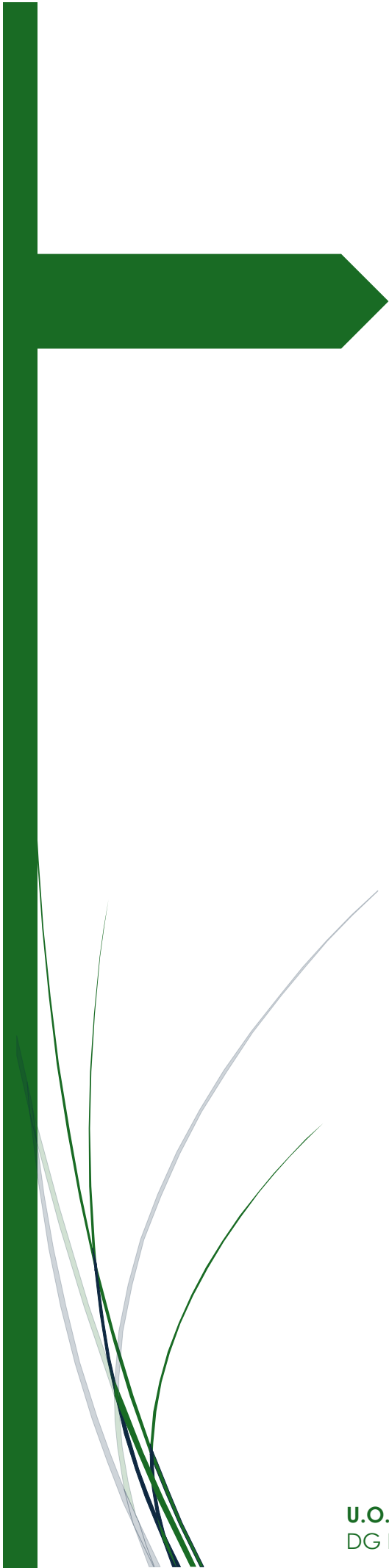




Indicazioni operative

*per l'attuazione del Programma Regionale per la
non autosufficienza 2025-2027*

Sommario

Premessa	2
1. Piano operativo e programmazioni territoriali	2
FLESSIBILITÀ DELLE RISORSE.....	2
2. Continuità: la responsabilità della presa in carico	2
3. Destinatari	3
4. Domanda di valutazione multidimensionale	3
PLATEA GIÀ MISURA B1: DOMANDA DI PROSECUZIONE.....	4
PLATEA GIÀ MISURA B1: DOMANDA DI PRIMO ACCESSO.....	5
PLATEA GIÀ MISURA B2: DOMANDA DI PROSECUZIONE.....	6
PLATEA GIÀ MISURA B2: DOMANDA DI PRIMO ACCESSO.....	6
DISPOSIZIONI FINALI – PLATEA GIÀ MISURA B2.....	6
5. Assessment	7
6. Valutazione multidimensionale	8
FASI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	9
AMBITI DI RILEVAZIONE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	9
LUOGO DELLA VALUTAZIONE.....	9
ESITO DELLA VALUTAZIONE.....	9
7. Progetto individuale/PAI/PdV	10
8. Precisazioni per alcuni strumenti del FNA	12
9. Attivazione strumenti	13
10. Erogazione Misura Sostegno	13
11. Erogazione Misura Servizi	13
MISURA SERVIZI: INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI.....	13
MISURA SERVIZI: ELENCO DEGLI ENTI EROGATORI DEI VOUCHER SOCIO SANITARIO E VOUCHER ASD.....	14
MISURA SERVIZI: PRECISAZIONI PER I VOUCHER SOCIO SANITARI ATTIVI.....	14
12. Sospensioni	14
13. Flusso di rendicontazione	15
14. Gestione delle liquidazioni: la piattaforma “Lombardia ATS”	17
VALORI AMMESSI PER LA COMPILAZIONE (ELENCO CODICI).....	17
TEMPISTICHE DI COMPILAZIONE.....	20
MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE.....	21
Flowchart percorso del “Procedimento Assistenziale Integrato”	22

Premessa

La nuova programmazione regionale a favore delle persone in condizione di non autosufficienza, di cui alla DGR 6320/2026, su base triennale, rappresenta l'occasione per avviare il superamento di valutazioni frammentate per misure, in favore dell'elaborazione di progettualità che sviluppino i principi previsti dalle normative più recenti in materia di Progetto di Vita.

L'impostazione assunta da Regione Lombardia intende da un lato garantire la continuità degli interventi in essere e, contemporaneamente, permettere un tempo maggiore per attivare valutazioni e rivalutazioni finalizzate a definire, nel confronto con la persona (e ove necessario, con la famiglia/legale rappresentante) il progetto personalizzato e partecipato. L'obiettivo è di arrivare, al termine del 2027, con il numero più ampio possibile di progettazioni orientate al Progetto di Vita in base alle quali far convergere la programmazione delle diverse deliberazioni regionali, nella prospettiva del fondo unico per le disabilità.

L'accesso alle misure FNA deve pertanto gradualmente superare la visione di un'istanza amministrativa finalizzata all'ottenimento di una prestazione e di mero atto valutativo a sé stante. Essa rappresenta piuttosto un'occasione di lettura complessiva della situazione individuale e familiare, orientando l'équipe verso una valutazione multidimensionale che tenga conto non solo dei bisogni assistenziali, ma anche delle risorse, delle relazioni significative, del contesto di vita e delle prospettive progettuali della persona.

Al fine della piena attuazione della DGR n. XII/6320/2026, si forniscono le indicazioni operative utili al completamento del quadro regolatorio, predisposte tenuto conto del confronto con il territorio e del necessario allineamento alle previsioni del PNNA 2025-2027.

1. Piano operativo e programmazioni territoriali

Gli Uffici di Piano degli Ambiti sono tenuti ad inviare alle ATS competenti l'atto di programmazione dell'applicazione delle Misure.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026/2027

Il Piano operativo per le annualità 2026/2027 deve essere *auspicabilmente* presentato entro il 30 settembre.

Si potrà procedere anche tramite l'aggiornamento del precedente Piano.

FLESSIBILITÀ DELLE RISORSE

La possibilità di utilizzare in modo flessibile le risorse assegnate è subordinata ai vincoli di destinazione dei fondi che finanziano la programmazione regionale e alle disposizioni stabilite a livello nazionale nel PNNA 2025-2027 e richiamati nell'Allegato 1 della DGR n. XII/6320/2026.

Con riferimento al quadro finanziario descritto nel richiamato Allegato 1, è possibile applicare le seguenti regole di flessibilità nell'impiego delle risorse:

- Tra le Misure
È possibile utilizzare eventuali disponibilità della Misura Sostegno a favore della Misura Servizi
Non è possibile, invece, utilizzare le risorse della Misura Servizi per la Misura Sostegno
- Tra i target:
Misura Sostegno: è possibile applicare la flessibilità tra i due target (anziani e persone con disabilità)
Misura Servizi: non è prevista flessibilità tra target. Infatti, la quota di risorse destinata ai servizi per le persone anziane è vincolata a livello nazionale e, pertanto, al momento, non è possibile procedere a trasferimenti da una platea e all'altra.

I residui delle annualità precedenti (FNA 2023/2024) possono essere utilizzati liberamente dall'Ambito per integrare le nuove risorse, a patto che vengano mantenuti i vincoli di destinazione.

2. Continuità: la responsabilità della presa in carico

La continuità degli interventi ha l'obiettivo di evitare interruzioni nei sostegni già attivati nel passaggio da un esercizio finanziario al successivo, qualora il progetto individuale sia confermato.

Per gli interventi finanziati con il FNA, la continuità si applica ai progetti sostenuti nell'annualità precedente e confermati per quella successiva, a condizione che permangano i requisiti di accesso. Rientrano in questa fattispecie sia i beneficiari che hanno usufruito del sostegno per l'intera annualità precedente (ad esempio, contributo per l'assistente personale), sia coloro che hanno ricevuto interventi per periodi limitati, previsti dal progetto personalizzato (ad esempio, interventi integrativi sociali o voucher sociali durante il periodo estivo o in occasione della chiusura delle scuole).

