

PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (PNNA) 2022-2024

Analisi e commenti di

FISH ONLUS

e

FORUM NAZIONALE TERZO SETTORE

Incontro Rete della protezione e dell'inclusione sociale

25.07.2022

PREMESSA

Sappiamo che il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 è uno strumento di passaggio dalla programmazione precedente ad un nuovo programma basato su quanto stabilito dalla legge 234/2021 (La legge di Bilancio per il finanziamento 2022), per la realizzazione dei Livelli essenziali di Prestazione Sociale, riferiti alla non autosufficienza, su tutto il territorio nazionale.

Sviluppando quanto previsto dalla citata normativa e dalla programmazione antecedente ex legge 33/2017 e D.lgs. 147/2017, detto Piano ha lo scopo di programmare l'organizzazione di una rete territoriale di servizi sociosanitari integrati, che sia vicina ed usufruibile per il cittadino in condizioni di non autosufficienza e per i cittadini con disabilità. Ha altresì lo scopo anche di stabilire come ripartire le risorse del Fondo per la Non Autosufficienza.

Alcuni essenziali punti di riferimento per la stesura e l'applicazione di questo Piano si trovano nella Missione 5 componente 2 e Missione 6 del PNRR .

Il Piano per la Non Auto-sufficienza 2022-2024 avendo come proprie destinatarie le persone non autosufficienti e le persone con disabilità vede come suo punto di riferimento la *Convenzione Onu dei Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD)* e tutti quegli strumenti normativi nazionali ed internazionali che vanno a delineare e a definire quei diritti e quella vita dignitosa che spesso le persone con disabilità si vedono negate. Per sua stessa previsione, il Piano e la sua realizzazione tengono in conto quanto previsto dalla Legge 227/2021 "Legge delega sulla disabilità e dai suoi futuri decreti attuativi".

In particolare, è importante per il Piano la futura adozione (prevista dalla legge delega succitata) di una definizione di disabilità coerente e rispettosa di quella contenuta nella CRPD ed inoltre è rilevante **l'adozione della Classificazione Internazionale del funzionamento della disabilità e della salute e l'attuazione di una definizione di profilo di funzionamento che sia coerente con l'ICF**, con la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e con la Classificazione Internazionale delle malattie. Infatti, il Piano per la Non Autosufficienza prevede al suo interno la creazione di progetti di vita personalizzati e partecipati, destinati alle persone con disabilità, basati su un approccio multidisciplinare e che consentano loro di autodeterminarsi e di soddisfare i propri bisogni ed esigenze in diversi aspetti della loro vita.

Bene, nella parte del Piano dedicata alla **Vita indipendente**, che viene riaffermato lo stretto legame di continuità funzionale tra lo stesso e le Linee guida sulla vita indipendente nella stesura dei progetti di vita e la necessità che queste vengano applicate in modo rispettoso delle più recenti normative. Ma questo deve trovare concreta applicazione anche in chiave di risorse economiche.

Bene anche la precisazione che tali progetti vedano come destinatari le persone con disabilità maggiorenni la cui condizione non è collegata solo e soltanto all'invecchiamento. Ciò dovrebbe garantire quella continuità temporale dei progetti in essere non condizionandola al solo elemento dell'invecchiamento.

VALUTAZIONE ED ANALISI

A seguito dell'analisi della bozza di PNNA 2022-2024 inviata alle Associazioni con nota Prot. 6483 del 18.07.22, FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap), anche per espressa delega di rappresentanza del Forum Nazionale del Terzo Settore, esprime giudizio complessivamente positivo, pur formulando, con il presente documento, in ottica di assoluto spirito collaborativo, delle proposte migliorative ed auspicando che le stesse possano trovare un'ampia condivisione all'interno della Rete e del Ministero e convergere all'interno del Piano.

Preliminarmente possiamo senz'altro ribadire la complessiva condivisione del PNNA che si presenta non solo come elemento di garanzia per l'utilizzo e l'allocazione delle risorse a disposizione per questo segmento del sistema di welfare, ma anche come elemento utile a promuovere l'auspicata transizione verso un più solido sistema che garantisca alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità con necessità di alta intensità di sostegni maggiori diritti, maggiore esigibilità degli stessi e un migliore sistema di presa in carico. Quindi apprezzabile al tal fine appare il periodo riportato nel Piano stesso, laddove si mette in evidenza che trattasi di *"transizione che va dalla programmazione precedente, che iniziava a basarsi sull'attuazione dei LEPS, alla condizione futura che vede la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni scaturito dalla pandemia Covid"*.

