funzione di supervisione delle attività per l'età evolutiva;
- Psicologo;
- Professionista sanitario della riabilitazione individuato in base agli specifici percorsi tra le seguenti figure:
 - Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (rif. D.M. 17/1/1997 n. 56)
 - Tecnico Riabilitazione Psichiatrica (rif. D.M. 29/3/2001 n.182)
 - Terapista Occupazionale (rif. D.M. 17/1/1997 n.136)
 - Logopedista (rif. D.M. 14/9/1994 n.742)
 - Educatore professionale (L. 205/2017) /educatori iscritti agli elenchi speciali di cui alla L.145/2018 al comma 537 dell'art.1;
 - Fisioterapista (rif. D.M. 14/9/1994 n.666).

Considerata la necessità di promuovere interventi specializzati, finalizzati ad un target d'utenza specifico, il personale ingaggiato deve essere stato formato specificamente e/o avere esperienza nel campo dell'autismo.

L'esperienza/formazione specifica deve essere certificata dai professionisti tramite il CV. L'Ente con propria dichiarazione certifica inoltre i corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.

Enti Erogatori

Le tipologie di strutture che possono erogare il Voucher ASD sono:

- Poli territoriali di NPIA privati accreditati;
- Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziale privati accreditati;
- Riabilitazioni ambulatoriali accreditati (DGR n. VII/19833/2004);
- Riabilitazione a ciclo diurno continuo accreditati – CDC (DGR n. VII/19833/2004);
- Sperimentazioni Ria Minori (DGR n. IX/3239/12) che operano in regime ambulatoriale compreso il progetto "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo", attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano – ex DGR X/63/2013;
- Sperimentazioni Ria Minori (DGR n. IX/3239/12) che operano in regime diurno;
- CDD accreditati che possono erogare il Voucher ASD anche a persone con ASD dai 14 anni in su in quei territori che presentano criticità rispetto al numero ed alla distribuzione territoriale delle strutture che possono erogare il Voucher.

Gli Enti che aderiscono all'erogazione dei Voucher abilitativo/riabilitativo devono già svolgere interventi di natura riabilitativa/abilitativa in favore di persone con Autismo e avere garantito agli operatori interessati specifici percorsi formativi in linea con quanto previsto dalle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

A tal fine le ATS devono verificare l'esperienza di tali strutture in materia di Autismo, accertando la registrazione sul portale dell'Osservatorio Nazionale Autismo (OssNA) dell'ISS nella Mappatura Autismo per:

- Poli Territoriali di NPIA privati a contratto;
- Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziale privati a contratto;
- Riabilitazioni ambulatoriali e a ciclo diurno continuo a contratto;
- CDD a contratto.

Per le strutture a contratto, laddove tale registrazione non sia già avvenuta, le ATS, rilevata la sussistenza degli elementi previsti dalla Mappatura Autismo, procedono ad includere la struttura nell'elenco degli Erogatori Voucher ASD, promuovendo al contempo la registrazione della stessa nella Mappatura secondo le modalità in essere.

Per quanto attiene le Sperimentazioni Ria Minori (DGR n. IX/3239/2012) che operano in regime ambulatoriale e diurno ed anche le strutture sopra indicate solo accreditate, che non possono essere inserite nella suddetta Mappatura, le ATS provvedono comunque ad inserire la struttura nell'elenco degli Erogatori e, laddove non già fatto, nella ricognizione ASD presente sui siti istituzionali delle Agenzie.

In merito alle diverse tipologie di struttura si precisa quanto segue:

- I Poli territoriali di NPIA privati accreditati e le Riabilitazioni ambulatoriali accreditate (DGR n. VII/19833/2004) devono garantire che l'erogazione del Voucher Autismo avvenga con modalità operative distinte che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività a contratto, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.
- I Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziali privati accreditati e i CDC devono individuare spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività semiresidenziali ordinarie assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di

sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

- I CDD: l'inclusione dei CDD tra gli enti erogatori del Voucher Autismo avviene in considerazione delle criticità che si possono manifestare in alcuni territori in ragione dello stato di sviluppo dell'area della NPIA/RIA nonché del numero di sperimentazioni ex DGR n. IX/3239/2012 avviate. Tali unità di offerta possono inoltre garantire la presa in carico nella fase di transizione dall'età minore all'età adulta.

I CDD possono erogare il Voucher Autismo ai beneficiari della Misura Sostegno e delle altre Misure Servizi limitatamente alle due ultime fasce di età in quei territori che presentano criticità rispetto al numero ed alla distribuzione territoriale (ad es. zone particolarmente dislocate) delle strutture che possono erogare il Voucher Autismo.

I CDD devono individuare spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/interferenza con le attività semiresidenziali ordinarie assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

- Sperimentazioni RIA Minori (DGR n. IX/3239/12): l'inclusione di tali sperimentazioni tra gli enti erogatori del Voucher Autismo discende dal fatto che, in attuazione della DGR n. IX/3239/2012, le stesse da anni stipulano convenzioni con le ATS per l'erogazione di riabilitazione ambulatoriale e diurna sono rivolte in via prevalente ai disturbi del neurosviluppo.

Tale inclusione è comunque circoscritta fino alla conclusione della fase di stabilizzazione della sperimentazione, allo stato in atto.