La continuità è riconosciuta quando il progetto già in essere, ossia quello precedentemente sottoscritto, viene confermato, mantenendo invariati gli obiettivi/interventi e il budget assegnato, anche qualora le attività previste siano rimodulate o nel caso in cui l'Ente erogatore cambia.

Tutti gli interventi e i sostegni devono essere previsti e motivati nel progetto personalizzato.

Per le persone risultate "ammesse e non finanziate" resta ferma la possibilità di presentare una nuova istanza. L'Ambito Territoriale può inoltre prevedere, per questa tipologia di richiedenti, una priorità di accesso, nel rispetto dell'equilibrio tra la continuità degli interventi per i beneficiari già in carico e l'accesso dei nuovi richiedenti.

3. Destinatari

Le prestazioni, gli interventi e i servizi assistenziali finanziati dal Fondo Non Autosufficienza sono destinate alla platea delle:

- persone con disabilità non autosufficienti con età fino a 70 anni
 - persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già gravissimi)
 - persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già gravi)
- persone anziane non autosufficienti dai 70 anni
 - persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale (già gravissimi)
 - persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale (già gravi)

In considerazione del cambiamento della soglia di età che distingue le due platee interessate agli interventi, si rende necessario prevedere una fase transitoria per garantire la continuità degli interventi già in corso per le persone nella fascia d'età compresa tra i 65 e i 70 anni.

A tal fine, a seguito di un confronto con il livello nazionale, si prevede che:

INDICAZIONI PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON ETÀ TRA 65 E 70 ANNI

- **persone già in carico e che manifestano volontà di prosecuzione:** con un progetto personalizzato attivo, se confermato dall'EVM, che prevede interventi/strumenti del precedente piano, è garantita la continuità degli interventi definiti secondo il precedente Piano per la durata del progetto e senza necessità di nuova istanza. Si precisa che tali interventi saranno finanziati utilizzando la quota di risorse destinata alle persone anziane.
- per le **persone di cui al punto precedente al compimento dei 70 anni in corso d'anno, il progetto prosegue in continuità**, salvo necessità di rivalutazione
- **persone di nuovo accesso:** per le nuove istanze potranno essere attivati solo gli interventi e i sostegni previsti per la platea delle persone con disabilità, nell'ambito del progetto personalizzato. In questo caso, gli interventi saranno finanziati con la quota di risorse destinata alle persone con disabilità.

4. Domanda di valutazione multidimensionale

È opportuno precisare che l'istanza presentata non è finalizzata all'accesso immediato e diretto a una specifica prestazione, servizio o misura di sostegno, né comporta automaticamente l'attribuzione di benefici predeterminati. Essa rappresenta, piuttosto, la richiesta di avvio di un percorso orientato alla conoscenza e alla comprensione complessiva della situazione della persona non autosufficiente, indipendentemente dal fatto che si tratti di una persona con disabilità o di una persona anziana.

L'istanza prende avvio, infatti, dalla persona e dal suo contesto di relazioni primarie. Le aspettative, le domande, i desideri espressi o meno, i bisogni orientano il processo valutativo.

La valutazione multidimensionale integrata:

- assume elementi plurali (dalla persona, dalla famiglia, dal servizio, dall'associazione, dai professionisti, dai compagni di scuola ...)

- ricompone le diverse rappresentazioni valorizzando le competenze professionali e tutte le conoscenze e competenze informali
- orienta servizi, operatori, famiglie e volontari per sostenere e preparare le condizioni per sviluppare e accompagnare il Progetto di Vita, riconoscendo gli aspetti di interdipendenza con i diversi ambienti e sistemi di relazione
- individua ciò che ognuno è chiamato ad attuare in relazione agli obiettivi concordati
- fornisce indicazioni, strumenti a sostegno della definizione degli interventi.

La valutazione deve essere strettamente correlata alla finalità per cui viene richiesta e orientata a individuare e valorizzare le potenzialità della persona. Essa è chiamata a delineare il percorso necessario al raggiungimento dell'obiettivo prefissato, evidenziando le tappe intermedie, gli interventi da realizzare e gli aspetti che richiedono particolare attenzione nel corso del processo.

Platea già Misura B1:

Per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e per le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale (già gravissimi), la richiesta di accesso alla valutazione, in via generale, è presentata mediante dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che deve essere corredata dalla documentazione prevista dal provvedimento deliberativo (DGR n. XII/6320/2026).

La domanda è presentata nel territorio di residenza della persona:

- ai PUA, ove attivi
- agli uffici dedicati dell'ASST

e comunque secondo le modalità comunicate dalle aziende e pubblicate nella pagina dedicata dei loro siti istituzionali.

Vengono indicate di seguito le procedure per la presentazione di istanza di prosecuzione e di nuova istanza.

PLATEA GIÀ MISURA B1: DOMANDA DI PROSECUZIONE

Per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e per le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale che al 31 dicembre di ciascun anno, risultano in carico al FNA, è sufficiente presentare istanza entro e non oltre il 31 marzo di ciascun anno, nella quale viene confermato:

- la volontà di prosecuzione della Misura/Misure
- 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 dev'essere allegata la documentazione aggiornata e in corso di validità relativa alla condizione economica (ISEE) e, ove necessario, altra documentazione comprovante eventuali variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata (a titolo esemplificativo e non esaustivo: variazioni delle condizioni cliniche e funzionali della persona, modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi, sostituzione del caregiver familiare, variazioni del rapporto contrattuale con il personale di assistenza) ai fini non solo della verifica della permanenza dei requisiti ma soprattutto dell'adeguatezza degli interventi attivati.

Alcune precisazioni:

- Alla data del 31 dicembre di ciascun anno, alle persone già in carico nell'esercizio precedente è garantita la continuità nell'erogazione delle Misure attive previste dal progetto individuale, limitatamente al periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 marzo dell'anno successivo, termine entro il quale la persona deve comunicare la volontà di prosecuzione del progetto confermando il mantenimento dei requisiti di accesso e la presenza o meno del "sistema di assistenza/cura". Per quanto concerne la Misura Sostegno, resta inteso che gli importi eventualmente erogati in via anticipata saranno oggetto di conguaglio all'esito della conclusione dell'iter valutativo.
- Al fine di accelerare il percorso istruttorio delle istanze di prosecuzione, qualora non fosse disponibile la certificazione ISEE in corso di validità, è possibile presentare una dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 attestante l'impegno a produrre la nuova certificazione ISEE, allegando copia della ricevuta di richiesta al CAF/Patronato.
La pratica dovrà essere perfezionata entro il 30 aprile dell'anno di riferimento.

- In caso di mancata presentazione dell'istanza, o della documentazione, entro il termine previsto le Misure attive saranno sospese fino al perfezionamento della domanda di prosecuzione e non saranno riconosciuti retroattivamente le eventuali mensilità/interventi non corrisposti.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026

- le **persone già in carico** al 30/06/2026 in attuazione delle DGR XII/5544/2026 e XII/5926/2026, che abbiano già trasmesso la documentazione ISEE aggiornata e valida, non dovranno procedere ad alcun ulteriore perfezionamento della propria posizione e potranno andare in continuità fino al 31/12/2026.

PLATEA GIÀ MISURA B1: DOMANDA DI PRIMO ACCESSO

Le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale possono presentare istanza di primo accesso alla valutazione multidimensionale nella finestra temporale compresa tra il 1° marzo e il 31 ottobre di ogni anno utilizzando il modulo di domanda appositamente predisposto e allegando:

- Copia del verbale di accertamento invalidità da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, ovvero certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013, oppure certificazione della condizione di disabilità nei territori in sperimentazione.
Le persone di cui alla condizione a) e alla condizione d) possono presentare istanza in attesa del verbale di accertamento di invalidità civile.
- Documentazione clinica allegando le specifiche scale di valutazione di cui all'art. 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016 comprovante la condizione di disabilità gravissima.
- ISEE in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

Inoltre, se presente personale di assistenza:

- Contratto di regolare assunzione con versamento dei contributi previdenziali a favore del personale di assistenza (a titolo esemplificativo assistente personale, badante, assistente familiare iscritto al registro ex l.r. n. 15/2015, operatore di assistenza tutelare ASA/OSS, ...) assunto direttamente oppure la documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. cooperativa) o dal professionista che eroga la prestazione e documentazione attestante l'avvenuto pagamento.

