



pubblicato su:
SSANIA

CORTE DEI CONTI

**SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO**

IL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (2007-2015)

Deliberazione 28 dicembre 2016, n. 18/2016/G



CORTE DEI CONTI

**SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO**

IL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (2007-2015)

Relatore

Cons. M. Oliviero

Ha collaborato

per l'istruttoria e l'elaborazione dei dati il dott. Marco Dante

SOMMARIO

	Pag.	
Deliberazione	5	
* * *		
Relazione	9	
Sintesi	11	
CAPITOLO I - Tutela a livello internazionale e nazionale dei diritti e delle libertà		
delle persone con disabilità	13	
1. La convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità	13	
2. Tutela a livello comunitario dei diritti e delle libertà delle persone con disabilità. La nuova strategia dell'Ue sulla disabilità (2010-2020)	15	
CAPITOLO II - Il tema della non autosufficienza in Italia		19
1. Inquadramento	19	
2. Il Fondo nazionale per le non autosufficienze (Fna)	23	
3. Il ruolo dell'Osservatorio nazionale	26	
4. I progetti sperimentali in materia di "vita indipendente" e inclusione sociale delle persone con disabilità	29	
5. Le linee di intervento previste dal Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità	34	
6. Il casellario dell'assistenza	36	
7. Il Sistema informativo per la non autosufficienza (Sina)	38	
CAPITOLO III - Il riparto delle risorse dal 2007 al 2015		41
1. I singoli provvedimenti di riparto	41	
CAPITOLO IV - L'attività delle regioni e l'attività di impulso del Ministero del lavoro		59
1. L'attività delle regioni	59	
2. I criteri di riparto adottati dal Ministero del lavoro	63	
3. Il ruolo di impulso del Ministero del lavoro	70	
CAPITOLO V - I progetti sperimentali nel quinquennio 2010-2014		73
1. I progetti innovativi in materia di offerta di servizi in favore di persone non autosufficienti	73	
2. I progetti sperimentali in materia di "vita indipendente" e inclusione sociale delle persone con disabilità	80	
3. Osservazioni	88	
4. I controlli del Ministero del lavoro	96	
CAPITOLO VI - Conclusioni e raccomandazioni		99

INDICE DELLE TABELLE

	Pag.
Tabella 1 - Risorse anno 2007	43
Tabella 2 - Risorse anno 2008	44
Tabella 3 - Risorse anno 2009	45
Tabella 4 - Risorse anno 2010	48
Tabella 5 - Risorse anno 2011	50
Tabella 6 - Risorse anno 2013	53
Tabella 7 - Risorse anno 2014	55
Tabella 8 - Risorse anno 2015	58
Tabella 9 - Monitoraggio 2013: Persone con disabilità gravissima assistite	65
Tabella 10 - I progetti approvati dal Ministero del lavoro	76
Tabella 11 - Ripartizione dei fondi a disposizione del Ministero del lavoro	77
Tabella 12 - Fna 2010: 5 per cento destinato al finanziamento di progetti sperimentali	79
Tabella 13 - Progetti sperimentali in materia di “vita indipendente” anno 2013/2014	81
Tabella 14 - Progetti anni 2013/2014	83
Tabella 15 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2013	90
Tabella 16 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2014	91
Tabella 17 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2015	92
Tabella 18 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2013	93
Tabella 19 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2014	94
Tabella 20 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2015	95
Tabella 21 - Somme liquidate per progetti del 2014	96

* * *

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 - Numero ambiti finanziati nel 2013	93
Grafico 2 - Numero ambiti finanziati nel 2014	94
Grafico 3 - Numero ambiti finanziati nel 2015	95

DELIBERAZIONE



Deliberazione n. 18/2016/G

REPUBBLICA ITALIANA

la Corte dei conti

Sezione centrale di controllo
sulla gestione delle amministrazioni dello Stato

Adunanza dei collegi I e II e del collegio per il controllo sulle entrate del 5 luglio 2016
e Camera di consiglio del 24 novembre 2016

* * *

Visto l'art. 100, comma 2, Cost.;

vista la l. 14 gennaio 1994, n. 20, e, in particolare, l'art. 3, c. 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo sulla gestione delle amministrazioni pubbliche, verificando la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

vista la deliberazione della Sezione in data 15 dicembre 2014, n. 19, con la quale è stato approvato il programma di controllo sulla gestione per l'esercizio 2015;

vista la relazione, presentata dal Cons. Mauro Oliviero, che illustra gli esiti dell'indagine condotta in merito a "Il Fondo per le non autosufficienze (2007-2015)";

vista l'ordinanza in data 23 giugno 2016, con la quale il presidente della Sezione ha convocato i collegi I e II e il collegio per il controllo sulle entrate per l'adunanza del 5 luglio 2016, al fine della pronuncia sulla gestione in argomento;

vista la nota n. 2820 del 23 giugno 2016, con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze ha trasmesso la relazione ai seguenti uffici:

- Ministero del lavoro e delle politiche sociali: Gabinetto del Ministro, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali, Organismo indipendente di valutazione della *performance*, Ufficio centrale del bilancio;
- Ministero dell'economia e delle finanze: Gabinetto del Ministro e Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato,

udito il relatore, Cons. Mauro Oliviero;

uditi, in rappresentanza delle amministrazioni convocate:

- per il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali: il dott. Raffaele Tangorra, la dott.ssa Carla Antonucci, il dott. Alfredo Ferrante, la dott.ssa Maria Teresa Vedorelli (Oiv),

DELIBERA

di approvare, con le modifiche apportate dal Collegio in camera di consiglio, la relazione concernente “Il Fondo per le non autosufficienze (2007-2015)”.

La presente deliberazione e l’unita relazione saranno inviate, a cura della Segreteria della Sezione, alla Presidenza del Senato della Repubblica e alla Presidenza della Camera dei deputati, nonché alle seguenti amministrazioni:

- Presidenza del Consiglio dei ministri;
- Ministero dell’economia e delle finanze;
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Le amministrazioni interessate:

- adotteranno, entro trenta giorni dalla ricezione della presente relazione, l’eventuale provvedimento motivato previsto dall’art. 3, c. 64, l. 24 dicembre 2007, n. 244, ove ritengano di non ottemperare ai rilievi formulati;
- comunicheranno alla Corte e al Parlamento, entro sei mesi dalla data di ricevimento della presente relazione, le misure consequenziali adottate ai sensi dell’art. 3, c. 6, l. 14 gennaio 1994, n. 20, come modificato dall’art. 1, c. 172, l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell’art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (concernente il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”).