Le sperimentazioni RIA Minori, che operano in regime ambulatoriale, devono garantire che l'erogazione del Voucher Autismo avvenga con modalità operative distinte che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività rivolte ai beneficiari della sperimentazione, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

Le sperimentazioni RIA Minori, che operano in regime diurno, devono individuare spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività

rivolte ai beneficiari della sperimentazione, assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher Autismo avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

Valore del Voucher

Il voucher rientra processo di revisione dell'area della riabilitazione con particolare riferimento all'età evolutiva, per cui si assume quale tariffazione per la composizione del valore economico del Voucher Autismo quella della Riabilitazione ambulatoriale così come rivista dalla DGR n. 6991/2022 per i trattamenti ambulatoriali individuali diretti ed indiretti per minori e per i trattamenti di gruppo, come nel dettaglio riportato nella tabella:

Voucher per età	N. Trattamenti settimanali	N. Trattamenti annui	Tariffa trattamenti individuali diretti	Tariffa trattamenti individuali indiretti	Tariffa trattamenti di gruppo	Voucher settimanale	Valore teorico annuo massimo €
da 2 a 5 aa	5	260	44,70 €	44,70 €	16,00 €	223,50 €	11.622,00
da 6 a 10 aa	4	208	44,70 €	44,70 €	16,00 €	178,80 €	9.297,60
da 11 a 13 aa	3	156	44,70 €	44,70 €	16,00 €	134,10 €	6.973,20
da 14 a 17 aa	1,5	78	44,70 €	44,70 €	16,00 €	67,05 €	3.486,60
da 18 in poi	1	52	44,70 €	44,70 €	16,00 €	44,70 €	2.324,40

Il valore del Voucher è determinato dal numero di trattamenti previsti per le diverse fasce di età moltiplicato per il numero di settimane effettuate nell'arco dell'anno di erogazione del Voucher.

Si precisa che il valore del Voucher è stato computato ipotizzando l'erogazione di trattamenti individuali. Laddove la progettazione preveda anche interventi di gruppo deve essere applicata la relativa tariffa in base alle attività effettivamente erogate e comunque non oltre la capienza massima del Voucher.

Nel richiamare quanto indicato nel punto "Percorsi attivabili con Voucher Sociosanitario Autismo" nella tabella viene indicato il tetto massimo del numero di trattamenti teorici e del relativo valore teorico massimo del Voucher su base annua.

Per i percorsi tematici per i beneficiari dai 14 anni in poi introdotti con il presente provvedimento, all'interno delle risorse a disposizione per il Voucher ASD, viene individuato uno specifico sotto budget pari a euro 250.000,00.

Infraregionalità per autismo: presa in carico da parte di Enti Gestori facenti parte di elenchi di ATS diverse da quelle di residenza della persona

Al fine di potenziare l'accesso alle prestazioni al Voucher Autismo si conferma l'utilizzo degli elenchi degli enti gestori indipendentemente dalla ATS di residenza della persona.

L'ATS procederà conseguentemente ad inserire nello schema di contratto l'impegno dell'Ente a garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di contrattualizzazione.

Pertanto, qualora il beneficiario e/o la sua famiglia scelgano, a seguito della valutazione di appropriatezza in ordine all'attivazione del Voucher effettuata dalla ASST della residenza, un ente gestore inserito nell'elenco di ATS diversa da quella di residenza della persona, si applicano le regole di seguito indicate:

- la ASST titolare della valutazione comunica alla propria ATS (coincidente con l'ATS della residenza della persona) che la persona/genitori/ chi esercita la responsabilità genitoriale/chi garantisce la protezione giuridica della persona intende avvalersi di un ente gestore inserito in un elenco di cui è titolare un'altra ATS, e il relativo progetto individuale;
- l'ATS della residenza della persona:
 - comunica, valutata la disponibilità di budget, all'ATS titolare dell'elenco che un proprio assistito ha scelto per l'erogazione delle prestazioni a Voucher un ente gestore presente nel suo elenco;
 - trasmette, con modalità che garantiscano il pieno rispetto della normativa sulla privacy, alla ATS titolare dell'elenco il progetto individuale redatto dalla ASST titolare della valutazione per la successiva trasmissione al soggetto gestore prescelto e la definizione del progetto di riabilitazione da parte di quest'ultimo;
 - comunica che procederà al totale rimborso/riconoscimento dei costi alla ATS titolare dell'elenco, previa ricezione della fattura di corrispondente importo emessa dalla ATS titolare dell'elenco.
- l'ATS titolare dell'elenco:
 - trasmette all'ente gestore prescelto il progetto individuale definito dalla ASST della valutazione;
 - riceve e controlla la rendicontazione delle prestazioni erogate dall'ente gestore;
 - liquida la fattura all'ente gestore;

- rendiconta il Voucher nell'ambito del flusso informativo definito per i Voucher;
- emette fattura di pari importo nei confronti della ATS di residenza della persona.

2.3 Misura Progetti di vita indipendente 2025-2027 (Pro.Vi)

La presente programmazione sostiene la vita indipendente, come opportunità per vivere la propria vita, prendere le decisioni, scegliere dove, come e con chi vivere, includendo:

- Servizi personalizzati: interventi sociali, sociosanitari e sanitari costruiti sulle specifiche esigenze dell'individuo;
- Assistenza economica: risorse economiche che permettano di accedere a servizi di assistenza domiciliare (anche per l'assistente personale), educativa o di inclusione lavorativa, di partecipazione attiva alla vita della propria comunità;
- Tecnologie assistive: strumenti e dispositivi che facilitino le attività di vita quotidiane e la partecipazione alla vita sociale.