Il Patto ha pertanto come obiettivo la realizzazione dei Livelli Essenziali di Prestazione sociale (i LEPS) che stabiliscono una rete di servizi da offrire alle persone.

Attraverso i così detti LEPS di erogazione (art 1 comma 162 legge 234/2021) viene stabilito quali di questi servizi dare al cittadino con disabilità o non autosufficiente e come egli vi può accedere, mentre attraverso i LEPS di processo (articolo 1 comma 163 legge 234/2021) si delinea le modalità attraverso cui il sistema decide quali servizi dare al cittadino e le modalità di erogazione. Nel complesso il parere verso il Patto presentatoci è buona, anche se è estranea alla visione della Convenzione dei Diritti delle Persone della Disabilità la suddivisione realizzata all'interno del Patto tra persone con disabilità e persone anziane non autosufficienti. Infatti, nella definizione di disabilità contenuta dalla CRPD, che il Patto stesso e la legge delega sulla disabilità fanno propria non vi è alcuna distinzione per età. Per la Convenzione, le persone con disabilità sono tali

indipendentemente dal dato anagrafico. In modo ancillare desta qualche perplessità l'assenza della definizione di autosufficienza.

Quanto sopra detto trova ancor più conferma all'interno del Piano, che struttura una programmazione articolata sui tre seguenti programmi operativi:

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

Quindi in termini apprezzabili, la bozza di PNNA (chiaramente grazie ai precedenti atti normativi e di programmazione che hanno avviato un' incisiva fase delle politiche di welfare in ordine ai temi dell'integrazione sociosanitaria, della definizione e implementazione dei LEPS e della messa a disposizione di risorse) inizia, dopo anni di attesa, ad affrontare, con alcuni primi elementi operativi uno dei nodi irrisolti del nostro sistema di welfare, definendo non solo "cosa" da subito garantire (LEPS di erogazione), ma anche "come" (LEPS di processo), "quando" (regolazione) e con quali risorse avviare la fase di transizione sopra richiamata onde arrivare entro la fine di tale piano (con l'arrivo, nelle more, della riforma in tema di disabilità e di non autosufficienza) ad avere tutti gli elementi perché poi siano definiti TUTTI i livelli essenziali.

Ciò nonostante, si nota che molti dei Livelli Essenziali di Prestazioni sociali sono solo descritti genericamente, mentre sarebbe necessaria una loro maggiore specificazione, soprattutto in relazione con i Progetti di Vita Indipendente. Non è chiaro, inoltre, perché, diversamente da quanto avviene per le persone anziane non autosufficienti, le persone con disabilità non siano considerate tra i target di alcuni dei LEPS, in particolare quelli che delineano i servizi che si riferiscono alle persone anziane ed ai loro caregiver (LEPS di sollievo). Sebbene sia positivo che per le persone con disabilità vi sia una visione del PAI personalizzata, che debba contenere un piano che miri al soddisfacimento di esigenze non solo di assistenza sociosanitaria ma anche di esigenze di autodeterminazione in diversi aspetti della vita come: obiettivi personali e ambizioni, è necessario che questo punto sia più fortemente ribadito e descritto più dettagliatamente. Dovrebbero essere elencati specificatamente dei Livelli Essenziali di Prestazione Sociale che siano anche finanziati dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, che vadano a permettere l'esercizio effettivo del diritto alla Vita indipendente in tutti i suoi elementi, così come enunciati dalla CRPD e descritti dal Comitato CRPD nel suo Commento Generale. Su questo punto si deve tenere a mente l'interconnessione dei diritti umani. Garantire l'effettività del diritto alla Vita Indipendente è impossibile se non si rendono effettivi anche gli altri. Tenendo presente che, come detto anche nello studio della programmazione

antecedente al Piano, il Terzo settore è un partner essenziale nell'organizzazione e realizzazione dei servizi, si auspica un suo maggiore coinvolgimento e che si vada a costruire una "amministrazione condivisa".