La presente relazione sarà inviata, altresì, alle Sezioni riunite in sede di controllo.

Il consigliere relatore
f.to Oliviero

Il presidente
f.to D’Auria

Depositata in segreteria il 28 dicembre 2016

La dirigente
f.to Troccoli

RELAZIONE

Sintesi

La Convenzione Onu del 2006 sui diritti delle persone con disabilità ha messo in luce il problema della disabilità sotto il profilo culturale, scientifico e legale, imponendo altresì agli Stati membri, sulla base dell'analisi eseguita in materia di Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf), di implementare gli opportuni interventi per la realizzazione di una società pienamente inclusiva ed un ambiente sociale a misura di tutti.

Nel nostro paese il tema della “vita indipendente” delle persone non autosufficienti è stato considerato una delle priorità del primo Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. Tale programma, che è stato approvato dal Consiglio dei ministri del 27 settembre 2013 dopo aver acquisito il parere favorevole, espresso da parte della Conferenza unificata del 24 luglio 2013, è stato adottato con d.p.r. 4 ottobre 2013. Esso rappresenta uno degli strumenti fondamentali con cui il legislatore ha previsto l'attuazione della Convenzione Onu.

In esso sono specificate sette linee di azione. In particolare, la linea di intervento n. 3 è in gran parte riferita alle politiche, ai servizi e ai modelli organizzativi per la vita indipendente, nonché all'inclusione delle persone svantaggiate nella società.

In ragione del succitato principio convenzionale di coinvolgimento delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità nel processo di elaborazione ed implementazione di normative e politiche (art. 4, c. 3, Conv.), sia il primo rapporto sulla implementazione della Convenzione, sia il menzionato Programma sono stati il precipitato dell'impegno di ben sei gruppi di lavoro, istituiti dall'Osservatorio nazionale istituito presso il Ministero del lavoro, nei quali sono stati coinvolti soggetti del mondo dell'associazionismo e delle amministrazioni pubbliche esterne all'Osservatorio stesso.

Sulla base dei risultati raggiunti dal Programma d'azione e dalla IV Conferenza nazionale sulle politiche per la disabilità (tenutasi a Bologna il 12 e 13 luglio 2013), che richiamano, quale tema trasversale, il problema dei servizi sociali nel nostro paese ed il ruolo delle regioni, è stata perciò proposta per la prima volta, nel 2013, l'adesione alla sperimentazione di un modello di intervento unitario a favore del tema della “vita indipendente” nei diversi territori regionali, quale requisito essenziale per la piena inclusione nella società delle persone con disabilità.

Tale proposta è stata rinnovata nel 2014 con specifiche linee guida predisposte dal Ministero del lavoro ed è stata confermata anche nel 2015.

Al fine di comprendere appieno le dinamiche proprie del panorama italiano, occorre evidenziare che il nostro paese registra ancora una estrema eterogeneità e disomogeneità nella diffusione dei servizi sul territorio, cui corrisponde una significativa sperequazione della spesa sociale. Basti segnalare i 282 euro *pro-capite* che vengono spesi nel 2015 nella Provincia autonoma di Trento per far fronte alle specifiche esigenze, contro gli appena 26 euro della Regione Calabria.

Più in generale, il Sud spende, in media, poco più di un terzo rispetto al Nord.

In questo scenario d'insieme, risulta assolutamente necessario ed urgente che vengano rafforzati tutti quei presidi e meccanismi di *governance* che siano in grado di realizzare un processo di convergenza o, perlomeno, di riduzione dell'eterogeneità non solo nella spesa, ma anche nei modelli di intervento, improntati ad una concreta e tangibile eliminazione degli squilibri esistenti non solo tra le diverse regioni, ma anche all'interno delle stesse regioni.

Conseguentemente, il requisito anagrafico-residenziale non deve rivelarsi elemento di maggior favore per alcuni cittadini rispetto a quelli che risiedono in contesti territoriali più svantaggiati.

Appare, comunque, opportuno precisare che se nel 2015, a seguito della legge di stabilità, è stato realizzato il primo passo avanti, necessario al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Fna: mediante l'avvio di un percorso di stabilizzazione delle risorse, a decorrere dall'anno in corso, la dotazione finanziaria sarà anche sufficiente per consentire al Ministero di definire i livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti (Lea). In sostanza, lo stanziamento di bilancio "strutturale" garantirà che il fondo diventi un valido strumento per la realizzazione degli obiettivi prefissati.

CAPITOLO I

TUTELA A LIVELLO INTERNAZIONALE E NAZIONALE DEI DIRITTI E DELLE LIBERTÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Sommario: 1. La convenzione dell’Onu sui diritti delle persone con disabilità. - 2. Tutela a livello comunitario dei diritti e delle libertà delle persone con disabilità. La nuova strategia dell’Ue sulla disabilità (2010-2020).

1. La Convenzione dell’Onu sui diritti delle persone con disabilità

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità dell’Onu (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities* - in seguito Crpd), sottoscritta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dal nostro paese con l. 3 marzo 2009, n. 18 (in G.U. n. 61 del 14 marzo 2019), ha contribuito ad aprire sull’argomento nuovi scenari di riferimento dal punto di vista giuridico, culturale e politico.

Per effetto della Convenzione le persone con disabilità non devono più chiedere il riconoscimento dei loro diritti, ma sollecitarne l’applicazione e l’implementazione sulla base del rispetto dei diritti umani.

Le persone diversamente abili divengono perciò parte integrante della società e lo Stato deve garantire loro il godimento di tutti i diritti contenuti nella Convenzione per sostenere la “*piena ed effettiva partecipazione e inclusione all’interno della società*”.

La Crpd valorizza le diversità umane, di genere, di orientamento sessuale, di cultura, di lingua, di condizione psicofisica ecc., e rileva che la condizione di disabilità non deriva da qualità soggettive delle persone, bensì dalla relazione tra le caratteristiche degli individui e le modalità attraverso le quali la società organizza l’accesso e il godimento di diritti, beni e servizi.