Gli interventi di vita indipendente, così come descritti dal D.Lgs. n. 62/2024, devono essere fondati su una valutazione multidimensionale effettuata da équipe multiprofessionali, finalizzata alla predisposizione di un progetto di vita personalizzato costruito con la diretta partecipazione della persona con disabilità e orientato alla promozione dell'autonomia personale, dell'inclusione sociale e della piena autodeterminazione.

Le progettazioni devono garantire una presa in carico integrata tra servizi sociali, sanitari, educativi, formativi e lavorativi, attraverso la definizione di un budget integrato di progetto, l'individuazione delle responsabilità attuative e delle attività di monitoraggio.

Elemento centrale dei progetti è il rispetto della libertà di scelta della persona con disabilità, assicurandone la partecipazione attiva in tutte le fasi di progettazione, attuazione e verifica degli interventi, anche in presenza di figure di tutela giuridica.

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

Vengono confermate tutte le tipologie di disabilità e limitazione dell'autonomia e pluriminorazione (es. legge n. 284/1997) già contemplate dalle Linee guida del 2018.

Inoltre, sono di norma destinatari degli interventi le persone che intendono realizzare il proprio progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un

assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato, oppure quello fornito da ente terzo (es. cooperativa) o da operatore professionale.

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

Le macroaree di intervento sono le seguenti: assistente personale, abitare in autonomia, inclusione sociale e relazionale, trasporto sociale, domotica e azioni di sistema.

La presa in carico della persona con disabilità all'interno del Pro.Vi deve prevedere un progetto che includa almeno 2 macroaree (esclusa macroarea Azioni di Sistema).

1) Assistente personale

L'assistente personale rappresenta una figura fondamentale nei progetti di vita indipendente, in quanto supporta la persona con disabilità nel percorso di autonomia e inclusione sociale. Il contributo economico destinato all'assistente personale, anche mediante modalità di assistenza indiretta previste nel progetto di vita personalizzato, è finalizzato al conseguimento degli obiettivi di autonomia della persona con disabilità e si inserisce nel quadro complessivo degli interventi a sostegno della vita indipendente.

La figura dell'assistente personale rappresenta uno strumento essenziale per favorire percorsi di autodeterminazione, partecipazione sociale e sviluppo dell'autonomia, sostenendo l'esperienza di vita indipendente e l'apertura della persona al contesto relazionale e comunitario, ai bisogni specifici del beneficiario, nel rispetto del principio di appropriatezza, come espresso nella DGR n. XII/5416/2025.

Il contributo economico destinato all'assistenza personale costituisce parte integrante del progetto di vita indipendente e si inserisce in un più ampio quadro di interventi orientati all'autonomia della persona, comprendenti le aree dell'abitare in autonomia, dell'inclusione sociale e relazionale e della mobilità sociale.

2) Abitare in autonomia

Il progetto prevede diverse soluzioni abitative, anche innovative e sperimentali, riconducibili ai modelli dell'abitare sociale, da sviluppare anche attraverso percorsi di collaborazione e coprogettazione tra Enti pubblici, Enti del Terzo Settore, Organizzazioni di volontariato, persone con disabilità e famiglie.

In tale contesto, si promuove il raccordo con gli interventi previsti dalla Legge n. 112/2016 sul "Dopo di Noi" e con le progettualità finanziate dal PNRR – Missione 5, Componente 2, Investimento 1.2, nel rispetto degli standard definiti dalla normativa vigente.

Possono inoltre essere programmati sostegni economici finalizzati a favorire percorsi di autonomia abitativa e di progressivo distacco dal nucleo familiare, anche mediante l'integrazione di diverse fonti di finanziamento, pubbliche e private, all'interno del budget di progetto.

Le soluzioni abitative dovranno configurarsi come contesti di tipo familiare e domestico, accessibili e idonei ad accogliere un numero limitato di persone, di norma non superiore a cinque, favorendo, ove possibile, la personalizzazione degli spazi attraverso l'utilizzo di arredi e oggetti personali.

Nel rispetto delle norme di sicurezza e prevenzione dei rischi, dovranno essere garantiti adeguati livelli di riservatezza, con particolare attenzione alle camere da letto, preferibilmente singole, nonché spazi adeguati alla vita quotidiana, la socializzazione e il tempo libero, assicurando in ogni caso il pieno rispetto della volontà e delle scelte della persona con disabilità.

3) Inclusione sociale e relazionale

Nell'ambito della progettazione personalizzata possono essere previsti interventi di assistenza sociale, sostegno educativo e inclusione relazionale, qualora l'équipe multidimensionale ne valuti la necessità per garantire la sostenibilità del progetto di Vita Indipendente, in presenza di servizi ordinari insufficienti o non disponibili.

Ove compatibile con le caratteristiche del progetto, la presente macroarea può sostenere anche servizi di assistenza domiciliare, in modo complementare all'assistenza personale, al fine di assicurare risposte adeguate e flessibili ai bisogni della persona.