Importante è trovare il modo migliore per coordinare i metodi di valutazione della disabilità con quelli per la non autosufficienza, che verranno utilizzati dalle equipe disciplinari per la stesura dei PAI. Questi metodi devono essere compatibili con i metodi di valutazione e la definizione della disabilità prevista dalla legge delega. Desto allarme che alcuni Pua stiano organizzando la valutazione del soggetto richiedente i servizi attraverso metodi adatti a rilevare problemi geriatrici, e che non sono idonei alla valutazione delle persone con disabilità. Nella realizzazione del PAI e dei metodi di valutazione deve essere fortemente presente che le esigenze delle persone anziane che sono persone con disabilità dalla gioventù o dall'infanzia sono diverse da quelle che perdono autonomia con l'invecchiamento.

È importante anche riflettere se sia necessario sottoporre le persone con disabilità che invecchiano a una doppia valutazione di base, e se non sarebbe meglio un altro tipo di approccio, che non preveda "una doppia valutazione di accesso", soprattutto se si tiene in mente l'innovazione del metodo di valutazione della disabilità prevista dalla legge delega. Altro aspetto che va chiarito sono le possibili conseguenze negative per le persone con disabilità, nel momento del compimento del sessantacinquesimo anno di età, derivabili dalle previsioni del Piano. Infatti, i 65 anni consentono alle persone con disabilità gravi e gravissime l'accesso a determinate risorse economiche andando a creare una sorta di "incompatibilità" con l'accesso alle risorse destinate dal FNA alle persone con disabilità, con conseguente perdita di importanti entrate. Il Piano per la Non Autosufficienza, così come ci è stato presentato, è un buon Piano ma si spera che vi sia una ancora maggiore attenzione alle esigenze specifiche delle persone con disabilità e che la stesura finale dello stesso rispecchi ancora di più la nuova visione normativa della disabilità e l'approccio alla disabilità basato sui diritti umani e la CRPD.

PROPOSTE

Fermo restante quanto sopra affermato, si ritiene opportuno sottolineare che a nostro modesto avviso nel Piano vanno ripresi espressamente anche i seguenti concetti e le proposte integrative, qui di seguito indicate per punti, ma poi meglio declinate delle tabelle finali di dettaglio delle proposte.

- **Alcuni LEPS di processo** (costruzione di sostegni e supporti quale traduzione degli desideri, aspettative e preferenze delle persone unitamente agli obiettivi di sostegno con gli stessi condivisi; budget di progetto) **andrebbero già meglio definiti, oltre che enunciati.** Infatti,

occorre tenere conto che non vi può essere un arretramento rispetto a quanto già indicato nella legge delega n. 227/2021, e che sui territori, specie con gli accordi di collaborazione, non si continui a rimanere vaghi circa alcune determinazioni utili a costruire gli interventi (per rimanere ad uno degli esempi sopra detti, non si parli di budget di salute, quasi quale semplice ripartizione del budget di Comunità, bensì lo si declini come meglio indicato nella sottostante tabella);

- **Alcuni LEPS di erogazione non dovrebbero essere semplicemente tarati sulla non autosufficienza per anziani** (pur essendosi focalizzata soprattutto su di essi la legge di bilancio per l'anno 2022, all'art. 1, commi 162 e 164) e quindi si dovrebbe dare rilevanza, specie per le persone con disabilità, sia alle prestazioni inerenti l'"Inclusione sociale e relazionale" (oltre che quelle di tipo più prettamente assistenziale e dell'abitare) sia anche a quelle "di sollievo" che invece vengono indicate solo per gli anziani ed i loro familiari; La definizione di persona con disabilità contenuta nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, ratificata dall'Italia con legge 18/2009, che sarà introdotta nella legislazione italiana con la legge 227/21, non distingue le persone con disabilità per età e quindi include tra coloro che vivono condizioni di disabilità anche le persone anziane.
- **Dovrebbe assolutamente chiaro che gli interventi inerenti la non autosufficienza attivati attraverso il c.d. PAI (Piano di assistenza individualizzato) si includono entro un più ampio progetto individuale di vita, specie laddove il bisogno di sostegno è rilevabile nell'area delle relazioni interpersonali, dell'inclusione sociale, dello sviluppo personale, dell'autodeterminazione, del proprio empowerment, soprattutto per chi non è autosufficiente sin dalla nascita o dalla giovane età e non sia arrivato a tale condizione solo per in fase di tarda età** (per es. dando garanzia di un'assistenza socio-educativa, più che socio-assistenziale o comunque interazione tra i vari interventi afferenti la non autosufficienza e quelli ulteriori che vadano a traguardare anche gli altri bisogni di sostegno). In ogni caso l'intervento sia non standardizzato, ma personalizzato, individualizzato e partecipato nella massima misura possibile, come prevede la legge 227/21.
- **Dovrebbe costruirsi, specie a livello locale/di ambito, una programmazione e progettazione di interventi assolutamente interconnessa con quella inerente i progetti di vita indipendente, quelli del "durante, dopo di noi", quelli del budget di salute, che sono il centro dei progetti contenuti nella riforma del welfare, e il supporto ai "caregiver familiari", oltre che quella già prevista per il contrasto alla povertà e quella socio-sanitaria; per cui l'unitarietà del progetto personalizzato e partecipato previsto dalla legge 227/21,**