Alcune precisazioni:

- La domanda potrà essere presentata anche dalle persone in carico a struttura sanitaria, sociosanitaria o sociale o ad altri servizi, interventi, misure incompatibili nelle more della definitiva dimissione.
La Misura prevista nel progetto si attiverà dal giorno di rientro al domicilio o dal giorno successivo alla chiusura dell'incompatibilità.
- Nel caso di presenza di personale di assistenza è onere della persona beneficiaria della Misura Sostegno produrre trimestralmente l'attestazione del versamento dei contributi previdenziali o documentazione fiscale con attestazione avvenuto pagamento in caso di prestazioni rese da ente/professionista.
- In caso di religiosi/e che hanno eletto la propria dimora in conventi e comunità religiose, la figura del caregiver familiare può essere identificata con una consorella o un confratello.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026

- le **persone di primo accesso** potranno presentare l'istanza a partire dal 22 giugno 2026 fino al 31 ottobre 2026.

Platea già Misura B2:

In via generale, per le persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e per le persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già gravi), la richiesta di accesso alla valutazione è presentata mediante dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che deve essere corredata dalla documentazione prevista dal provvedimento deliberativo (DGR n. XII/6320/2026).

La domanda è presentata nel territorio di residenza della persona:

- ai PUA, ove attivi
- agli uffici dedicati dell'Ambito o del Comune

e comunque secondo le modalità comunicate dagli Ambiti Territoriali e pubblicate nella pagina dedicata dei loro siti istituzionali.

PLATEA GIÀ MISURA B2: DOMANDA DI PROSECUZIONE

Per l'annualità 2026, al fine di garantire la continuità degli interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato, è prevista in via straordinaria la possibilità di attivare procedure semplificate.

Ai beneficiari già titolari di una progettualità finanziata nell'ambito della programmazione FNA 2024, la continuità della presa in carico e degli interventi in essere può essere garantita fino al 31 dicembre 2027, salvo:

- perdita dei requisiti di accesso;
- variazioni significative delle condizioni personali, sociali, sanitarie o assistenziali che rendano necessaria una rivalutazione del bisogno e del progetto individualizzato.

A tal fine, la persona dovrà confermare:

- la volontà di prosecuzione della Misura/Misure
- 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).

Gli Ambiti Territoriali Sociali provvedono al rinnovo dei progetti in continuità attraverso procedure semplificate, ove ne ricorrano i presupposti.

I progetti in continuità potranno avere una durata massima compresa tra il 1° luglio 2026 e il 31 dicembre 2027, e comunque non oltre la data prevista nel progetto individuale. Il suddetto arco temporale costituisce il limite massimo possibile entro il quale può essere definita la durata del progetto approvato in continuità rispetto al Piano precedente. Resta inteso che tale estensione temporale costituisce una possibilità e non un vincolo.

Qualora intervengano modifiche delle condizioni della persona tali da richiedere una revisione del progetto, si procede alla rivalutazione del bisogno mediante presentazione di una nuova istanza.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026

- le **persone già in carico** alla data del 30 giugno 2026 in attuazione della DGR XII/5926/2026 e/o che risultino comunque in carico alla data di approvazione della DGR XII/6320/2026 accedono al rinnovo dei progetti in continuità mediante una procedura semplificata di presentazione della domanda di prosecuzione, subordinatamente alla manifestazione di volontà del cittadino di proseguire il progetto e alla permanenza dei requisiti e delle condizioni previste.

PLATEA GIÀ MISURA B2: DOMANDA DI PRIMO ACCESSO

La domanda di primo accesso alla valutazione è resa sottoforma di autodichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 e deve essere presentata all'Ambito di riferimento, corredata dalla specifica documentazione secondo le modalità individuate dall'Avviso e nelle finestre temporali previste dallo stesso.

La presentazione di una nuova istanza è altresì richiesta nei casi in cui un beneficiario già in carico presenti variazioni significative delle proprie condizioni o esigenze tali da rendere necessaria una rivalutazione del bisogno e del progetto individualizzato.

DISPOSIZIONI FINALI – PLATEA GIÀ MISURA B2

Entro l'ultimo trimestre del 2027, gli Ambiti Territoriali Sociali adottano gli atti e le misure organizzative necessarie a:

- garantire la continuità degli interventi in essere per l'esercizio successivo;
- definire le modalità di accesso per eventuali nuove prese in carico nell'esercizio 2028, nei limiti delle risorse disponibili e sulla base dei bisogni rilevati a livello territoriale.

Tali disposizioni sono finalizzate a favorire il progressivo allineamento degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti e ad assicurare, dal 1° gennaio 2028, una gestione più uniforme, efficiente e coerente della programmazione regionale FNA.

A decorrere dall'annualità 2028, la programmazione a valere sul FNA assumerà cadenza annuale, con validità di dodici mesi, decorrenti dal 1° gennaio e fino al 31 dicembre di ciascun anno sia per la Misura Sostegno che per la Misura Servizi.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026

- le **persone di primo accesso** potranno presentare l'istanza a seguito dell'attivazione delle procedure secondo le modalità previste dall'Ambito Territoriale. Gli interventi decorrono dalla data di conclusione della procedura di valutazione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale competente, e potranno avere validità al massimo fino al 31 dicembre 2027, o comunque sino alla data prevista nel progetto individuale.

Alcune precisazioni:

- È riconosciuta all'Ambito la possibilità di stabilire eventuali priorità per le persone che:
 - non beneficiano di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali;
 - hanno attivo un progetto di vita indipendente (ovvero beneficiarie dell'assegno di autonomia - FNA);
 - hanno attivo un progetto personalizzato e partecipato ai sensi delle L.238/200. L.r. 25/2022, D.lgs.62/2024;
 - hanno personale di assistenza regolarmente impiegato.
- È facoltà dell'Ambito prevedere in fase di programmazione budget/graduatorie separati per tipologia di destinatari;
- L'Ambito, in continuità con la precedente programmazione, a seguito della valutazione effettuata dall'EVM e purché tale decisione sia adeguatamente motivata e riportata nel progetto personalizzato complessivo, può riconoscere le Misure anche a persone che usufruiscono di servizi semiresidenziali, sia sociali sia sociosanitari, o di altri interventi finanziati con risorse pubbliche (quali, a titolo esemplificativo, percorsi attivati ai sensi della Legge 328/2000 con budget di progetto, centri aggregativi e analoghi servizi) con frequenza superiore a 18 ore settimanali.
- La Misura Servizi (Interventi integrativi sociali) può essere riconosciuta dall'Ambito anche nei confronti di persone assistite da personale dedicato che può affiancare il caregiver familiare nelle attività di cura e assistenza, qualora tale proposta derivi dalla valutazione dell'EVM, sia opportunamente motivata e trovi formale riscontro nel progetto personalizzato complessivo.

5. Assessment

L'Assessment rappresenta la fase iniziale del percorso di valutazione, ed eventuale presa in carico, della persona non autosufficiente, anziana o con disabilità. È finalizzato a raccogliere le informazioni essenziali utili a orientare il successivo processo di valutazione multidimensionale.

Attraverso la raccolta strutturata di dati relativi alle condizioni di salute, al livello di autonomia, alla situazione familiare e sociale, alle caratteristiche dell'ambiente di vita e agli eventuali interventi già in essere, l'Assessment consente una prima identificazione della richiesta (aspettative) della persona, dei bisogni, delle risorse disponibili e degli elementi di complessità che richiedono approfondimento.

Questa attività è avviata e conclusa entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della domanda, al fine di garantire una tempestiva risposta ai bisogni della persona e l'eventuale attivazione delle successive fasi del percorso di valutazione e presa in carico. Può essere svolta da operatori adeguatamente formati, mediante strumenti standardizzati e modalità omogenee di rilevazione, garantendo il coinvolgimento della persona interessata e, ove necessario, della famiglia o del caregiver.

Per le richieste relative a persone già *conosciute*, o con una progettualità già attiva - di norma - questa fase è realizzata dall'operatore che svolge la funzione di case manager (o responsabile per l'attuazione del progetto).