Gli interventi possono riguardare la partecipazione alla vita sociale e comunitaria, il tempo libero, il rafforzamento delle relazioni interpersonali, i percorsi di inclusione lavorativa e formativa, nonché il supporto all'autonomia nella mobilità e negli spostamenti.

4) Trasporto sociale

Per favorire la fruizione degli interventi di inclusione sociale e relazionale, è previsto il sostegno al trasporto sociale, per il quale può essere riconosciuto un contributo sino ad un importo massimo di 300 €/anno.

Il contributo è riconosciuto in forma di rimborso, previa presentazione della documentazione (a titolo esemplificativo biglietti, fatture, ricevute, chilometraggio).

Tale strumento è complementare alle altre Misure attive a livello regionale e locale per assicurare il trasporto sociale.

5) Domotica

Nel progetto individuale può essere previsto l'impiego di tecnologie assistive, soluzioni domotiche e strumenti per la connettività sociale, finalizzati a favorire il miglioramento

dell'autonomia personale, della sicurezza e della qualità della vita della persona beneficiaria. Tali interventi assumono una funzione integrativa e di supporto rispetto ai servizi di assistenza personale già previsti dal progetto.

Si precisa che le suddette dotazioni non devono essere ricompresi negli elenchi degli interventi afferenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Tale strumento è complementare alle altre Misure attive a livello regionale e finanziate dalla L. 13/89 e smi e dalla LR 23/99.

6) Azioni di Sistema

Le azioni di sistema riguardano specificatamente le attività di formazione, informazione, sensibilizzazione, monitoraggio e supporto alla progettazione personalizzata, rivolte alle persone con disabilità, ai familiari e agli assistenti personali, al fine di rafforzare competenze e consapevolezza nelle scelte di vita indipendente.

L'eventuale finanziamento delle azioni di sistema non può superare il 15% del valore complessivo del progetto a livello di Ambito in termini di spesa sostenuta.

Per ulteriori approfondimenti in merito agli indirizzi operativi, ai criteri di accesso, ivi compresa la condizione economica, e di attuazione e alle modalità di realizzazione degli interventi previsti, si rinvia alla programmazione regionale di prossima approvazione denominata "Vivere in autonomia: diritto alla vita indipendente e Dopo di Noi", che definirà in maniera organica il quadro di riferimento regionale, gli obiettivi strategici, le linee di intervento e gli strumenti finalizzati alla promozione dell'autonomia personale, dell'inclusione sociale e dei percorsi di deistituzionalizzazione delle persone con disabilità. Regione Lombardia nella programmazione regionale e per effetto delle norme vigenti, anche per le annualità 2025-2026-2027 garantirà il coinvolgimento di 31 Ambiti territoriali. Secondo le Linee Guida ministeriali non potranno essere ammessi al finanziamento Pro.vi. gli Ambiti che non abbiano almeno formalmente avviato le attività riferite all'annualità precedente.

Si dà pertanto mandato alle ATS già sede di Ambiti Territoriali titolari di progetti Pro.Vi. di procedere con propria manifestazione di interesse alla loro individuazione, qualora gli Ambiti già titolari di tali progettualità non dichiarino alla ATS di riferimento la propria volontà di proseguire nel percorso in continuità con le precedenti annualità.

È riconosciuta in capo alla ATS la possibilità di valutare una programmazione congiunta sovra-Ambito, con l'individuazione dell'Ambito/Comune capofila. Tale proposta permetterebbe il pieno utilizzo delle risorse anche da parte di Ambiti territoriali di minori dimensioni e una maggiore estensione della rete di azione.

Qualora una ATS non riesca ad individuare Ambiti interessati a sviluppare tali progettualità, le risorse assegnate potranno essere eventualmente destinate ad altra ATS, sulla base di successive indicazioni della DG competente.

Regione procederà con decreto alla presa d'atto degli Ambiti ammessi al finanziamento Pro.Vi.

2.4 Incompatibilità e sospensioni

Le misure sono finalizzate a garantire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente. In linea generale, vige il principio che vieta il doppio finanziamento, escludendo, pertanto, l'utilizzo di fondi diversi per finanziare la stessa tipologia di intervento. Le Misure sono incompatibili con:

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità, CA, strutture residenziali di salute mentale), anche nei casi di completa solvenza;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali ≥ 18 ore (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno ex DGR n. 3239/2012).

Inoltre, l'erogazione della misura Sostegno è incompatibile nei seguenti casi:

- Home Care Premium/INPS HCP, per il contributo per l'assistente familiare;
- Quota di contributo previsto dalla Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs. n. 29/2024.

L'accesso alla misura Sostegno rivolta alla persona non autosufficiente anziana con alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con bisogno di sostegno molto elevato (già gravissima) esclude la possibilità di beneficiare contemporaneamente della misura sostegno rivolta alla persona non autosufficiente anziana con basso bisogno assistenziale o la persona con disabilità con bisogno di sostegno elevato (già grave) e viceversa.

Con successivi provvedimenti attuativi saranno stabilite le condizioni di sospensione della Misura Sostegno, in particolare per quanto riguarda i casi di ricovero di sollievo. Si conferma in ogni caso quanto stabilito con DGR n. 5589/2025 nella parte in cui nel caso di ricovero temporaneo di sollievo per pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica e da malattie

neurodegenerative presso una unità di offerta sociosanitaria residenziale - entro il limite massimo di 60 giorni/anno – la Misura Sostegno non verrà sospesa.