prevede una valutazioni basata sull'ICF e la Convenzione ONU e quindi definizioni di progetto che non si esauriscono nel PAI, ma che si possono coniugare con altre dimensioni di diritti e forme di progettualità prima indicate.

- Dovrebbe essere espressamente previsto e definito, anche all'interno dello schema di accordo di programma allegato al Piano, il ruolo centrale del Terzo Settore con espresso riferimento agli istituti della coprogrammazione e coprogettazione di cui all'art. 55 del dlgs n. 117/2017, dando compiutezza quindi all'importanza di un lavoro in "amministrazione condivisa" così come indicato, nell'analisi di quanto accaduto durante la pandemia, a fine del Paragrafo 1.2 (pag. 9 "Pandemia e Terzo Settore);
- Occorre attivare un altrettanto immediato adeguato coinvolgimento degli ETS sia a livello centrale che a livello delle attività svolte dalle Regioni in ordine all'attuazione delle indicazioni contenute nel D.M 23.05.2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", anche al fine di tenere conto delle criticità già a suo tempo espresse dal Forum Nazionale Terzo Settore in ordine alla strutturazione e funzionamento delle Case della Comunità (quale luogo di presa in carico in front office e back office/UVM delle persone non autosufficienti) e del modello in generale, al fine di incrementare l'efficacia della importante fase di cambiamento avviatasi con l'avvio del PNRR;
- Occorre individuare attività di comunicazione e pubblicazione dei monitoraggi possibili attraverso i vari sistemi informativi, onde poter garantire anche al Terzo settore una consapevole partecipazione all'attività condivisa di livello nazionale, regionale e locale;
- Occorre aprire un immediato spazio di confronto per prefissare con larghissimo anticipo i necessari parametri per misurare nel corso dell'attuazione del Piano la sua efficacia ed efficienza, visto che il paragrafo "Monitoraggio" risulta ancora non declinato e si avvii un rapido confronto sulla decisiva e strategica azione di monitoraggio dell'implementazione del PNNA 2022-2024;
- Va previsto un aggiornamento del piano nel 2023 sulla base delle riforme contenute nel PNRR, con la legge delega in materia di disabilità, legge 227/21, i cui decreti delegati dovrebbero essere approvati nell'agosto del 2023, e la legge sugli anziani e non autosufficienti, la cui definizione è prevista nel 2023..