In questi casi, ad esito dell'Assessment, qualora venga confermata l'appropriatezza e l'attualità del progetto già in essere e non emergano elementi tali da richiedere una rivalutazione della situazione della persona, non si procede all'attivazione della valutazione multidimensionale.

Vengono confermati gli interventi, i sostegni e le misure già previsti dal progetto individualizzato, assicurandone la continuità e il monitoraggio secondo le modalità definite nel percorso di presa in carico. Eventuali aggiornamenti o modifiche del progetto sono invece valutati qualora emergano nuovi bisogni, cambiamenti nelle condizioni della persona o del contesto di vita, ovvero specifiche richieste formulate dall'interessato, dalla famiglia o dagli operatori coinvolti.

QUANDO ATTIVARE LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE MULTIPROFESSIONALE (VMM):

- **persona già in carico** al 30/06/2026 - a regime in carico al 31 dicembre - conferma requisiti e progetto: non attivare di VMM
- **persona già in carico** al 30/06/2026 - a regime in carico al 31 dicembre - modifica sostanziale della condizione e/o progetto: attivare di VMM
- **persona conosciuta con VMM e progetto attivo** (strumento previsto e da implementare): non attivare di VMM
- **persona non conosciuta** con "**bisogni semplici**" o **altra richiesta**: non attivare di VMM
- **persona non conosciuta** con "**bisogni complessi**" (*protocollo operativo territoriale*): attivare di VMM

Alcune precisazioni:

A conclusione di questa fase, l'ente che ha raccolto e verificato la domanda informa l'istante dell'esito, secondo le modalità individuate dall'ente stesso. In particolare:

- nei casi "senza" invio alla valutazione multidimensionale:
 - se persona già in carico (continuità): conferma la presa in carico e quindi la prosecuzione degli interventi, sostegni e misure già previsti dal progetto individualizzato;
 - se persona è conosciuta ed è già stata "oggetto" di VMM: conferma l'attivazione dello strumento già previsto nel progetto e le modalità di attuazione;
 - se persona non conosciuta e con "bisogni semplici" o altra richiesta: fornisce le informazioni (orientamento) e il supporto necessario (accompagnamento) per l'avvio di altri procedimenti.
- casi "con" invio alla valutazione multidimensionale (sia continuità che nuovo accesso): fornisce la data e le modalità relative alla valutazione multidimensionale nonché i riferimenti/contatti di un referente.

6. Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale è posta in capo all'Équipe di Valutazione Multidimensionale Integrata (EVM), quale organismo multiprofessionale responsabile dell'analisi complessiva della situazione della persona e della definizione degli interventi e dei sostegni necessari.

La valutazione multidimensionale multiprofessionale (VMM), successiva alla fase di Assessment, è effettuata in modalità integrata ai sensi della DGR XI/6760/2022 e smi, attraverso la collaborazione tra l'ASST e i servizi sociali territoriali dell'Ambito o del Comune di riferimento, sulla base di specifici protocolli operativi condivisi.

La VMM costituisce uno strumento essenziale per la conoscenza globale della persona e per l'individuazione dei sostegni necessari, ricomponendo in un quadro unitario e coordinato gli interventi di varia natura. Essa è finalizzata alla definizione di un progetto personalizzato che valorizzi le capacità, le aspirazioni, le preferenze e le risorse della persona, garantendo il più elevato livello possibile di autonomia, inclusione sociale e qualità della vita.

In coerenza con i principi introdotti dal D.Lgs. 62/2024, la VMM si ispira al modello bio-psico-sociale della disabilità e sui principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Essa considera la persona nella sua globalità, superando una lettura esclusivamente clinica della condizione di salute e analizzando l'interazione tra condizioni di salute, fattori ambientali, relazionali, sociali e personali che possono facilitare o ostacolare la piena

partecipazione alla vita sociale.

La valutazione viene effettuata mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati e validati, al fine di definire il setting più appropriato, i supporti e gli interventi maggiormente rispondenti ai bisogni e agli obiettivi di vita della persona.

FASI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La VMM si articola in due fasi tra loro strettamente integrate:

1. Valutazione diretta della persona: In questa fase uno o più professionisti, individuati in relazione allo specifico bisogno, effettuano incontri con la persona e, ove necessario, con la famiglia o con chi ne cura gli interessi, raccogliendo informazioni relative a: condizioni cliniche e funzionali; capacità e livelli di autonomia; contesto familiare e relazionale; ambiente abitativo e di vita; aspettative, preferenze, desideri e obiettivi personali; risorse disponibili e sostegni già attivati. Principio fondante è l'ascolto della persona, il riconoscimento della sua volontà e delle sue scelte e la valorizzazione del suo ruolo attivo nel processo valutativo.
2. Valutazione collegiale integrata: Le informazioni raccolte vengono successivamente analizzate e condivise in sede collegiale dall'EVM con il coinvolgimento della persona interessata, della famiglia e degli ulteriori soggetti significativi della rete territoriale, quali – a titolo esemplificativo e non esaustivo - Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta; istituzioni scolastiche e formative; altri servizi sociali e sociosanitari; enti del Terzo Settore; associazioni di rappresentanza e di volontariato; altri servizi e professionisti coinvolti nel percorso di cura e assistenza. La fase collegiale consente di integrare le diverse prospettive professionali e di formulare una lettura unitaria della situazione della persona, individuando gli interventi e i sostegni più appropriati.

AMBITI DI RILEVAZIONE DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Nell'ambito della valutazione multidimensionale vengono rilevati e analizzati:

- * le preferenze, i desideri e le aspettative della persona;
- * i bisogni sanitari, sociosanitari, sociali, educativi e assistenziali della persona;
- * le condizioni di funzionamento e delle eventuali limitazioni nelle attività e nella partecipazione;
- * le caratteristiche socioeconomiche, familiari, relazionali e ambientali;
- * le risorse personali, familiari e di comunità disponibili;
- * la presenza e l'efficacia delle reti di supporto formali e informali;
- * i fattori ambientali che possono costituire facilitatori o barriere al raggiungimento degli obiettivi;
- * i sostegni necessari per favorire il benessere, l'autodeterminazione e l'inclusione sociale.

LUOGO DELLA VALUTAZIONE

Il domicilio della persona, quale contesto primario di vita, relazione e partecipazione sociale, costituisce il luogo privilegiato per lo svolgimento della VMM, in quanto consente una più completa osservazione delle condizioni di vita, delle risorse presenti e delle eventuali criticità ambientali.

Qualora necessario, la valutazione può essere integrata mediante incontri presso le sedi dei servizi competenti o altri contesti significativi per la persona e con modalità diversificate.

ESITO DELLA VALUTAZIONE

L'esito della valutazione multidimensionale confluisce nella predisposizione del Progetto Individuale, che, in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 62/2024 e dall'articolo 14 della Legge 328/2000, rappresenta lo strumento unitario di programmazione dei sostegni e degli interventi necessari anche alla realizzazione del Progetto di Vita della persona con disabilità, laddove richiesto.

Il Progetto Individuale personalizzato e partecipato definisce obiettivi, interventi, responsabilità, tempi di attuazione, modalità di monitoraggio e risorse attivabili, promuovendo la piena partecipazione della persona ai contesti di vita, l'autodeterminazione, l'inclusione sociale e il rispetto delle sue scelte e aspirazioni.

Alcune precisazioni:

- A seguito dell'assessment, se necessario, l'Ente attiva l'EVM, anche coinvolgendo gli operatori e le Istituzioni come da protocolli operativi in essere.

- La richiesta di integrazione documentale in fase di assessment comporta la sospensione dei termini.
- Per le situazioni riconducibili alla condizione di disabilità gravissima, l'ASST verifica la coerenza tra il quadro clinico-funzionale della persona e la documentazione sanitaria prodotta a supporto della condizione certificata ai sensi delle disposizioni regionali vigenti. A tal fine può avvalersi del contributo di propri professionisti dotati di specifiche competenze specialistiche nelle patologie o condizioni oggetto di valutazione.
- La VMM integrata deve essere attivata nei casi disciplinati, e con le modalità definite, dai protocolli operativi territoriali.
- Entro 30 giorni lavorativi dalla presentazione della domanda, di norma, deve concludersi l'iter valutativo.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026

In ragione della straordinarietà del presente esercizio, i termini indicati per la conclusione dell'iter valutativo hanno carattere ordinatorio e non perentorio e costituiscono un termine auspicabile di riferimento. Il loro effettivo rispetto è condizionato dalla complessità dell'istruttoria, dall'espletamento delle necessarie verifiche e dagli assetti organizzativi della struttura preposta.