3. GOVERNANCE TERRITORIALE

3.1 Competenze tra i diversi attori istituzionali

L'attuazione del Programma regionale si basa sui principi di sussidiarietà e di integrazione sociosanitaria, in quanto vede la partecipazione di diversi livelli e tipologie di attori che collaborano per fornire alle persone un servizio personalizzato e pienamente rispondente ai relativi bisogni.

In questo contesto operano, come attori istituzionali, le Agenzie per la Tutela della Salute (ATS), le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e gli Ambiti Territoriali Sociali. Tali soggetti collaborano altresì con la rete territoriale composta anche dagli Enti del Terzo Settore, individuati secondo le modalità previste dalla normativa per garantire i principi di trasparenza.

Il presente provvedimento stabilisce i ruoli dei soggetti coinvolti e i principali compiti nell'ambito della programmazione regionale.

3.1.1 Agenzie per la Tutela della Salute (ATS)

Le ATS hanno un compito di governance della programmazione del territorio di riferimento. In primo luogo, le ATS assicurano la realizzazione dei percorsi e, in particolare, il coordinamento e l'integrazione dei processi e delle risorse professionali e finanziarie, promuovendo il raccordo con ASST e Ambiti territoriali sociali, anche al fine di garantire il rispetto delle risorse assegnate.

In particolare, le ATS monitorano il processo di attivazione del Voucher sociosanitario e ASD sia in relazione ai percorsi attivati nei propri territori sia in relazione alla dinamica della composizione dell'elenco degli Enti erogatori.

Inoltre, le ATS hanno la responsabilità dell'erogazione delle risorse e, in particolare:

- del contributo mensile previsto dalla Misura Sostegno per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale;
- delle risorse destinate agli Ambiti per le restanti Misure di competenza.

Le modalità e le tempistiche di erogazione sono stabilite dai provvedimenti attuativi.

Tra i compiti attribuiti alle ATS, inoltre, rientrano le attività di monitoraggio e rendicontazione dell'effettivo utilizzo delle risorse assegnate sia alle stesse Agenzie sia agli Ambiti territoriali afferenti. Tali attività sono finalizzate a garantire la corretta gestione dei finanziamenti, la tracciabilità delle spese sostenute e la verifica della coerenza degli interventi realizzati rispetto agli obiettivi programmati.

Si rinvia al par. 3.3 per il dettaglio delle modalità di monitoraggio e rendicontazione.

Le ATS hanno altresì responsabilità di verifica e, a tal fine, effettuano il controllo su un campione non inferiore al 5% dei complessivi beneficiari delle Misure in collaborazione con le ASST, trasmettendone alla fine di ciascun esercizio l'esito agli uffici regionali.

Le ATS verificano, altresì, la correttezza e l'efficacia nella costruzione del Progetto individuale e, con cadenza trimestrale, il regolare versamento dei contributi previdenziali per il personale assunto direttamente dai beneficiari o la documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo o dal professionista che eroga la prestazione attestante l'avvenuto pagamento.

Relativamente ai Voucher sociosanitari e ASD, le ATS effettuano attività di vigilanza e controllo rivolta alle strutture accreditate afferenti alla rete sanitaria e sociosanitaria e, a tal fine, includono tale attività nel Piano dei Controlli.

3.1.2 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)

Le ASST sono responsabili della presa in carico delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale, dalle quali ricevono ed istruiscono le istanze di accesso alla valutazione e sono titolari del processo di valutazione multidimensionale e di definizione, aggiornamento e monitoraggio del progetto individuale, in modo coordinato ed integrato con gli Ambiti territoriali sociali.

Per le situazioni riconducibili alla condizione di disabilità gravissima, l'ASST verifica la coerenza tra il quadro clinico-funzionale della persona e la documentazione prodotta a supporto della condizione certificata ai sensi delle disposizioni regionali vigenti.

Inoltre, le ASST partecipano al processo di valutazione multidimensionale e di definizione, aggiornamento e monitoraggio del progetto individuale condotto dagli Ambiti territoriali sociali per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale.

Sono di afferenza delle ASST anche i Punti Unici di Accesso che, pur avendo di norma sede operativa all'interno delle Case di Comunità, rappresentano non solo il luogo di accesso ai servizi, ma anche lo spazio in cui la collaborazione tra i professionisti di ASST e Ambiti territoriali sociali realizzano l'integrazione sociosanitaria.

3.1.3 Ambiti Territoriali Sociali

Gli Ambiti territoriali sociali partecipano al processo di valutazione multidimensionale e di stesura, aggiornamento e monitoraggio del progetto individuale.

Gli Ambiti territoriali sociali, in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore, hanno la responsabilità dell'attuazione degli interventi integrativi sociali, di cui al paragrafo 2.2.1, nonché dei progetti di vita indipendente, di cui al paragrafo 2.3, nonché di erogazione delle risorse previste dalla Misura Sostegno per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale.

I suddetti interventi dovranno essere garantiti da tutte le programmazioni locali secondo le proprie modalità e peculiarità territoriali. In ogni caso, gli Uffici di Piano degli Ambiti sono tenuti ad inviare alle ATS competenti l'atto di programmazione dell'applicazione delle Misure.

È compito degli Ambiti effettuare un controllo su un campione non inferiore al 5%, dei beneficiari presi in carico nell'anno, i cui esiti sono trasmessi annualmente dall'ATS territorialmente competente.