TABELLE DI DETTAGLIO TECNICO DELLE PROPOSTE

Per quanto attiene alle **PERSONE CON DISABILITÀ**

Bozza PNNA 2022-2024	Chiarimenti e/o proposte di confronto e di modifica di FISH
PRESENTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - A pag. 4 si prevede che <i>“saranno predisposti tavoli tecnici periodici, che vedano anche la partecipazione di rappresentanti di Regioni, ANCI, ministero della salute e del ministero della disabilità, anche nella prospettiva di un monitoraggio della qualità dei servizi, con l’orientamento a costruire nel triennio un set di indicatori quali/quantitativi che ponga al centro l’individuo e i suoi bisogni”</i>. - Si ritiene che un primo set vada individuato entro il primo anno e che poi nel triennio anche sulla scorta dell’esperienza dell’utilizzo di tali set anche per il monitoraggio in itinere si possa giungere ad individuare alla fine del triennio eventuali integrazioni/modifiche; diversamente, alla fine di questo triennio, non si saprebbe come misurare gli esiti rispetto a criteri non prefissati per tempo.
SEZIONE PRIMA – IL PNNA 2022-2024	
Capitolo 1 – Il quadro di contesto del Piano 2022-2024	<ul style="list-style-type: none"> - Utile e precisa la ricostruzione del quadro normativo in materia di LEPS, inclusa la correlazione tra LEPS vigenti (o in via di definizione) e LEA, salvo quanto si chiede di precisare nei punti successivi.
1.1 Principi base e obiettivi del Piano 2019-2021	<ul style="list-style-type: none"> - A pag. 6 si dà atto che ancora manca la nozione di “non autosufficienza” e che quindi la Rete dovrà lavorare con chi deve evitare i testi attuativi della legge delega in tema di disabilità e quello della legge delega per la non autosufficienza. - Si richiede quindi che sia previsto che nei primi sei mesi dall’entrata in vigore del Piano ci sia una ricognizione del primo periodo dell’andamento del piano con confronto rispetto alle commissioni redigenti. - Si potrebbe inserire tale azione nel Capitolo 2 quando si parla di governance multilivello. - <u>Oggi rimane purtroppo una differenziazione tra gravi e</u>

	<p><u>gravissimi, basata sulla gravità sanitaria e non sulla necessità dell'intensità del sostegno.</u></p>
<p>1.3. Il rinnovato quadro di contesto normativo e programmatico</p>	<p>- È necessario attivare uno specifico ambito tecnico-operativo finalizzato alla verifica di quanto disposto/declinato a livello centrale con quanto sin qui concretamente realizzato a livello regionale/territoriale, al fine di comprendere se e di che entità siano i divari tra i due livelli (statale/regionale/territoriale). Nello specifico della condizione delle persone con disabilità tale analisi diviene fondamentale in relazione all'implementazione del "nuovo" paradigma alla disabilità definito dalla L.18/2009 in attuazione della CRPD (approccio basato sui diritti umani) che richiede e richiederà (vedasi L.227/2021) uno specifico e poderoso processo di cambiamento delle politiche e delle prassi professionali e organizzative del sistema di welfare italiano. In tale auspicato contesto di verifica sulle concrete attuazioni e/o sui divari tuttora esistenti riteniamo che il ruolo dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, delle Organizzazioni delle persone con disabilità e degli ETS attivi in tali settori sia di fondamentale importanza, al fine di svolgere tale verifica in relazione ai concreti effetti che il mutato quadro normativo ha prodotto (o non abbia prodotto) nei rapporti tra Cittadini e P.A..</p>
<p>1.4. Il Piano di transizione e i livelli essenziali per la non autosufficienza: LEPS e LEA un'integrazione funzionale e strategica</p>	<p>- Sempre in relazione al cambio di paradigma di cui sopra e alla correlazione tra LEPS e LEA riteniamo necessario (anche al di fuori dello specifico ambito di questo PNNA) compiere una revisione critica del LEA/DPCM 12.01.2017 che appaiono, nelle parti dedicate alle persone con disabilità, costruiti avendo a riferimento un modello superato e largamente incompatibile con il quadro di rinnovamento che la bozza di PNNA 2022/2024 ha efficacemente sintetizzato e ricostruito.</p> <p>- In sostanza a pag. 17 si riprende quanto indicato negli articoli 21-22-23 dei Lea, semplicemente affiancando il nuovo modello iniziato ad essere ipotizzato con la legge di bilancio per il 2022 (erroneamente indicata 234/2022), ma questo può far correre il rischio che la Sanità non metabolizzi il nuovo modo di lavoro in "assoluta interazione, integrazione ed interdipendenza", visto che</p>