Evidente risulta il cambiamento di prospettiva: le persone diversamente abili, infatti, non devono subire dalla società condizioni di discriminazione ovvero mancanza di pari opportunità.

La Convenzione definisce la condizione di disabilità come “*il risultato dell’interazione tra persone con minorazioni e barriere attitudinali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su una base di parità con gli altri*” (preambolo, punto e).

I principi generali (art. 3) della Convenzione, perciò, non fanno riferimento alla condizione di salute, ma sottolineano valori che non sono mai stati applicati prima alle

persone con disabilità.

In particolare la Crpd prevede:

- a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- b) la non discriminazione;
- c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- e) la parità di opportunità;
- f) l'accessibilità;
- g) la parità tra uomini e donne;
- h) il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

Per queste ragioni, è divenuta un'imprescindibile priorità la definizione di politiche di controllo in tutti gli ambiti della vita sociale, in cui le persone con disabilità incontrano barriere, ostacoli e pregiudizi che si concretizzano in un tessuto sociale che spesso preclude loro l'accesso al mondo del lavoro, la piena mobilità, la possibilità di contribuire allo sviluppo della comunità in cui vivono e di beneficiare di beni e servizi come tutti gli altri cittadini.

Difatti, il livello di inclusione risulta ancora lontano dall'aver garantito una condizione soddisfacente di eguaglianza di opportunità e non discriminazione a livello internazionale, al punto che il Comitato sui diritti umani delle Nazioni Unite ha raccomandato ai paesi membri di non penalizzare i gruppi più vulnerabili, in una situazione di crisi economica come quella attuale.

La ratifica della Crpd da parte dell'Unione europea, che ha approvato la Convenzione con decisione del Consiglio Ue n. 2010/48/Ce del 26 novembre 2009 e che è impegnata a monitorare le politiche di propria competenza e quelle condivise con gli altri Stati membri, arricchisce il campo delle tutele e comporta un maggior coordinamento delle politiche e delle azioni sia a livello europeo che nazionale, dato ormai l'alto numero (ventiquattro) dei paesi membri che hanno fatto proprio tale importante accordo internazionale.

Allo stesso tempo, la ratifica della Convenzione impegna lo Stato italiano ad aggiornare e migliorare le legislazioni e le politiche orientate verso le persone con disabilità.

2. Tutela a livello comunitario dei diritti e delle libertà delle persone con disabilità. La nuova strategia dell'Ue sulla disabilità (2010-2020)

Va premesso che sia l'Ue che gli Stati membri dispongono di un ampio mandato per migliorare la situazione sociale ed economica delle persone con disabilità, fotografata, tra l'altro, dalla Commissione europea con una recente indagine sulle forze di lavoro nell'Ue e da puntuali statistiche sul reddito e sulle condizioni di vita nell'Unione¹.

Da queste ultime si rileva, infatti, che la disabilità, da leggera a grave, riguarda una persona su sei (ovvero circa 80 milioni di persone) che spesso non ha la possibilità di partecipare pienamente alla vita sociale ed economica a causa di barriere comportamentali ed ambientali e che il tasso di povertà, relativo alle persone con disabilità, è superiore del 70 per cento alla media (effetto, in parte, dovuto dal limitato accesso all'occupazione).

Inoltre, un terzo delle persone con più di 75 anni soffre di una disabilità parziale e più del 20 per cento di una disabilità grave; cifre queste, destinate a crescere con l'invecchiamento demografico dell'Ue.

Sulla base dei documenti fondamentali che sanciscono l'orientamento dell'Ue e degli Stati membri a tutelare l'inviolabilità della dignità umana ed a favorire l'inserimento sociale e professionale delle persone nella vita comunitaria vietando qualsiasi forma di discriminazione fondata sulla disabilità (art. 1, 21 e 26 della Carta e artt. 10 e 19 del Trattato sul funzionamento dell'Unione-Tfue), la Commissione europea ha adottato una nuova strategia in materia di disabilità tramite un piano d'azione decennale che punta ad eliminare le barriere che ostacolano la piena integrazione delle persone disabili e che permetta a tali soggetti di esercitare i diritti, in condizioni di parità rispetto agli altri cittadini.

Tale strategia si è prefigurata lo scopo di migliorare la qualità della vita e di apportare maggiori benefici alla società e all'economia, senza creare un onere eccessivo sia per l'industria che per le amministrazioni.

La Commissione europea ha specificato che per l'attuazione del piano risulterà necessario garantire la continuità e l'ottimizzazione nell'utilizzo degli strumenti di finanziamento dell'Ue (programmi Ue e Fondi strutturali) che interessano le persone con disabilità e gli operatori del settore. Essenziale sarà anche sensibilizzare l'opinione pubblica sulle questioni della disabilità e fare in modo che le persone diversamente abili conoscano meglio i loro

¹ http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/swd_2014_182_en.pdf.

diritti e li sappiano esercitare. All'uopo sarà necessario seguire costantemente la situazione di queste persone in Europa attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei relativi dati ed informazioni.

Per lo più incentrata sull'eliminazione delle barriere fisiche che ostacolano i disabili, la nuova strategia 2010-2020 individua otto ambiti d'intervento: accessibilità, partecipazione, parità di trattamento, lavoro, istruzione e formazione, protezione sociale, salute, dimensione internazionale dei diritti delle persone disabili. Di seguito se ne riportano, brevemente, le finalità.

1) Accessibilità

Le persone disabili devono avere accesso ai beni, ai servizi e ai dispositivi di assistenza; deve essere assicurato loro, su una base di uguaglianza con gli altri, l'accesso ai trasporti, alle strutture, alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

2) Partecipazione

Le persone con disabilità devono poter esercitare pienamente i loro diritti fondamentali legati alla cittadinanza dell'Unione. Questa strategia deve contribuire a:

- eliminare gli ostacoli alla mobilità;
- garantire la qualità dell'assistenza ospedaliera e dell'accoglienza in residenze specializzate, grazie al finanziamento dei fondi strutturali;
- garantire l'accessibilità di organizzazioni, strutture e servizi, inclusi quelli sportivi e culturali.

3) Uguaglianza

Occorre attuare una serie di politiche per promuovere l'uguaglianza a livello europeo e negli Stati membri. La Commissione dovrà garantire inoltre la piena applicazione della legislazione europea in materia di lotta contro le discriminazioni fondate sulla disabilità e, in particolare, della direttiva n. 2000/78/Ce a favore della parità di trattamento in materia di occupazione e di lavoro.