7. Progetto individuale/PAI/PdV

Obiettivo della programmazione per il triennio 2025-2027 è incentivare attraverso modalità operative e tempistiche più ampie - l'elaborazione e la realizzazione di Progetti personalizzati e partecipati/PdV (in coerenza con la L.328/2000, L.r.25/2022, D.lgs. 62/2024) entro l'anno 2028, al fine di superare la frammentazione degli interventi e favorire una programmazione regionale orientata al sostegno degli stessi.

L'elaborazione del Progetto è orientata dalla VMM, secondo i principi di proattività della presa in carico, appropriatezza, personalizzazione e continuità assistenziale.

Esso si sviluppa nei diversi ambiti e dimensioni della vita della persona, in relazione e alle aspettative e ai desideri espressi dalla persona stessa e ai macro-bisogni individuati:

- salute;
- istruzione e formazione;
- occupazione e inserimento lavorativo;
- mobilità e accessibilità;
- abitare e contesto domestico;
- socialità e partecipazione alla vita sociale, civile e di comunità, con particolare riferimento alle relazioni interpersonali;
- altri ambiti rilevanti per il progetto di vita.

Il Progetto è il quadro unitario e integrato di riferimento entro il quale sono programmati, coordinati e monitorati tutti gli interventi, i sostegni, le prestazioni e le misure rivolti alla persona.

In esso sono individuate e coordinate le risorse umane, professionali, economiche e strumentali necessarie alla realizzazione degli obiettivi previsti, attraverso la definizione del Budget di Progetto, quale strumento di ricomposizione e integrazione delle risorse disponibili. Tale approccio è finalizzato a garantire una presa in carico globale, personalizzata e multidimensionale della persona, favorendone l'autonomia, l'inclusione sociale e la migliore qualità di vita nei diversi contesti di vita.

All'interno del Progetto sarà nominato il case-manager, ovvero il responsabile dell'attuazione del progetto, specificandone compiti e funzioni anche in relazione ad eventuali altre figure di riferimento e/o interventi e servizi di cui l'interessato fruisce.

Nel progetto si rileva:

- l'esito della valutazione multidimensionale della persona, con l'esplicitazione degli elementi che identificano la sua condizione;

- la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di aspettative e qualità della vita della persona;
- la declinazione dei vari interventi e/o servizi (di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale) già in atto o da attivare per ogni dimensione di vita della persona - es. Salute (interventi sanitari, sociosanitari e sociali), Istruzione/Formazione, Mobilità, Casa, Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità), altro; inoltre sono rilevate e descritte altre forme integrative di carattere assistenziale erogate da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium, indennizzi assicurativi);
- la descrizione delle attività svolte dal caregiver familiare e/o dal personale di assistenza regolarmente impiegato nelle aree/domini, della loro presenza nell'arco della giornata, etc.;
- la descrizione degli interventi sostenuti tramite l'assistenza indiretta (Misura Sostegno);
- la descrizione degli interventi da sostenere tramite l'assistenza diretta (Misura Servizi)
- individuazione del case-manager all'interno dell'équipe multiprofessionale
- calendarizzazione dei monitoraggi periodici (trimestrale-semestrale-annuale).

Il Progetto, essendo funzionale alla presa in carico, dev'essere sottoscritto da:

- un rappresentante della ASST;
- un rappresentante del Comune/Ambito;
- persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica;
- referente del Centro Vita indipendente (CVI), ove coinvolto
- referente del progetto (case manager).

Se richiesta, una copia è rilasciata all'interessato o alla famiglia o a chi ne garantisce la protezione giuridica.

Per la realizzazione del Progetto, l'équipe propone l'attivazione degli strumenti e il relativo budget complessivo teorico.

Nella definizione del budget di progetto complessivo sarà possibile utilizzare tutte le risorse messe a disposizione in un'ottica di complementarietà - 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 (esclusione del doppio finanziamento) nonché risorse personali e quelle liberamente messe a disposizione dalla famiglia.

Gli strumenti previsti nella programmazione per la non autosufficienza 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.

Il referente per l'attuazione del progetto garantisce la programmazione e l'attivazione di momenti di **monitoraggio periodico** (almeno 2 volte nell'anno), finalizzati alla verifica dello stato di attuazione del Progetto e della coerenza degli interventi previsti rispetto agli obiettivi definiti.

La rivalutazione è comunque prevista in presenza di modifiche significative delle condizioni e/o dei bisogni della persona, nonché in caso di eventuali richieste che comportino una ridefinizione sostanziale del Progetto.

MONITORAGGIO PERIODICO: PERCHÉ?

- Consente di valutare periodicamente gli esiti degli interventi attivati, verificandone l'efficacia, l'appropriatezza e la sostenibilità in relazione agli obiettivi del progetto individuale e al complessivo percorso di vita della persona.
- Permette di intercettare precocemente eventuali cambiamenti nella situazione della persona, sia in termini di bisogni, risorse, condizioni di salute, contesto familiare e sociale, sia rispetto a fattori di rischio che potrebbero compromettere il raggiungimento degli obiettivi.
- Favorisce la rimodulazione tempestiva del progetto individuale, consentendo di aggiornare obiettivi, interventi e tempi di realizzazione in relazione all'evoluzione della situazione e delle evidenze emerse durante il percorso.
- Garantisce la continuità e l'appropriatezza della presa in carico, evitando discontinuità negli interventi e assicurando che le risorse impiegate siano coerenti con le effettive necessità.
- Sostiene il lavoro di rete tra i diversi soggetti coinvolti, promuovendo il confronto periodico tra professionisti, servizi, enti e famiglia e favorendo una visione condivisa degli obiettivi e delle responsabilità.
- Rafforza la partecipazione attiva della persona e della sua rete di supporto, attraverso momenti strutturati di confronto che consentono di raccogliere feedback, aspettative e bisogni emergenti.
- Consente di documentare il percorso realizzato, garantendo la tracciabilità delle decisioni assunte, delle attività svolte e dei risultati conseguiti, anche ai fini della rendicontazione e della valutazione degli interventi.
- Favorisce un utilizzo più efficace delle risorse disponibili, permettendo di verificare la congruità delle prestazioni erogate e di orientare eventuali modifiche organizzative o operative.
- Contribuisce al miglioramento della qualità degli interventi, attraverso un processo continuo di osservazione, valutazione e apprendimento basato sugli esiti effettivamente raggiunti.
- Supporta la valutazione finale del progetto, fornendo elementi oggettivi utili a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi, l'impatto degli interventi e gli eventuali sviluppi successivi del percorso di presa in carico.

8. Precisioni per alcuni strumenti del FNA

- Misura Sostegno assegno di autonomia: è lo strumento destinato a promuovere progetti di vita indipendente rivolti alle persone con disabilità.
È finalizzato a sostenere coloro che scelgono di realizzare il proprio progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, avvalendosi di un assistente personale liberamente individuato e regolarmente contrattualizzato.

Beneficiari: persone con disabilità che soddisfano i requisiti ministeriali per l'accesso al Pro. Vi. (si richiamano le Linee guida adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con decreto direttoriale n. 669 del 28 dicembre 2018), ovvero:

- persone, di norma, maggiorenni
 - la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 - 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;
 - ISEE sociosanitario - o ordinario (per le persone con grado di disabilità < 67%) - ≤ a € 30.000,00 e comunque rinviando all'Ambito territoriale l'individuazione della soglia massima di accesso.
- Misura Servizi Interventi Integrativi Sociali: l'obiettivo del triennio è l'ampliamento concreto dell'offerta dei servizi territoriali, introducendo interventi e prestazioni attualmente non presenti o non adeguatamente sviluppati nel territorio. Si mira a colmare i bisogni ancora privi di una risposta strutturata, rafforzando la rete dei servizi con un'offerta più ampia, innovativa e integrata, capace di generare un valore aggiunto per la comunità e di migliorare l'accessibilità e la qualità delle risposte ai cittadini più fragili.
Pertanto, in questo triennio, si è introdotta la possibilità per l'Ambito Territoriale di prevedere eventuali erogazioni monetarie finalizzate all'acquisto del servizio/intervento nuovo e complementare all'offerta territoriale. Il servizio/intervento dovrà essere una "scelta di servizio", ovvero definita a seguito di valutazione multidimensionale e formalizzata all'interno del PAI/Progetto Individuale.
L'Ambito dovrà, gradualmente, individuare 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, ...).