	<p>tuttora la valutazione multidimensionale spesso è fatta sia dalla componente clinica sia dalla componente sociale in due luoghi e con due approcci diversi che poi semplicemente si uniscono nel PAI. Occorre quindi ribadire che il lavoro sia svolto in condivisione e non già per settori che poi si sommano le loro determinazioni.</p>
<p>Capitolo 2 – La governance multilivello Sezione</p>	<p>Si propone la riflessione generale in ordine alla necessità di chiarire, anche in questa bozza di PNNA, il ruolo gerarchico che deve assumere [in forza di quanto disposto nell'ordinamento vigente: L.18/2009 in attuazione della CRPD, art. 1 co. 5 lett. c) L. n. 227/2021] il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato della persona con disabilità. Un ruolo gerarchico in relazione a tutti gli altri documenti/progetti di pianificazione e programmazione di erogazione di sostegni (incluso quindi il PAI, che, in presenza di un progetto di vita, ne sarebbe parte integrante).</p> <p><u>Modello questo che potrebbe anche essere esteso alle persone anziane non autosufficienti.</u></p> <p>Un ruolo “naturalmente” gerarchico in ragione della definizione stessa di disabilità (anch'essa parte degli adempimenti che dovranno essere definiti in attuazione della L.227/2021) ma già chiarita e pacificamente acquisita a livello scientifico (OMS/ICF) e giuridico internazionale (CRPD) che correla la condizione di salute della persona caratterizzata – anche – da menomazioni durature e le relazioni con i contesti di vita. L'approccio basato sui diritti umani (pari non discriminazione, pari opportunità, inclusione sociale) prevale e determina qualunque altro intervento/progetto (sanitario, sociosanitario, sociale, educativo, scolastico, lavorativo, ecc.) che devono risultare coerenti e adeguati alle mete di partecipazione su basi di uguaglianza con gli altri alla vita comunitaria. In tale contesto ne deriva che anche le fasi che la bozza di PNNA descrive – più che correttamente – come “...un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo” devono tenere conto di tale approccio e sistema.</p> <p>Sul punto non ci si può limitare in questo Piano a prevedere (a pag. 38, nel capitolo inerente gli interventi e propriamente le Azioni di</p>

	<p>supporto per la riuscita del PNNA) che il MLPS definirà “azioni positive verso la costruzione dei budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale”.</p> <p>Pertanto a pag. 25, dopo il paragrafo 2.3 “Aziende Sanitarie” occorre inserire il par. 2.4 “Competenze per la realizzazione del PAI dentro il progetto di vita”, indicando in esso: “Nella realizzazione del Piano assistenziale individualizzato occorre considerare se già esiste un più ampio progetto individuale o se ne è stata fatta richiesta, onde allineare gli obiettivi di sostegno e gli interventi all’interno di un più ampio quadro, avendo cura di coordinare gli interventi anche della non autosufficienza con gli altri (per es. inerenti il “dopo di noi”, il contrasto alla povertà educativa il piano di sostegni inerenti l’inclusione lavorativa e quella sociale, ecc.), affinché non vi siano sovrapposizioni, ma valorizzazione di ogni intervento nella loro dinamica interconnessione ed interdipendenza. Pertanto, nella valutazione multidimensionale si deve partire da un profilo di funzionamento che tenga conto anche altri contesti di vita che la persona vive o vuole vivere, individuando obiettivi di intervento allineati e non contrastanti con gli altri e costruire interventi che tengano conto di tutto ciò. Lo stesso budget a quel punto non sarà solo di “salute” (quale mera risultante di risorse messe in campo dalla Sanità e dal Sociale per l’assistenza per la non autosufficienza) ma un paniere in cui interagiscono, non con effettivo sostitutivo, ma moltiplicatore, anche le risorse di altri interventi. Pertanto è compito degli ATS e delle Aziende Sanitarie fare una valutazione multidimensionale, che parta dal profilo di funzionamento non solo per condizioni di salute e limitatamente ad alcune attività, ma di tutti i contesti in cui la persona vive o vuole andare a vivere, e responsabilizzando quindi insieme gli ATS, le Aziende Sanitarie, ma anche i Comuni e altri Enti Pubblici (università, servizi per il collocamento mirato) che a vario titolo interagiscono anche sull’aspetto assistenziale rispetto all’attuazione del più ampio progetto individuale. Tale impegno viene inserito anche nello schema di collaborazione, allegato al Piano”.</p>
SEZIONE SECONDA IL DISPOSITIVO DI PIANO	
<p>Capitolo 3 – L’impianto operativo del PNNA 2022-2024</p>	<p>Si ribadisce che, anche in questo contesto, occorre ricordare il ruolo gerarchico che deve assumere (in forza di quanto disposto nell’ordinamento vigente: L.18/2009 in attuazione della CRPD, art. 1</p>