4) Occupazione

L'azione europea deve permettere un aumento del numero dei lavoratori disabili sul mercato del lavoro aperto, in particolare attraverso l'elaborazione di politiche dell'occupazione e il miglioramento dell'accessibilità ai luoghi di lavoro. È necessario inoltre agire in collaborazione con le parti sociali per favorire la mobilità intra-professionale, incoraggiare il lavoro autonomo e migliorare la qualità del lavoro.

5) Istruzione e formazione

Gli allievi e gli studenti disabili devono disporre di un sistema d'istruzione accessibile e programmi d'istruzione permanente. Di conseguenza, la strategia sostiene l'accessibilità dei sistemi educativi generali, le misure di accompagnamento individuale e la formazione delle figure professionali del sistema educativo. Inoltre, occorre informare meglio i disabili in merito alle possibilità di formazione e di mobilità.

6) Protezione sociale

I sistemi di protezione sociale possono compensare le disparità di reddito, i rischi di povertà ed esclusione sociale ai quali sono esposti i disabili. In questo contesto, è necessario valutare le prestazioni e la sostenibilità dei sistemi di protezione sociale, compresi i sistemi pensionistici, i programmi di alloggio sociale e l'accesso ai servizi di base. La strategia incoraggia l'utilizzo dei fondi strutturali e l'adozione di misure nazionali adattate.

7) Salute

Le persone con disabilità devono disporre di un accesso equo ai servizi e alle strutture sanitarie, compresi i centri di salute mentale. Per garantire questo principio di uguaglianza, i servizi devono avere un prezzo accessibile ed essere adeguati alle necessità specifiche delle persone. Inoltre, particolare attenzione deve essere dedicata alla salute e alla sicurezza dei lavoratori disabili.

8) Azione esterna

L'Ue si impegna a promuovere i diritti delle persone disabili a livello internazionale. Essa agisce soprattutto nell'ambito della politica di allargamento, di vicinato e di aiuti allo sviluppo.

CAPITOLO II

IL TEMA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA

Sommario: 1. Inquadramento. - 2. Il Fondo nazionale per le non autosufficienze (Fna). - 3. Il ruolo dell'Osservatorio nazionale. - 4. I progetti sperimentali in materia di "vita indipendente" e inclusione sociale delle persone con disabilità. - 5. Le linee di intervento previste dal Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità. - 6. Il casellario dell'assistenza. - 7. Il sistema informativo per la non autosufficienza (Sina).

1. Inquadramento

Da un punto di vista normativo, nel nostro paese la produzione di leggi in materia di non autosufficienza è stata molto scarsa.

Dalla legge Crispi del 1890, si è dovuto attendere l'anno 2000 per l'emanazione della l. 8 novembre, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", entrata in vigore il 28 novembre 2000.

In origine, su questo tema ma, più in generale, nell'ambito delle politiche sociali, sussisteva un unico meccanismo di finanziamento dei c.d. "livelli essenziali delle prestazioni" che era rappresentato dal "Fondo per le politiche sociali" (in seguito Fnps).

Il Fnps costituisce, dunque, lo strumento di finanziamento dei livelli essenziali, il cui contenuto avrebbe dovuto essere definito in un documento di indirizzo nazionale che orientasse la programmazione locale, il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali" di cui all'art. 18 della l. n. 328/2000.

Successivamente, con la l. 27 dicembre 2006, n. 296, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2007), è stato istituito presso il Ministero della solidarietà sociale² un altro fondo, denominato "Fondo nazionale per le non autosufficienze" (in seguito Fna), finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle "persone non autosufficienti".

Con questo strumento si è inteso assicurare omogeneità agli interventi fino ad allora realizzati dalle regioni, in favore delle persone in condizioni di limitata autonomia, attraverso la progressiva costruzione di un sistema di assistenza che assicuri la piena

² Soppresso dal d.l. n. 85/2008, convertito dalla l. n. 121/2008, che ha istituito il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e con la l. n. 172/2009 è stato scorporato il Ministero della salute.

integrazione delle prestazioni sociali con quelle sanitarie.

Per affrontare adeguatamente il tema delle competenze legislative e amministrative in materia di non autosufficienza è importante, in particolare, la riforma del titolo V della Costituzione.

Con tale innovazione ed il conseguente passaggio alla potestà legislativa esclusiva delle regioni sulla specifica materia, da un lato il Governo ha ritenuto di non poter più esercitare un potere di indirizzo mediante il Piano nazionale, dall'altro ha mantenuto in vita il Fnps come strumento "indistinto" di finanziamento delle politiche sociali territoriali nelle more dell'attuazione del federalismo fiscale.

In particolare, la legge finanziaria 27 dicembre 2002, n. 289, ha previsto che il Fnps assumesse natura indistinta e che le relative risorse venissero trasferite alle regioni, tramite il ministero, con specifici criteri di riparto e ciò nelle more della definizione sia dei livelli essenziali che dell'attuazione del federalismo fiscale.

La l. 5 maggio 2009, n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale) ha stabilito, qualche anno dopo, che il federalismo fiscale non può attuarsi attraverso fondi dedicati e, conseguentemente, i livelli essenziali non possono essere finanziati attraverso fondi specifici, ma con un "meccanismo" assimilabile a quello già in essere per i "livelli sanitari".

Si è così presa a modello l'esperienza maturata nell'ambito della sanità, quale unico grande contesto in cui erano già stati definiti i livelli essenziali delle prestazioni, non tenendo conto, per altro verso, delle specificità delle politiche sociali.

Va segnalato che in questo periodo, quando ancora non erano stati definiti i nuovi criteri di finanziamento, era venuto a mancare il finanziamento "storico" nazionale delle politiche territoriali ed in pochi anni (fino al 2012) erano stati azzerati sia il Fondo per le "politiche sociali" che il Fondo per le "non autosufficienze" e non era stato previsto nessun meccanismo alternativo di finanziamento, con la conseguente chiusura di servizi essenziali per i cittadini.

Con la successiva decisione del Governo di rifinanziare nel 2013 i due fondi, e poi, con la legge di stabilità 2015 (art. 1, comma 159, l. 23 dicembre 2014, n. 190) si è reso definitivamente "strutturale" il finanziamento del Fna.