Si raccomandano le EVM di raccordarsi preventivamente con l'Ambito di riferimento della persona per verificare la fattibilità della proposta progettuale.

- Misura Pro.Vi: i fondi ministeriali destinati a questa linea di intervento finanziano solo 31 Ambiti Territoriali. L'individuazione è stata fatta secondo le indicazioni ministeriali.

Per le modalità di attuazione si rinvia a quanto previsto al punto 2.3 dell'Allegato B alla DGR n. XII/3719/2024, fino 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.

9. Attivazione strumenti

Gli strumenti (Misura Sostegno e Misura Servizi) sono riconosciuti nei limiti delle risorse disponibili e, di norma, decorrono per la:

- *platea già Misura B1*: dal 1° giorno del mese successivo alla data di conclusione della valutazione o dalla data indicata nel progetto individuale;
- *platea già Misura B2*: dalla data di conclusione della procedura di valutazione o dalla data indicata nel progetto individuale.

10. Erogazione Misura Sostegno

Per quanto riguarda la Misura Sostegno a favore delle persone non autosufficienti con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato e le persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale (già gravissimi), le ATS procedono all'erogazione del contributo mensile entro e non oltre il 27 del mese successivo a quello di competenza.

Quando le giornate di accredito del pagamento coincidono con un giorno festivo, lo stesso viene anticipato al giorno lavorativo antecedente a tale festività.

Per quanto riguarda la Misura Sostegno a favore delle persone non autosufficienti con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato e le persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale (già gravi), gli Ambiti procedono all'erogazione del contributo mensile secondo le modalità e tempistiche previste dal provvedimento dell'Ambito Territoriale.

Alcune precisazioni:

In caso di personale di assistenza regolarmente impiegato, con sottoscrizione di un unico contratto che prevede l'assistenza a favore di due o più persone, il contributo è riconosciuto ad un solo beneficiario.

11. Erogazione Misura Servizi

L'erogazione degli interventi della Misura Servizi è subordinata a quanto indicato nel Progetto Individuale e concordato con gli Enti Erogatori.

MISURA SERVIZI: INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI

Gli interventi possono essere erogati - se previsto dal Progetto Individuale/di Vita - in ottica di sollievo alla famiglia e di stimolo alla persona, anche attraverso progetti che offrono la possibilità di trascorrere fuori casa alcune ore per attività finalizzate ma senza configurarsi come iscrizione formale e per un tempo comunque inferiore alle 18 ore settimanali.

Possono realizzarsi:

- presso strutture/servizi sociosanitari o sociali (ad es CDD, RSD, CSE) o progetti ex L.328/2000;
- in contesti diversi promossi con il Terzo Settore in raccordo con i Comuni/Ambiti.

Considerata la tipologia di destinatari tali progetti - nel caso di erogazione delle prestazioni da unità d'offerta accreditate - l'Ente deve assicurare che le stesse siano fornite con modalità operative 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 due attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

Nel rispetto di principi, obiettivi e finalità di cui alla l.r. n.25/2022, la presenza di un progetto personalizzato e partecipato (L.328/2000 - L.r.25/2022 - D.lgs.62/2024) con strumenti già individuati/attivi sottoscritto fra le parti, rappresenta un aspetto di priorità nell'accesso alla Misura Servizi al fine di sostenere progettazioni mirate e finalizzate. In questo caso l'istanza di parte, anche se nuova, dovrà essere semplificata.

Gli Ambiti possono prevedere la possibilità di "istanze di piccolo gruppo" (max 5 persone) - sottoscritte dai destinatari e/o loro rappresentanti legali (fermo restando il possesso dei requisiti richiesti) - presentate da Comuni, Servizi, Enti, Associazioni accompagnate da un progetto di interventi/attività caratterizzato da iniziative di inclusione sociale e partecipazione attiva alla vita comunitaria condiviso con le persone. Tali progettualità possono assumere carattere di priorità nell'accesso alla Misura Servizi.

MISURA SERVIZI: ELENCO DEGLI ENTI EROGATORI DEI VOUCHER SOCIO SANITARIO E VOUCHER ASD

L'elenco degli Enti erogatori viene predisposto dalle ATS in esecuzione della seguente procedura:

- entro la terza settimana del mese di gennaio di ogni anno le ATS acquisiscono dagli Enti Erogatori dei Voucher la conferma della disponibilità all'erogazione per il nuovo anno con la contestuale attestazione del mantenimento dei requisiti previsti;
- entro la fine del mese di gennaio di ogni anno le ATS pubblicano l'elenco degli enti erogatori del Voucher aggiornato da cui discende la successiva formalizzazione dell'atto che regola i rapporti tra le parti;
- l'elenco degli Enti erogatori è predisposto dalle ATS mediante apposita manifestazione di interesse, che deve rimanere aperta per l'intero anno, al fine di consentire l'inserimento di nuovi erogatori nel sistema in qualsiasi momento;
- le ATS assicurano il costante aggiornamento del suddetto elenco, provvedendo sia alla registrazione di eventuali nuovi Enti erogatori sia alla cancellazione degli Enti non più attivi nell'erogazione dei Voucher Sociosanitari e dei Voucher ASD.

MISURA SERVIZI: PRECISAZIONI PER I VOUCHER SOCIO SANITARI ATTIVI

Al fine di assicurare la continuità degli interventi e di garantire un ordinato passaggio al nuovo assetto previsto dalla DGR n. XII/6320/2026, si dispone che, in via transitoria e limitatamente ai progetti già attivati alla data del medesimo atto, nell'ambito dei voucher sociosanitari sia consentito il ricorso alla figura dell'educatore socio-pedagogico, già prevista in via residuale nella precedente programmazione FNA.

Tale previsione, adottata in considerazione dell'assenza di una specifica disciplina del regime transitorio nella già menzionata DGR, trova applicazione fino al termine dell'esercizio 2026.

Resta fermo che il monte ore già previsto per tale figura professionale nei singoli progetti non subirà modifiche e contestualmente dovrà essere avviato l'iter di revisione delle modalità attuative dei progetti, con l'obiettivo di valorizzare le diverse fonti di risorse disponibili per rispondere ai bisogni della persona.

Per i nuovi progetti, invece, troveranno applicazione le figure professionali individuate dalla DGR n. XII/6320/2026.

12.Sospensioni

La Misura Sostegno e la Misura Servizi sono sospese in caso di:

1. ricovero temporaneo di sollievo in unità di offerta sociosanitaria residenziale nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale oltre i 60 giorni/anno, anche per le situazioni di cui alla DGR n. XII/5589/2025 per pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica e da malattie neurodegenerative;
2. ricovero temporaneo di sollievo per adulti/anziani oltre i 60 giorni/anno;
3. ricovero temporaneo di sollievo per minori oltre i 90 giorni/anno;
4. attivazione di una presa in carico fra quelle indicate al punto 2.4 dell'Allegato 3 della DGR n. XII/6320/2026 in tema di incompatibilità;

5. permanenza della persona non autosufficiente fuori regione oltre 90 giorni annuali.
Per il solo punto 5, il termine può essere derogato in caso di terapie specialistiche prolungate e programmate da effettuarsi fuori Regione, purché certificate dallo specialista di branca che ne dichiara la necessità, la indifferibilità e la durata prevista.
*La deroga dei termini è **preventiva** ed è autorizzata da Regione Lombardia, previa valutazione e parere del caso da parte della ATS territorialmente competente.*

In tutti i casi di sospensione le Misure saranno riattivate dal giorno del rientro a domicilio a seguito della comunicazione supportata da idonea documentazione (ad es. lettera dimissione in caso di ricovero temporaneo di sollievo).

Non è prevista la possibilità di recupero delle prestazioni temporaneamente sospese.