<p>Strategia di intervento 2 - Livelli essenziali di processo</p>	<p>co. 5 lett. c) L.227/2021) il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato della persona con disabilità. Un ruolo gerarchico in relazione a tutti gli altri documenti/progetti di pianificazione e programmazione di erogazione di sostegni (incluso quindi il PAI). Quindi nella Linea 2.1 di pag. 29 del Piano occorre precisare che “il percorso assistenziale integrato deve essere considerato parte integrante del più ampio progetto individuale di vita, se già esistente o richiesto ed in via di definizione. Si deve pertanto tenere conto di questo aspetto in tutte le fasi”</p>
<p>Linea 1.1 Assistenza domiciliare e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari</p>	<p>A pag. 30 del Piano si indica che la modalità per garantire tale assistenza “<i>avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI generato dal processo assistenziale integrato così come definito dai LEPS di processo</i>”, ma occorre integrare tale passaggio con “valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione”, specialmente laddove si prevedono interventi del PNNA di sostegno psico-socio-educativo.</p>
<p>Tabella riassuntiva LEPS Erogazione 2/3</p>	<p>Nella tabella di pag. 34 si indicano come destinatari dei “Servizi sociali di sollievo” [1) pronto soccorso per emergenze temporanee, diurne e notturne, con personale qualificato; servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; 3) attivazione e organizzazione mirata dell’aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli Enti del Terzo settore] solo le “persone anziane non autosufficienti e loro famiglie”, ma occorre inserire come destinatari anche le persone con disabilità e le loro famiglie (anche allorquando la legge di bilancio fornisce 100 milioni di euro in più per le persone anziane, perché questo a maggior ragione vuol dire che le altre risorse sono utilizzate proprio per le persone con disabilità e non escluse a priori e in tutto per tali servizi)</p>
<p>3.2 Livello essenziale di processo Linea 2.1 Percorso assistenziale integrato</p>	<p>A pag. 36 nella valutazione multidimensionale sembra percepirsi che chi fa la valutazione multidimensionale sia in parte diverso da chi poi struttura gli interventi in cui si traducono i supporti per rispondere agli obiettivi di sostegno (questo è anche in parte confermato laddove nell’Allegato B del PNNA, nell’individuare l’“Equipe integrata di ambito” nella fase C (Valutazione multidimensionale) si parla di</p>

	<p>UVM, mentre nella fase D (PAI) si parla di Servizi ATS E Servizi Distretto. Se così fosse occorre però specificare in maniera evidente e netta che il PAI non potrà essere lo smistamento della persona tra i servizi precostituiti da ATS e Distretto e che occorrerà dare e costruire risposte idonee a quanto evidenziato dalla valutazione multidimensionale anche in co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore.</p>
<p>Regolazione – obiettivi di servizio 2022/2023/2024 (pag. 37)</p>	<p>Si condividono gli obiettivi di servizio indicati a pag. 37, ma occorre espressamente indicare che per questi si attui un immediato, adeguato e costante raccordo con quanto, via via, si definisce in attuazione della L.227/2021 e, a sua volta, con quanto seguirà con la legge delega per la non autosufficienza.</p> <p>Si deve anche prevedere (non solo come obiettivo di servizio) che il monitoraggio degli esiti sia condotto in relazione ai domini della Qualità della Vita e di una vita di qualità autodeterminata e non solo in relazione all'adeguatezza dei sostegni di natura assistenziale.</p>
<p>Strategia di intervento 3 - Azioni di supporto</p>	<p>Quanto indicato ai precedenti punti riemerge anche in relazione alle azioni di sviluppo del sistema dei servizi che prevedono attività svolte direttamente dalla competente struttura del MLPS con particolare riferimento a:</p> <p><i>definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, con particolare rilievo per la definizione della onerosità assistenziale in riferimento alle diverse caratteristiche degli ambiti familiari, amicali e comunitari;</i></p> <p><i>definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione dei Budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare, e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale.</i></p> <p>Anche su tali aspetti si evidenzia che si dovrà costantemente tener conto della forte necessità del raccordo indicato al precedente punto.</p>
<p>Capitolo 5- Vita indipendente</p>	<p>In via preliminare si ribadisce quanto già espresso in questi e altri ambiti istituzionali circa la necessità di disporre di dati e informazioni sugli esiti delle sperimentazioni condotte nei territori nel corso degli anni precedenti la messa a sistema del canale di finanziamento di tali</p>