La Camera dei deputati, in data 12 aprile 2016, ha approvato la proposta di riforma costituzionale che intende riportare al "centro" (Stato) la competenza sull'indirizzo delle

politiche sociali³.

Il ministero, al momento, ha la competenza sulla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, sul loro finanziamento e la vigilanza sulla loro attuazione.

Va precisato che lo schema ripreso dal comparto della sanità (dove i livelli essenziali delle prestazioni sono già presenti dal 2001) è di difficile attuazione nel campo delle politiche sociali, in quanto la l. n. 328/2000 stabilisce che per definire tali livelli si deve tener conto della spesa già sostenuta a livello locale.

In generale, secondo i dati disponibili per le regioni del sud, la spesa totale ammonta a circa 50 euro *pro-capite*, mentre al centro-nord la spesa è di circa 130 euro.

L'Istat ha redatto un'analisi censuaria sulla spesa sociale dei comuni ed ha documentato, ad esempio, che si spendono 25 euro *pro-capite* nei comuni della Regione Calabria e 280 euro per quelli della Provincia autonoma di Trento⁴. Vi sono, peraltro, differenze marcate anche all'interno della medesima regione.

Ma, se in ambito sanitario, gli enti che spendono meno per erogare la stessa tipologia di servizi possono definirsi virtuosi, così non può dirsi nella materia delle politiche sociali, dove le economie di spesa – data l'assenza di livelli essenziali delle prestazioni – rischiano di tradursi nella mancata erogazione di servizi a coloro che ne abbisognano.

Appare necessario precisare che già per il 2015 la l. 23 dicembre 2014, n. 190, ha avviato un percorso di “stabilizzazione” delle risorse statali, le quali, invece, nel passato, una volta assegnate alle singole regioni, servivano, di fatto, all'unico scopo di “rafforzare” gli interventi di sostegno della disabilità già esistenti a livello locale e molto diversificati tra di loro.

Il Fna, in sostanza, si è rivelato uno strumento per accrescere le risorse regionali, non consentendo la riconoscibilità degli interventi realizzati attraverso i finanziamenti statali, in antitesi alla logica gestionale dei livelli essenziali per cui il contributo economico periferico dovrebbe aggiungersi a quello già definito in ambito nazionale.

A decorrere dal 2016, definita la dotazione finanziaria del Fna, il ministero dovrebbe essere in grado di definire i livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, cosicché lo stanziamento di bilancio “strutturale”, consentirà la

³ Cfr. Atto Camera n. 2613B “Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento di costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del Cnel e la revisione del Titolo V della parte II della Costituzione”.

⁴ <http://www.istat.it/it/archivio/122975> (dati riferiti al 2011).

realizzazione degli obiettivi in relazione ai quali il fondo stesso è stato istituito.

Da ultimo, previa intesa in Conferenza unificata del 3 agosto scorso, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero della salute, del Mef e di quello per gli Affari regionali e le autonomie, ha approvato il Piano triennale per la non autosufficienza 2017-2019 volto, in particolare, a dare ulteriore specificazione alla definizione delle “disabilità gravissime”, alle quali viene riservata una quota esclusiva non inferiore al 40 per cento delle risorse riservate alle regioni.

In sostanza, sono state predisposte apposite scale di valutazione, scientificamente validate e concernenti le diverse tipologie di infermità, con l’obiettivo di individuare i beneficiari delle risorse del fondo affinché possano essere garantiti gli stessi diritti alle persone con uguali disabilità.

In quest’ottica sono state inquadrate le persone con “disabilità gravissima”, in condizioni di dipendenza vitale (indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione), attraverso la rilevazione di quattro c.d. “dominii”: a) motricità, b) stato di coscienza, c) respirazione, d) nutrizione.

Pertanto, l’esatta identificazione dei beneficiari delle risorse del Fna consentirà al Ministero di acquisire il complesso dei dati necessari a definire e dare attuazione ai livelli essenziali delle prestazioni (Lea).

A tal proposito, le regioni dovranno comunicare, entro marzo 2017, i dati riguardanti le persone assistite sul loro territorio, distinti per tipologia di “disabilità gravissima”, in modo che le relative informazioni possano affluire, per la validazione, al Sistema informativo dei servizi sociali (casellario dell’assistenza).

In un’ottica di graduale estensione di benefici differenziati, rispetto al bisogno, è previsto che non si limiti il sostegno alle sole disabilità gravissime, ma che presto possa prendere l’avvio anche un percorso di definizione delle c.d. “disabilità gravi”, identificando i soggetti con necessità di “sostegno intensivo”.

Per definire i conseguenziali livelli di “minore” dipendenza, il Ministero del lavoro prevede di applicare i medesimi principi utilizzati per le “disabilità gravissime”, fissando almeno tre livelli di disabilità differenziati, sulla base della gravità del bisogno assistenziale e individuando specifici criteri valutativi.

L'acquisizione dei dati nel sistema informativo dei servizi sociali relativi ai soggetti con "disabilità gravi" è prevista per la fine del 2017, riservando al 2018 (sulla base delle informazioni assunte), la definizione graduale dei livelli essenziali delle prestazioni riconosciute a tutte le persone affette sia da disabilità "gravissime" che da quelle "gravi", onde pervenire a determinare i fabbisogni finanziari sulla base delle maggiori priorità.

2. Il Fondo nazionale per le non autosufficienze (Fna)

Il Fondo nazionale per le non autosufficienze (Fna) è stato introdotto dall'art. 1, c. 1264, della l. 27 dicembre 2006, n. 296, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)".

Il fondo aveva delle prospettive di crescita che permettevano di definire i livelli essenziali delle prestazioni dovute ai soggetti non autosufficienti.

Tuttavia, il disegno di legge approvato dal Governo il 16 novembre 2007, collegato all'allora legge finanziaria, che definiva questi livelli, con la fine della legislatura non è stato più ripresentato in quella successiva e, di conseguenza, è rimasto unicamente il Fna.

Il Fna si inserisce in un quadro assai complesso e persegue l'obiettivo di finanziare l'attività ordinaria posta in essere dalle regioni in materia di non autosufficienza. Tale attività è legata all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (Lep) da garantire su tutto il territorio nazionale.