In tutti i casi sopra richiamati, qualora la persona non rientri al domicilio, la sospensione non può superare la data massima della validità dello strumento attivato.

Alcune precisazioni:

- In caso di cambio residenza del beneficiario in altro Comune lombardo in corso dell'esercizio, l'Ente di provenienza che lo ha in carico (ATS o Ambito) mantiene per l'intero esercizio (annualità del fondo) la competenza amministrativa degli interventi (Misura Servizi) e dei benefici (Misura Sostegno) già assegnati.
- In caso di trasferimento di residenza in altra regione l'erogazione della Misura Sostegno e della Misura Servizi vengono interrotte a partire dall'acquisizione della nuova residenza.

INDICAZIONI PER L'ANNUALITÀ 2026 TRASFERIMENTO RESIDENZA

- l'Ente di provenienza (ATS o Ambito) mantiene la competenza amministrativa degli interventi (Misura Servizi) e dei benefici (Misura Sostegno) fino al 31/12/2026, o comunque fino alla data di validità del progetto, provvedendo ad avviare per tempo le procedure necessarie al trasferimento della competenza e assicurando la continuità dell'erogazione degli interventi e dei benefici.

13. Flusso di rendicontazione

In attuazione di quanto previsto al paragrafo 3.3 dell'Allegato 3 alla DGR n. XII/6320/2026, nel corso del secondo semestre 2026 verrà avviato il flusso informativo "Disabilità", che, in un unico flusso informativo, rileverà le informazioni attualmente raccolte attraverso i flussi informativi "Misura B1" e "Misura B2", riorganizzate e integrate con ulteriori informazioni relative al caregiver familiare.

Resta confermato il modello organizzativo vigente di invio del debito informativo, secondo il quale:

- l'Ambito territoriale invia i dati alle ATS di riferimento secondo le procedure, le modalità e le tempistiche dalle stesse definite;
- le ATS inviano il pacchetto dati completo a Regione Lombardia per il tramite della piattaforma SMAF, secondo i calendari mensili di seguito riportati.

Il nuovo flusso informativo decorre dal 1° luglio 2026. Tenuto conto delle tempistiche necessarie per gli adeguamenti dei sistemi informativi sia al livello regionale che al livello territoriale, per la fase di avvio si prevede di procedere come di seguito descritto.

Entro il **mele di luglio**, verrà condiviso agli enti coinvolti il documento tecnico con le specifiche del nuovo flusso informativo «Disabilità», in modo tale che possano essere avviati eventuali sviluppi nei propri sistemi informativi. Per le informazioni di competenza degli Ambiti territoriali sociali, l'alimentazione del debito informativo dovrà avvenire possibilmente attraverso le informazioni estratte dalla Cartella sociale informatizzata in dotazione, secondo lo standard regionale contenuto nelle Linee Guida regionali vigenti. Pertanto, è responsabilità dell'Ambito mettere a disposizione del fornitore del gestionale di CSI il documento tecnico con le specifiche del nuovo flusso informativo.

I flussi "Misura B1" e "Misura B2" (compreso Pro.Vi.) restano attivi fino al **secondo trimestre 2026** (ovvero fino al 30/06/2026) secondo le modalità vigenti, mentre viene sospesa la rendicontazione del **terzo trimestre 2026**. Si precisa che tale periodo verrà recuperato successivamente con l'avvio del nuovo flusso "Disabilità".

A partire dal mese di **ottobre 2026**, la piattaforma regionale Smaf sarà resa disponibile per accogliere il flusso informativo "Disabilità" secondo il nuovo tracciato. Da quel momento, compatibilmente con le tempistiche di adeguamento dei sistemi informativi locali, è possibile inviare il debito informativo con cadenza mensile, procedendo anche al recupero, retroattivamente, delle informazioni riferite all'assistenza erogata a partire dal 1° luglio 2026, secondo le modalità di invio dettagliatamente descritte nel documento tecnico.

Considerata la possibile disomogeneità nelle tempistiche di adeguamento dei sistemi informativi locali, i territori sono tenuti ad avviare progressivamente l'invio del nuovo flusso informativo "Disabilità" non appena completati gli sviluppi necessari sui propri sistemi gestionali, secondo il principio di progressiva attivazione. Resta in ogni caso fermo l'obbligo di completare l'invio di tutti i dati riferiti al secondo semestre 2026 entro il 27 gennaio 2027. Al fine di garantire il corretto avvio del nuovo flusso informativo, potranno essere disposte specifiche tempistiche per la chiusura dei flussi annuali, anche in deroga a quelle ordinariamente previste. Le ATS sono chiamate a garantire il necessario supporto ai territori nella fase di implementazione e progressiva messa a regime del nuovo flusso informativo.

È compito delle ATS provvedere al raccordo con le ASST e con gli Ambiti Territoriali Sociali del proprio territorio e definire le procedure e le tempistiche di raccolta del dato al fine di ottemperare al debito informativo verso la Regione secondo le scadenze definite nella tabella successivamente riportata.

In via transitoria, per garantire celermente il passaggio al nuovo sistema di rendicontazione, si procederà d'ufficio a profilare su SMAF le utenze degli operatori delle ATS attualmente già profilati per la Misura B1 e B2.

Il calendario degli invii mensili è riportato nella tabella di seguito indicata:

FLUSSO DISABILITA'		
Periodo di riferimento	Scadenza invio dati dalla ATS alla Regione	Esiti automatici dalla Regione
Gennaio	ENTRO IL 27 FEBBRAIO	ENTRO IL 05 MARZO
Febbraio	ENTRO IL 27 MARZO	ENTRO IL 05 APRILE
Marzo	ENTRO IL 27 APRILE	ENTRO IL 05 MAGGIO
Aprile	ENTRO IL 27 MAGGIO	ENTRO IL 05 GIUGNO
Maggio	ENTRO IL 27 GIUGNO	ENTRO IL 05 LUGLIO
Giugno	ENTRO IL 27 LUGLIO	ENTRO IL 05 AGOSTO
Luglio	ENTRO IL 27 AGOSTO	ENTRO IL 05 SETTEMBRE
Agosto	ENTRO IL 27 SETTEMBRE	ENTRO IL 05 OTTOBRE
Settembre	ENTRO IL 27 OTTOBRE	ENTRO IL 05 NOVEMBRE
Ottobre	ENTRO IL 27 NOVEMBRE	ENTRO IL 05 DICEMBRE
Novembre	ENTRO IL 27 DICEMBRE	ENTRO IL 05 GENNAIO
Dicembre	ENTRO IL 27 GENNAIO	ENTRO IL 05 FEBBRAIO

Resta confermato, in via transitoria e fino alla piena implementazione del nuovo flusso "Disabilità", il **monitoraggio mensile** a carico delle ATS e delle ASST per i «gravissimi» da inviare entro il 18 di ogni mese.

In considerazione della fase di passaggio nei sistemi di rendicontazione come sopra descritto, potrà essere richiesto un **monitoraggio estemporaneo** per l'andamento della Misura Servizi nella fase transitoria di implementazione del nuovo flusso «Disabilità».

14. Gestione delle liquidazioni: la piattaforma "Lombardia ATS"

Gli Ambiti Territoriali Sociali e le ATS sono chiamati alla rendicontazione delle risorse utilizzate e liquidate al fine del monitoraggio regionale sull'utilizzo dei fondi nazionali.

La rendicontazione avviene tramite la piattaforma denominata "Lombardia ATS" (<https://gestione-ats.servizirl.it/it/login>) a cui accedono le Ats per la gestione del caricamento della rendicontazione, ovvero dei riferimenti delle quietanze trasmesse dagli Ambiti secondo le modalità e le procedure definite dalle stesse ATS.

Il sistema di rendicontazione delle liquidazioni tramite piattaforma regionale riguarda i seguenti fondi:

- Fondo per le Non Autosufficienze (FNA), a decorrere dall'annualità 2021 e successive;
- Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, cosiddetto Fondo Dopo di Noi (DDN), a decorrere dall'annualità 2019 e successive.

Come indicato nella DGR n. XII/6320/2026, 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 "Lombardia ATS".

La piattaforma è 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.

Pertanto, i dati e le informazioni ivi inseriti costituiscono il solo riferimento ufficiale e vincolante ai fini della verifica, della rendicontazione e della validazione delle risorse quietanzate.