Tra i compiti degli Ambiti territoriali rientra, inoltre, la rendicontazione dell'utilizzo delle risorse assegnate, finalizzata a garantire la corretta gestione dei finanziamenti e il monitoraggio degli interventi realizzati.

3.1.4 Enti erogatori

Gli enti erogatori sono responsabili dell'erogazione delle prestazioni previste dal Voucher sociosanitario e ASD ed, eventualmente, di quelle affidate dagli Ambiti.

La pianificazione degli interventi, così come l'eventuale aggiornamento, è condivisa dall'Ente Erogatore in via preventiva con l'Equipe di valutazione multidimensionale integrata per concordare l'avvio.

L'Ente Erogatore verifica, periodicamente e per tutto l'arco temporale della presa in carico, la coerenza della pianificazione degli interventi in base all'evoluzione dei bisogni della persona, in condivisione con la persona/famiglia.

3.2 Modalità di accesso e fruizione delle misure

La fruizione delle misure di cui al paragrafo 2 si svolge secondo il processo di seguito illustrato, rinviando ai provvedimenti attuativi la definizione degli aspetti più operativi.

3.2.1 Presentazione dell'istanza di accesso alla valutazione

La persona non autosufficiente o chi la rappresenta presenta la domanda di accesso alla valutazione.

L'istanza di primo accesso alla valutazione è presentata secondo le modalità previste dagli Enti preposti alla ricezione:

- all'ASST di competenza, per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale, nella finestra temporale compresa tra il 1° marzo e il 31 ottobre di ogni anno;
- all'Ambito territoriale sociale di riferimento, per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale, secondo le tempistiche previste dalle procedure definite dagli Ambiti stessi.

Per l'anno 2026, in fase transitoria e in considerazione della tempistica di approvazione della programmazione regionale, le istanze di primo accesso alla valutazione per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale potranno essere presentate a partire dal 22 giugno 2026 fino al 31 ottobre 2026.

I provvedimenti attuativi forniscono ulteriori dettagli in merito alle modalità di presentazione della domanda, con specifico riferimento alla documentazione necessaria ai fini dell'istruttoria, tenendo conto anche della progressiva attuazione del d.lgs. n. 62/2024.

Si precisa, inoltre, quanto segue per le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato già prese in carico:

- le persone che, al 31 dicembre di ciascun anno a partire dall'esercizio 2026, risultano prese in carico nell'ambito della presente programmazione, è sufficiente comunicare la volontà di prosecuzione del progetto, entro e non oltre il 31 marzo dell'anno successivo, confermando il mantenimento dei requisiti di accesso e la presenza o meno del "sistema di assistenza/cura" (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...);
- le persone che risultano in carico per effetto della proroga di cui alle DGR n. 5544/2025 e 5926/2026 fino al 30 giugno 2026, non sono tenute a presentare una nuova istanza, ma, al permanere dei requisiti, proseguono fino al 31 dicembre 2026 e, successivamente, rientreranno nella casistica di cui al punto precedente. È demandato all'equipe di valutazione multidimensionale l'aggiornamento del progetto per ricondurre le misure attive alle caratteristiche della presente programmazione.

Per quanto riguarda, invece, le persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato, tenuto conto della tempistica di attivazione delle procedure da parte degli Ambiti e per garantire

la possibilità di erogare tempestivamente i servizi previsti, si prevede in via straordinaria per l'annualità 2026 la possibilità di attivare procedure semplificate che garantiscano la continuità dei servizi.

A tal fine, la persona dovrà confermare:

- il mantenimento dei requisiti di accesso;
- il "sistema di assistenza/cura" (caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...);
- il progetto attivo e sottoscritto.

All'istanza di prosecuzione dev'essere allegata la documentazione aggiornata e in corso di validità relativa alla condizione economica (ISEE).

Pertanto, ai beneficiari già titolari di una progettualità finanziata nell'ambito della programmazione FNA 2024 e/o che risultano in carico alla data di approvazione del presente provvedimento può essere garantita la continuità della presa in carico e degli interventi in essere fino al 31 dicembre 2027 salvo il venir meno dei requisiti di accesso ovvero il verificarsi di variazioni significative delle condizioni personali, sociali, sanitarie o assistenziali che rendano necessaria una rivalutazione del bisogno e del progetto. Nei casi in cui intervengano modifiche delle condizioni della persona tali da comportare una revisione del progetto individualizzato, si procede alla rivalutazione del bisogno mediante presentazione di una nuova istanza.

Gli Ambiti territoriali entro 30 giorni dall'approvazione della presente deliberazione attivano le procedure necessarie al rinnovo di tali progettualità.

I progetti finanziati in continuità hanno validità dal 1° luglio 2026 al 31 dicembre 2027.

Contestualmente, gli Ambiti territoriali attivano anche le procedure utili alla ricezione delle nuove istanze, entro 30 giorni dall'approvazione della presente deliberazione. Tali procedure potranno prevedere dei termini di apertura di durata superiore ai 12 mesi e comunque fino al 31/12/2027.

La conclusione delle procedure di valutazione delle nuove istanze dovrà essere garantita auspicabilmente entro il 30 settembre 2026, salvo quanto previsto per le istanze gestite mediante modalità a sportello.