Pur richiedendosi per l'utilizzazione del Fna la definizione dei richiamati livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della loro definizione veniva ritenuto opportuno provvedere alla ripartizione delle risorse fin dall'anno 2007. La ripartizione è sempre avvenuta a seguito dell'emanazione di specifico decreto interministeriale di cui si approfondiranno più avanti le caratteristiche più salienti.

Va evidenziato che in tale scenario, ogni qualvolta si sia cercato da parte del Parlamento di condizionare l'utilizzo del Fnps, limitando la libertà di utilizzo delle risorse del fondo da parte delle regioni (si pensi a quelle in passato su asili nido e barriere architettoniche), queste ultime hanno sempre impugnato le varie norme davanti alla Corte costituzionale ottenendone ogni volta la dichiarazione d'illegittimità costituzionale⁵.

⁵ Si vedano, le sentenze 17 dicembre 2003, n. 370 e 29 dicembre 2004, n. 423.

In sostanza, si può dire che i fondi sono costituzionalmente legittimi perché volti al finanziamento dei livelli essenziali, ma la situazione di contesto sopra illustrata è stata tale da non renderne possibile la loro puntuale definizione, sia per la scarsa dotazione dei fondi rispetto al totale delle spese locali, sia per la grande eterogeneità tra i territori che riduce notevolmente la possibilità d'indirizzo nell'utilizzo delle risorse.

Dal punto di vista meramente finanziario va ricordato che l'art. 1, c. 1264, della sopracitata l. n. 296/2006 aveva assegnato al Fna 100 milioni di euro per l'anno 2007 e 200 milioni di euro per ciascuno degli anni successivi (2008 e 2009). Con più recenti provvedimenti si è poi provveduto ad incrementare la dotazione finanziaria del fondo per talune annualità già finanziate; in altri casi si è inteso dotare il fondo medesimo *ex novo*.

In dettaglio:

- a) il primo incremento si è avuto grazie alla previsione di cui all'art. 2, c. 465, della l. n. 244/2007 (legge finanziaria 2008) in base alla quale le autorizzazioni di spesa relative agli anni 2008 e 2009 venivano aumentate rispettivamente di 100 e 200 milioni di euro;
- b) il secondo incremento di 400 milioni di euro per l'anno 2010, si è avuto per effetto dell'art. 2, c. 102, della l. n. 191/2009;
- c) il terzo incremento è stato disposto con l'art. 23, c. 8, del d.l. n. 95/2012, come modificato dalla legge di conversione n. 135/2012. In base a quest'ultima, il fondo è stato portato a 400 milioni di euro per l'anno 2013 ed è stato finalizzato al finanziamento dell'assistenza domiciliare, con priorità nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti (inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica)⁶;
- d) il quarto incremento si è avuto con l'art. 1, c. 272, della l. n. 228/2012, il quale ha espressamente previsto, per gli interventi di pertinenza del Fna (ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica), la spesa di 275 milioni di euro per l'anno 2013 e lo stesso importo di spesa è stato autorizzato, per l'anno 2014, dal comma 199 della successiva l. n. 147/2013;

⁶ Comma 8. “La dotazione del fondo di cui all'art. 7-*quinquies*, c. 1, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, convertito con modificazioni dalla l. 9 aprile 2009, n. 33, è incrementata di 658 milioni di euro per l'anno 2013 ed è ripartita, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, tra le finalità di cui all'art. 33, c. 1, della l. 12 novembre 2011, n. 183, come indicate nell'allegato 3 della medesima legge, con esclusione delle finalità già oggetto di finanziamento ai sensi del presente articolo, nonché, in via prevalente per l'incremento della dotazione del fondo di cui all'art. 1, c. 1264, della l. 27 dicembre 2006, n. 296, finalizzato al finanziamento dell'assistenza domiciliare prioritariamente nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti, inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica”.

- e) il quinto incremento, per l'anno 2014, si è avuto con il successivo comma 200 della precedente legge che ha destinato ulteriori 75 milioni di euro in favore degli interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica;
- f) infine, la l. 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) ha previsto (art. 1, c. 158), per l'anno 2015, un incremento del fondo pari a 400 milioni e la stessa legge ha fissato a 250 milioni di euro lo stanziamento per il 2016.

Le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze sono state poi attribuite alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano con altrettanti decreti di riparto emanati inizialmente dal Ministro del lavoro di concerto con i Ministri della salute, delle politiche per la famiglia e dell'economia e delle finanze e, successivamente, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza unificata di cui al d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

Ciascuno dei decreti di riparto indica non solo i criteri applicati per l'attribuzione delle risorse, ma anche le finalità verso cui le stesse sono orientate.

Con il d.p.c.m. 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", sono state focalizzate le attribuzioni delle regioni nella determinazione degli obiettivi, funzioni e criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, nonché quelle della Conferenza permanente della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale o di altri organismi consultivi equivalenti.

In sostanza, è stata posta l'attenzione sui criteri di definizione delle prestazioni sanitarie (natura del bisogno, complessità ed intensità dell'intervento assistenziale e sua durata) da intendersi come prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite che contribuiscono, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e all'espressione personale.

Il succitato provvedimento ha definito come per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria debbano intendersi tutte quelle attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, invece, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria attinente, prevalentemente, alle aree materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Infine, con questo atto di indirizzo sono stati definiti i principi di programmazione delle attività, i criteri di finanziamento delle stesse nonché le norme di garanzia per le regioni a statuto speciale e per le provincie autonome.

3. Il ruolo dell'Osservatorio nazionale

Allo scopo di promuovere la piena integrazione delle persone con disabilità, in attuazione dei principi sanciti dalla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, con protocollo opzionale, siglata a New York il 13 dicembre 2006, nonché dei principi indicati dalla l. 5 febbraio 1992, n. 104, è stato istituito, dall'art. 3 della l. n. 18/2009, presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, di seguito denominato "Osservatorio"⁷.

Tra i vari compiti è previsto che tale organismo predisponga un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e internazionale.

L'Osservatorio, che ha concluso nell'ottobre 2013 il suo primo mandato triennale, è composto da amministrazioni pubbliche centrali e territoriali, da una parte, e dalle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità (14 su 40 membri), dall'altra.

