

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

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

Premesse

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

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

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

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

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

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

Accordo di Programma interistituzionale

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

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

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

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

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

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

(altri sottoscrittori da definire)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Articolo 1 - Finalità

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

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

sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Articolo 2 - Oggetto

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

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

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

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

Articolo 4 - Cooperazione interprofessionale

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

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

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

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

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

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

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

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Articolo 6 - Programmazione integrata

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

Articolo 7 - Sistema unitario di accesso e PUA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 10 - Budget di progetto

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

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

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

Articolo 11 - Gestione delle informazioni

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

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

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

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

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

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

Nel precedente regionale non viene messo

Articolo 13 – Organismo tecnico di condotta dell'Accordo

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