I dati relativi alle quietanze da inserire nella piattaforma liquidazioni sono:

- **Codice Destinatario** – identificativo dell'Ambito Territoriale o della ATS;
- **Fondo** – fondo di riferimento da cui derivano le risorse utilizzate;
- **Misura** – specifica misura finanziata;
- **Anno** – annualità di riferimento del fondo a cui è imputata la spesa;
- **Importo Liquidato** – importo effettivamente liquidato al beneficiario;
- **Numero Pagamento** – numero identificativo del mandato o del pagamento effettuato;
- **Data Pagamento** – data in cui è stato disposto o eseguito il pagamento.

Per agevolare le attività di raccolta dei dati, è stato reso disponibile un file Excel scaricabile dalla piattaforma stessa. Il file, una volta compilato, potrà essere importato attraverso la funzionalità di caricamento massivo presente nella sezione Liquidazioni.

VALORI AMMESSI PER LA COMPILAZIONE (ELENCO CODICI)

Codici Ambiti

Denominazione ambito territoriale	Codice ambito territoriale
Abbiategrosso	50061
Albino Valle Seriana	50020
Alto e Basso Pavese	50099
Alto Milanese	50096
Alto Sebino	50035
Arcisate	50030
Asola	50048

Denominazione ambito territoriale	Codice ambito territoriale
Azzate	50059
Bassa Bresciana Centrale - 9	50063
Bassa Bresciana Occidentale - 8	50027
Bassa Bresciana Orientale - 10	50039
Bellano	50021
Bergamo	50036
Bormio	50081
Brescia - 1	50076
Brescia Est - 3	50054
Brescia Ovest - 2	50003
Broni e Casteggio	50098
Busto Arsizio	50049
Campione d'Italia	50085
Cantù	50067
Carate Brianza	50073
Castellanza	50023
Cernusco sul Naviglio	50044
Chiavenna	50026
Cinisello Balsamo	50069
Cittiglio	50028
Como	50077
Corsico	50089
Crema	50002
Cremona	50006
Dalmine	50058
Desio	50087
Dongo	50012
Erba	50051
Gallarate	50074
Garbagnate Milanese	50094
Garda - Salò - 11	50010
Grumello	50047
Guidizzolo	50038
Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	50004
Lecco	50055
Lodi	50066
Lomazzo - Fino Mornasco	50091
Lomellina	50031
Luino	50072
Magentino	50032
Mantova	50005
Mariano Comense	50060
Melzo	50042
Menaggio	50045
Merate	50078
Milano Città	50007
Monte Bronzone - Basso Sebino	50019
Monte Orfano - 6	50009
Monza	50075

Denominazione ambito territoriale	Codice ambito territoriale
Morbegno	50050
Oglio Ovest - 7	50057
Oglio Po	50097
Olgiate Comasco	50093
Ostiglia	50053
Paullo	50041
Pavia	50008
Pioltello	50056
Rho	50095
Romano di Lombardia	50001
San Giuliano Milanese	50052
Saronno	50029
Sebino - 5	50065
Seregno	50068
Seriate	50017
Sesto Calende	50011
Sesto San Giovanni	50046
Somma Lombardo	50034
Sondrio	50086
Suzzara	50062
Tirano	50040
Tradate	50080
Treviglio	50037
Trezzo d'Adda	50015
Valle Brembana	50071
Valle Cavallina	50079
Valle Imagna e Villa d'Almè	50082
Valle Sabbia - 12	50088
Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	50084
Valle Trompia - 4	50024
Vallecamonica	50025
Varese	50013
Vimercate	50014
Visconteo Sud Milano	50083
Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese	50064

Codici ATS

Denominazione ATS	Codice ATS
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	321
ATS DELL'INSUBRIA	322
ATS DELLA MONTAGNA	323
ATS DELLA BRIANZA	324
ATS DI BERGAMO	325
ATS DI BRESCIA	326
ATS DELLA VAL PADANA	327
ATS DI PAVIA	328

Valori relativi al Fondo e alla Misura

DESCRIZIONE FONDO	FONDO	DESCRIZIONE MISURA	MISURA
Fondo non Autosufficienza	FNA	B1	B1
Fondo non Autosufficienza	FNA	Interventi integrativi sociali per gravissimi	B1IS
Fondo non Autosufficienza	FNA	B2	B2
Fondo non Autosufficienza	FNA	Progetti Vita Indipendente (ministeriale)	PROVI
Fondo Dopo di Noi	Dopo di Noi	Dopo di Noi	DDN

TEMPISTICHE DI COMPILAZIONE

Le risorse del fondo devono essere trasferite al beneficiario (quietanzate) nel rispetto delle seguenti indicazioni:

- **entro il secondo anno dall'avvio del fondo** deve essere erogato almeno il **75%** delle risorse complessivamente assegnate.
- **entro l'anno successivo** deve essere erogato il **100%** delle risorse, completando così il trasferimento dell'intero importo previsto.

Pertanto, nella piattaforma Liquidazioni le Ats dovranno inserire le quietanze entro il seguente calendario:

Fondo	Esercizio di avvio	Misura	caricamento in piattaforma liquidazioni 75% (+2)	caricamento in piattaforma liquidazioni 100% (+3)
FNA 2021	2022	B1 (ATS)		15/10/2026
FNA 2022	2023			15/12/2026
FNA 2023	2024			15/07/2027
FNA 2024	2025		15/09/2027	15/09/2028
FNA 2025	2026		15/09/2028	15/09/2029
FNA 2026	2027		15/09/2029	15/09/2030
FNA 2027	2028		15/09/2030	15/09/2031

Fondo	Esercizio di avvio	Misura	caricamento in piattaforma liquidazioni 75% (+2)	caricamento in piattaforma liquidazioni 100% (+3)
FNA 2021	2022	B2 (Ambiti)		15/10/2026
FNA 2022	2023			15/12/2026
FNA 2023	2024			15/07/2027
FNA 2024	2025		15/09/2027	15/09/2028
FNA 2025	2026		15/09/2028	15/09/2029
FNA 2026	2027		15/09/2029	15/09/2030
FNA 2027	2028		15/09/2030	15/09/2031

Fondo	Esercizio di avvio	Misura	caricamento in piattaforma liquidazioni 75% (+2)	caricamento in piattaforma liquidazioni 100% (+3)
FNA 2021	2023	PROVI (Ambiti)		15/10/2026
FNA 2022	2024			15/07/2027
FNA 2023	2025		15/09/2027	15/09/2028
FNA 2024	2026		15/09/2028	15/09/2029

Per le annualità successive al FNA 2024 si rende necessario l'allineamento delle tempistiche della Misura PROVI con le scadenze delle altre Misure FNA, al fine di assicurare una gestione coordinata delle procedure ed in particolare della rendicontazione su piattaforma SIOSS.
A tal fine, seguiranno specifiche disposizioni attuative.

Dal FNA 2025 la piattaforma delle liquidazioni dovrà essere aggiornata con l'inserimento delle quietanze relative alle annualità precedenti, nel rispetto del criterio di avanzamento della spesa (75% secondo anno e 100% anno successivo), entro il 15 settembre di ogni anno.
Il rispetto di tali soglie sarà verificato sulla base delle quietanze inserite nella piattaforma e costituirà riferimento per il monitoraggio dello stato di attuazione e dell'utilizzo delle risorse.

MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO DELLE RISORSE.

Il monitoraggio dell'inserimento delle quietanze sarà effettuato dagli uffici regionali con cadenza quadrimestrale al fine di verificare l'effettivo utilizzo delle risorse assegnate e il relativo stato di avanzamento della spesa. L'estrazione avverrà, indicativamente, l'ultimo giorno lavorativo dei mesi di marzo, luglio e novembre di ogni anno.

Concluse le verifiche, alle ATS competenti sarà trasmesso l'esito del monitoraggio che consentirà di verificare l'eventuale scostamento tra le risorse assegnate e quelle effettivamente liquidate e, ove necessario, di procedere all'allineamento dei relativi importi, favorendo una corretta programmazione finanziaria e un utilizzo efficiente delle risorse disponibili già in corso d'anno.

Flowchart percorso del “Procedimento Assistenziale Integrato”