Tale organismo, in vista della Conferenza nazionale, ha raggiunto due importanti obiettivi:

- a. l'elaborazione del primo Rapporto italiano all'Onu sull'implementazione della convenzione (trasmesso nel novembre 2012);
- b. l'approvazione dello schema di Programma d'azione biennale sulle politiche per la disabilità (marzo 2013, recepito con d.p.r. il 4 ottobre 2013 e pubblicato in G.U. il 28 dicembre 2013).

⁷ L'Osservatorio, istituito con d.p.c.m. 9 settembre 2013 e con d.m. 4 luglio 2014, rinnovato nella sua composizione, ha già iniziato il suo secondo mandato triennale.

Il primo Programma nazionale biennale d'azione sulla disabilità, che è composto complessivamente di sette linee di intervento, così come emerse a seguito di una riflessione condotta in seno all'organismo stesso, rappresenta un primo contributo alla definizione di una strategia italiana sulla disabilità, tesa a promuovere la progressiva e piena inclusione delle persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita sociale, economica e culturale.

Il progetto, che copre trasversalmente, in un'ottica di *mainstreaming*, gli aspetti più importanti relativi alla costruzione della piena inclusione nella vita sociale del paese delle persone con disabilità, è, in sostanza, il frutto del succitato Rapporto (del quale è l'ideale completamento).

Il piano individua le aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone con disabilità, in una prospettiva coerente ed unitaria alla politica nazionale e locale, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi generali della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 e della Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità.

Va comunque evidenziato che il Programma non alloca risorse specifiche alle politiche per la disabilità; in altri termini, le azioni richiamate risultano finanziabili nei limiti degli stanziamenti previsti, mentre gli impegni assunti alla presentazione alle Camere di nuovi provvedimenti legislativi saranno condizionati al rispetto della disciplina ordinaria in tema di programmazione finanziaria.

Il ruolo dell'Osservatorio, che dura in carica tre anni, è, in sostanza, quello di attivare un confronto tra istituzioni e società civile.

L'Osservatorio è l'espressione della forma di coordinamento di cui la Convenzione fa cenno all'art. 33, quale sede appropriata di discussione sulle politiche nazionali sulla disabilità, ed è, al tempo stesso, l'organismo deputato alla definizione ed al monitoraggio del Programma d'azione sulla disabilità, approvato, per la prima volta dallo stesso, in sessione plenaria, nel marzo 2013 e successivamente fatto proprio dal Governo.

Il programma individua le aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone con disabilità, in una prospettiva coerente ed unitaria alla politica nazionale e locale, al fine di contribuire al raggiungimento, come già detto, degli obiettivi generali della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 e della Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità.

La connotazione composita ed inclusiva dell'Osservatorio, si è rivelato, altresì, fondamentale nella stesura del primo Rapporto italiano alle Nazioni Unite, così come previsto dalle disposizioni convenzionali.

In modo simile, la redazione del programma d'azione, che recupera ed implementa i contenuti ed i caratteri di innovazione culturale propri della Convenzione, ha ribadito la fondamentale funzione di coordinamento dell'Osservatorio, rilanciandone l'importanza e l'utilità anche per la futura gestione ed analisi degli avanzamenti, di carattere amministrativo, legislativo ed attuativo, che lo stesso programma d'azione prevede.

Nell'ambito del programma d'azione si ritrovano più volte indicazioni finalizzate alla realizzazione di atti amministrativi da parte, ad esempio, di singoli dicasteri, così come, fra le azioni/intervento, la sollecitazione di atti legislativi che richiedono un coinvolgimento della sede parlamentare; si sottolinea la fondamentale importanza di rilevare indicatori di processo e di risultato che consentano di definire la linea operativa e di concretizzare il contenuto di quanto espresso a livello programmatico; si evidenzia anche il pieno coinvolgimento di soggetti, istituzionali e non, molto diversi fra loro quali amministrazioni centrali e locali, enti di ricerca, enti pubblici, ecc.

L'Osservatorio, oggi, si qualifica dunque come centro di coordinamento in grado di interfacciarsi con le diverse realtà, di unificare le diverse esigenze di cambiamento, sostenendo modifiche nella legislazione e nelle pratiche amministrative correnti, che possano essere condivise ed inquadrare all'interno del nostro sistema di *welfare*.

L'illustrazione del programma d'azione biennale introduce, a seconda della tipologia di azioni previste per ogni tematica presa in considerazione, l'opportunità di individuare preventivamente, come detto, specifici indicatori: di processo (da intendersi quali passi necessari che nella pratica è congruo fare per costruire le operazioni utili al conseguimento del risultato previsto) e di risultato.

Per ogni intervento, a partire dall'imprescindibile definizione dei concetti rilevanti, nonché dal richiamo degli articoli della Convenzione Onu connessi al tema, individua l'obiettivo prefigurato e il tipo di azione necessaria a conseguirlo.

La realizzazione di un programma di azione di per sé molto complesso ha comportato, fra l'altro, la consapevolezza della molteplicità degli attori coinvolti a livello istituzionale (come già detto: ministeri, regioni, Ssn, enti locali) come della società civile e delle imprese (nei diversi ambiti di competenza), prevedendo la messa a punto di nuove norme e di azioni

specifiche in ogni ambito di interesse della vita della persona disabile.

Appare dunque evidente che lo sforzo di rappresentare operativamente un piano di azione così complesso comporti la necessità di una integrazione di competenze e la consapevolezza che, al fine di pervenire all'individuazione di indicatori di processo e risultato adeguati, si realizzi il coinvolgimento sinergico dei vari organi istituzionali che contribuiscono al perseguimento degli obiettivi prefissati.

Nell'analisi di contesto relativo alle diverse linee di intervento, è stata manifestata l'esigenza di una messa a sistema delle informazioni disponibili sul tema della disabilità, con l'obiettivo di arrivare a disporre di flussi informativi atti a permettere una conoscenza approfondita di carattere quantitativo e, quando possibile, di carattere qualitativo, sulla situazione delle persone con disabilità sul territorio nazionale, permettendo così di orientare con maggiore incisività gli sforzi in atto e le azioni delle diverse istituzioni coinvolte nella elaborazione dei documenti e orientamenti programmatici e nell'attuazione delle politiche.