	<p>progettualità.</p> <p>Inoltre rispetto al passaggio specifico inerente l'“Inclusione sociale e relazionale” si evidenzia che la previsione che tali attività e relativi sostegni siano attivati solo a condizione che sia l'equipe multiprofessionale a ritenerli ammissibili appare come uno spazio di potere eccessivo che rischia di generare processi opposti alle finalità stesse dei progetti di vita indipendente. Si ritiene, viceversa, che, nell'ambito dell'attuazione della L. n. 227/2021, la dimensione del coinvolgimento attivo della persona (inclusa la raccolta di aspettative e desideri) sia una dimensione centrale nel processo di presa in carico che sarà ridefinito alla luce della CRPD, e in tal senso si ribadisce, non solo la necessità del forte raccordo già indicata, ma la ridefinizione di tale passaggio nella bozza di PNNA prevedendo l'ammissibilità di tali attività nell'ambito della definizione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.</p>
<p>ALLEGATO A PNNA</p> <p>Schema accordo di programma</p>	<p>Nell'articolo 12 dello schema di accordo si considera il c.d. “budget di salute e di comunità” sono determinati <i>“nel limite dei massimali regolamentati dalle singole Regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali”</i>; occorre riscrivere così tale parte dell'articolo <i>“considerando i massimali regolamentati dalle singole Regioni, le quote e le tipologie di costo per i singoli servizi, prevedendo deroghe agli stessi in base al bisogno di sostegno a cui rispondere, unitamente alle risorse convertite o risparmiate rispetto a servizi residenziali ed il ricorso alla compartecipazione al costo in base all'articolo 6 del DPCM n. 159/2013, costruendo il budget anche in chiave di continuità nel tempo”</i></p>

Per quanto attiene al **TERZO SETTORE**

Bozza PNNA 2022-2024	Chiarimenti e/o proposte di confronto e di modifica del FORUM NAZIONALE TERZO SETTORE
1.5. Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)	Partendo dalla consapevolezza che si sono compiuti importanti e strategici passi in avanti verso una piena e adeguata comprensione e conoscenza del funzionamento effettivo delle politiche sociali e socio-sanitarie nel nostro Paese, ancora una volta, anche al di fuori dal

	<p>contesto specifico di questo PNNA, si pone con forza la necessità che quando disposto dal Codice di Terzo Settore e dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 2020 si espliciti anche attraverso l'accessibilità del Terzo Settore alle banche dati del SIUSS, e non solo, anche per poter partecipare con idonea conoscenza, con il metodo della coprogrammazione e coprogettazione, ai tavoli di "amministrazione condivisa" volti alla costruzione dei piani regionali e dei piani di ambito, nonché per il monitoraggio e la definizione concertata dei vari e progressivi obiettivi di servizio a livello nazionale.</p>
<p>Capitolo 2. La governance multilivello</p>	<p>Per le medesime ragioni sopra richiamate (amministrazione condivisa) riteniamo una grave carenza che la bozza di PNNA non abbia espressamente previsto, nel rispetto delle competenze costituzionali attribuite alla P.A., un ruolo organico degli ETS nella formulazione non solo di proposte finalizzate a definire interventi e servizi, ma a concorrere nella definizione delle politiche e delle priorità da attribuire al sistema, con particolare riferimento al ruolo degli ATS a cui è attribuito il compito di realizzare sia i LEPS di erogazione che di processo (su questo si veda la successiva proposta relativa alla bozza di Accordo di Programma)</p>

<p>Allegato A. Schema-tipo Accordo di Programma</p>	<p>Per le medesime ragioni sopra richiamate proponiamo di integrare in questo modo l'art. 7:</p> <p><i>“ Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali. Lo svolgimento di tali attività deve prevedere il coinvolgimento degli ETS in attuazione del D.Lgs. 3 luglio 2017 n. 117, art. 55”</i></p>
--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Roma 25 luglio 2022