Per i nuovi accessi, gli interventi decorrono dalla data di conclusione delle procedure di valutazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale competente e hanno validità sino al 31 dicembre 2027.

Entro l'ultimo trimestre dell'esercizio 2027, gli Ambiti Territoriali Sociali adottano gli atti e le misure organizzative necessarie a garantire la continuità degli interventi in essere e a

definire le modalità di accesso per eventuali nuove prese in carico nell'esercizio 2028, nei limiti delle risorse disponibili e sulla base dell'analisi dei bisogni rilevati a livello territoriale. Quanto sopra descritto viene introdotto al fine di favorire il progressivo allineamento degli interventi a favore delle persone non autosufficienti, assicurando, dal 1° gennaio 2028, una gestione più uniforme, efficiente e coerente della programmazione regionale FNA. Pertanto, a decorrere dall'esercizio 2028, la programmazione FNA avrà validità annuale con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre.

3.2.2 Istruttoria delle domande di accesso alla valutazione

Le ASST e gli Ambiti sociali territoriali ricevono ed istruiscono le domande di accesso alla valutazione da parte delle persone non autosufficienti.

I provvedimenti attuativi dettagliano i tempi e le modalità di istruttoria dei requisiti di accesso.

3.2.3 Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale multiprofessionale è effettuata in modalità integrata ai sensi della DGR n. XI/6760/2022 e successive modifiche e integrazioni con i servizi sociali territoriali dell'Ambito/Comune, sulla base di specifici protocolli operativi definiti fra ASST e Ambiti Territoriali validati dalla Cabina di regia.

La titolarità della valutazione è in capo:

- all'ASST di competenza, per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale;
- all'Ambito territoriale sociale di riferimento, per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale.

I provvedimenti attuativi stabiliscono nel dettaglio le modalità di realizzazione della valutazione multidimensionale.

3.2.4 Stesura del progetto individuale

In esito alla valutazione multidimensionale, le ASST e gli Ambiti sociali territoriali procedono alla stesura del Progetto Individuale o al relativo aggiornamento, incluso il budget di progetto, tenendo conto dei diversi ambiti e dimensioni di vita, cui fanno riferimento i bisogni, le aspettative e i desideri della persona e della sua famiglia, tra cui in particolare la salute, l'istruzione, la formazione, il lavoro, la mobilità, la casa, la socialità.

Nella definizione del budget di progetto complessivo sarà possibile utilizzare tutte le risorse messe a disposizione in un'ottica di complementarità, siano esse di derivazione regionale,

del Fondo Sociale europeo e/o del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e/o del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, escludendo sovrapposizioni di Fondi finalizzati a finanziare la medesima spesa, ivi incluse le risorse personali e quelle liberamente messe a disposizione dalla famiglia.

Gli interventi previsti nella presente programmazione al paragrafo 2 saranno, pertanto, da intendersi come integrativi rispetto a quelli già in atto di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria di cui la persona usufruisce o usufruirà, come previsto dal Progetto individuale e dai Piani di assistenza personalizzati.

Dalla presente programmazione è richiesto all'ente competente un monitoraggio periodico del Progetto Individuale, al fine di verificarne l'attuazione e la congruenza degli interventi previsti e, se necessario, attivare una rivalutazione della situazione globale della persona. La rivalutazione dovrà essere comunque effettuata in caso di modifica delle condizioni e/o i bisogni.

I provvedimenti attuativi definiscono le caratteristiche e le modalità operative connesse alla stesura e all'aggiornamento del progetto individuale.

3.2.5 Approvazione degli elenchi dei beneficiari delle misure

Le ATS, a seguito di verifica, approvano in via definitiva le richieste di accesso alle misure delle persone di cui al DM 2016 per cui l'ASST hanno completato l'istruttoria, la valutazione multidimensionale e la stesura del progetto individuale, nonché il budget individuale attribuibile per l'attivazione degli interventi sulla base del progetto elaborato.

Le domande ammesse confluiscono nell'elenco dei beneficiari, che sono forniti mensilmente alle ASST e agli Ambiti territoriali sociali, secondo le modalità concordate tra gli Enti.

Spetta all'ASST, a seguito di approvazione degli elenchi mensili da parte della ATS, e agli Ambiti comunicare alle persone l'inserimento in elenco beneficiari e l'avvio della presa in carico.

3.3 Evoluzione dei flussi informativi

La disponibilità di dati completi, affidabili e aggiornati rappresenta un presupposto essenziale per programmare interventi e servizi in modo efficace, consentendo di fondare le decisioni su una conoscenza approfondita dei fenomeni e dei bisogni del territorio.

Le riforme attualmente in corso, che delineano il nuovo PNNA 2025–2027, insieme al progressivo aumento degli utenti presi in carico attraverso le misure finanziate dal Fondo per la non autosufficienza registrato negli ultimi anni, rendono necessaria una ridefinizione

dei flussi informativi dedicati al monitoraggio delle prese in carico e dell'utilizzo delle risorse, predisponendo strumenti adeguati a verificare l'efficacia delle azioni programmatiche e a supportare processi decisionali fondati su dati aggiornati e affidabili.

Tale aggiornamento, infatti, consente di rafforzare le capacità di governo e monitoraggio del sistema, consentendo di rilevare in modo più puntuale l'andamento della domanda e di verificare l'effettiva copertura degli interventi e dei servizi erogati in risposta ai bisogni delle famiglie.

A tal fine, la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità con il supporto di un gruppo di lavoro di esperti, ha lavorato alla predisposizione di un flusso informativo unico dedicato alla disabilità che progressivamente sostituirà gli attuali flussi informativi "Misura B1", "Misura B2-Pro.Vi.", "Dopo di Noi".

Il nuovo flusso informativo "Disabilità" verrà avviato nel corso del secondo semestre 2026, e sarà orientato alla rilevazione delle informazioni riferite agli interventi e alle prestazioni erogate attraverso le misure Sostegno e Servizi con riferimento alle platee delle persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità non autosufficienti caratterizzate da bisogni elevati (ex gravi) e molto elevati (ex gravissimi), andando a sostituire gli attuali flussi informativi "Misura B1", "Misura B2-Pro.Vi..".

Per tutto il 2026, e fino a nuove indicazioni regionali, resta invariato a regole vigenti il flusso "DopodiNoi".

Il nuovo flusso "Disabilità" presenta le seguenti caratteristiche:

- ha periodicità mensile;
- è flessibile nella gestione del dato, prevedendo modalità di integrazione/correzione sostitutive per ogni periodo di invio e con il consolidamento definitivo a fine anno;
- è allineato alla nuova programmazione;
- è strutturato per assolvere il debito informativo verso il MLPS in allineamento a quanto richiesto dal SIOSS.

Il debito informativo verso Regione Lombardia è in capo alle ATS, le quali dovranno raccordarsi con le ASST e gli Ambiti territoriali sociali per la raccolta dei dati sul territorio secondo il disciplinare tecnico e procedere quindi all'invio del debito informativo. Si raccomanda la puntualità nell'invio dei dati e le azioni necessarie per la correzione di eventuali errori riscontrati dal sistema regionale e l'allineamento dei dati inviati attraverso il flusso informativo con i dati nei sistemi gestionali presenti sul territorio.

Per le informazioni di competenza degli Ambiti territoriali sociali, l'alimentazione del debito informativo deve avvenire possibilmente attraverso le informazioni estratte dalla Cartella sociale informatizzata in dotazione, secondo lo standard regionale contenuto nelle Il.gg.

regionali vigenti. Pertanto, è responsabilità dell'Ambito mettere a disposizione del fornitore del gestionale di CSI il disciplinare tecnico fornito per l'aggiornamento dei requisiti richiesti. Si raccomanda alla ATS di agevolare lo scambio informativo attraverso le CSI degli Ambiti territoriali di afferenza, evitando agli stessi di utilizzare ulteriori strumenti per l'alimentazione del debito informativo.

Tenuto conto dell'evoluzione del quadro normativo nazionale in materia di riconoscimento, valorizzazione e sostegno della figura del caregiver familiare, al fine di disporre di elementi informativi utili alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione delle politiche regionali rivolte alle persone assistite e ai loro caregiver, si prevede l'integrazione del flusso informativo regionale "Disabilità" mediante l'acquisizione di ulteriori dati relativi al caregiver familiare.

Tutte le informazioni espresse dal disciplinare tecnico del flusso sono trattate nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Saranno fornite indicazioni operative più puntuali in un'apposita circolare a cura degli uffici regionali preposti e verranno attivati dei momenti di formazione e di accompagnamento del territorio, con il supporto di AriaSpa.

Al fine di assicurare uniformità, tracciabilità e affidabilità nella rilevazione della spesa sostenuta a valere sul Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), nonché di garantire il corretto adempimento degli obblighi informativi verso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali attraverso l'alimentazione del Sistema Informativo SIOSS, si stabilisce che la raccolta del dato relativo agli importi quietanzati, in forma anonima e aggregata, avvenga esclusivamente mediante la piattaforma regionale "Liquidazioni". Tale piattaforma, già avviata nel corso del 2025 prima sperimentalmente nel territorio di ATS Valpadana e successivamente su tutto il territorio regionale, costituirà pertanto l'unico strumento regionale di certificazione della spesa sostenuta a valere sul FNA, ai fini del monitoraggio, della rendicontazione e della trasmissione dei dati richiesti dal livello nazionale, superando ogni altra modalità in corso.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 89 comma 1 del D.L. n. 34 del 19/05/2020 convertito in Legge 17 luglio 2020 n. 77, l'erogazione delle risorse di ciascuna annualità da parte del MLPS è condizionata alla liquidazione e rendicontazione, nella specifica sezione del SIOSS, da parte degli Ambiti territoriali dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, secondo le modalità di cui alle schede della piattaforma SIOSS denominata "Rendicontazioni FNA", fatta salva la facoltà della regione di curare direttamente la raccolta delle informazioni e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli Ambiti territoriali ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Ministro del lavoro e delle

politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione fino al raggiungimento del 100%. Si richiamano da ultimo i commi 699 e seguenti dell'articolo 1 della Legge 30 dicembre 2025, n. 199, che introducono dal 2027 un Sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale (LEPS), finalizzato alla definizione dei livelli di spesa necessari a garantire l'attuazione progressiva a livello di Ambito Territoriale Sociale e che rendono necessario rafforzare la qualità e la completezza dei flussi informativi regionali, anche ai fini dell'alimentazione del SIOSS e della corretta rilevazione delle prestazioni e della spesa sociale.