L'Osservatorio, però, ha fatto presente che le informazioni disponibili generalmente provengono da fonti con origini e finalità diverse e, per questo, non sempre sono confrontabili tra loro. Inoltre, per quanto riguarda le fonti amministrative, le modalità di raccolta delle informazioni e la gestione dei relativi archivi da parte delle varie pubbliche amministrazioni spesso derivano da leggi e norme *ad hoc*. Da ciò consegue che ogni amministrazione usa concetti, definizioni, classificazioni, regole di iscrizione, e quindi, un linguaggio spesso vincolato alle funzioni che l'amministrazione stessa è chiamata a svolgere e per tale motivo le specifiche informazioni rilevate non possono assumere una valenza statistica utile per agevolare il compito demandato all'Osservatorio stesso.

4. I progetti sperimentali in materia di “vita indipendente” e inclusione sociale delle persone con disabilità

Come osservato in precedenza, per gli Stati membri, con la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, si è formata una nuova visione, culturale, scientifica e giuridica, così da assicurare la realizzazione di tutti quegli interventi che possano servire per la costruzione di una società maggiormente inclusiva ed un ambiente sociale a misura di tutti.

Per assicurare la centralità della persona e il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità in condizione di uguaglianza con gli altri, è pertanto fondamentale “*garantire loro autonomia ed indipendenza individuale,*

compresa la libertà di compiere le proprie scelte con le sole limitazioni che possono incontrare le persone senza disabilità”.

Così recita la Convenzione che reputa di dover caldeggiare la più ampia inclusione sociale possibile per questa particolare e delicata categoria di soggetti.

In tale contesto il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, quale amministrazione di riferimento per l'implementazione di un piano specifico in materia di “vita indipendente”, ha inteso proporre un modello condiviso d'intervento che, ispirandosi alle proposte contenute nel Programma d'azione, potesse fornire una risposta all'esigenza di assicurare la piena applicazione delle disposizioni convenzionali e della legge nazionale in materia di vita indipendente, contribuendo alla sperimentazione di interventi omogenei sui territori regionali.

A sua volta, l'Osservatorio, nella sua prima sessione plenaria, ha individuato il tema della vita indipendente come uno degli aspetti centrali del richiamato programma d'azione biennale al quale dare particolare attenzione e riscontro nell'implementazione del piano stesso.

Muovendo dalle conclusioni raggiunte nel Programma d'azione e dalla Conferenza nazionale che evidenziano il ruolo che le regioni e le province autonome hanno, e sempre maggiormente potrebbero avere, nella ricerca dell'eccellenza e nella predisposizione dei servizi sociali, raccomandando nel contempo l'incremento dei finanziamenti all'uopo predisposti, è stata proposta, per la prima volta nel 2013, l'adesione alla sperimentazione di un modello di intervento unitario a favore del tema della vita indipendente nei diversi territori regionali quale requisito essenziale per la piena inclusione nella società delle persone con disabilità.

Al riguardo, l'art. 39 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, recante “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, così come modificato dalla l. 21 maggio 1998, n. 162, che, al comma 2, prevede che le regioni possano provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio, “a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante

piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia”.

All'uopo, sono state adottate, dapprima con decreto direttoriale n. 134/2013 e, successivamente, con decreto direttoriale n. 182/2014, apposite linee guida per la “presentazione da parte di regioni e province autonome, di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità”.

Le linee guida ed il piano di attività proposto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali hanno lo scopo di rispondere all'esigenza di assicurare la piena applicazione delle disposizioni convenzionali e della legge nazionale in materia di vita indipendente, contribuendo alla sperimentazione di interventi omogenei sui territori regionali.

Al riguardo, per l'anno 2013, il finanziamento messo a disposizione del ministero è stato complessivamente di: a) euro 3.200.000 a valere sulle risorse assegnate al cap. 3231 “Spese per progetti sperimentali aventi ad oggetto interventi a favore di persone con *handicap* grave”; b) euro 2.818.446 a valere sulle risorse assegnate al cap. 3112 “Spese per il funzionamento dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”; c) euro 381.554 a valere sullo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Per tale annualità il monitoraggio delle iniziative, approvate con d.d.g. n. 206/2013, è stato affidato all'Isfol⁸ quale ente convenzionato con il ministero e da esso vigilato.

⁸ L'Isfol - Ente di ricerca per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori - costituito con d.p.r. n. 10/1972 e sancito dal d.p.r. n. 478 del 30 giugno 1973.

L'istituto opera nel campo della formazione, del lavoro e delle politiche sociali, al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale e allo sviluppo locale ed è stato dichiarato necessario ai fini dello sviluppo economico, civile, culturale e democratico del paese (d.p.r. 1° aprile 1978, n. 249); dal 1979 fa parte degli enti di notevole rilievo (d.p.c.m. 25 ottobre 1979) e nel 1999 è stato riconfermato ente dotato di indipendenza di giudizio e di autonomia scientifica, metodologica, organizzativa, amministrativa e contabile (d.lgs. 29 ottobre 1999, n. 419).

L'Isfol svolge e promuove attività di studio, ricerca, sperimentazione, documentazione, informazione e valutazione e fornisce supporto tecnico-scientifico allo Stato, alle regioni e agli enti locali. Svolge il ruolo di assistenza metodologica e scientifica per le azioni di sistema del Fondo sociale europeo.

Qual'è Agenzia nazionale Erasmus 2014/2020 - Programma europeo per l'educazione, la formazione, la gioventù e lo sport, opera in collaborazione con:

- l'Unione europea,
- altri organismi internazionali quali il Cedefop, l'Ocse, l'Oil, la Fondazione di Dublino per la qualità del lavoro, il *Centre d'études et de recherches sur les qualifications* (Cereq - Francia) e il *Bundesinstitut für Berufsbildung* (Bibb - Germania),
- il Ministero del lavoro e delle politiche sociali,
- la Presidenza del Consiglio dei ministri,
- il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca,

Occorre ricordare che già la l. n. 162/1998, di modifica della l. n. 104/1992, aveva attribuito alle regioni il compito di programmare interventi di sostegno alla persona e familiare, come prestazioni integrative degli interventi realizzati dagli enti locali a favore delle persone con *handicap* di particolare gravità, “*mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all’art. 9, all’istituzione di servizi di accoglienza per periodi brevi e di emergenza, tenuto conto di quanto disposto dagli artt. 8, c. 1, lett. i), e 10, c. 1, e al rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell’ambito di programmi previamente concordati*”.

Ciò in coerenza con politiche di sviluppo della persona che possano realizzare l’integrazione e la partecipazione nella società dei soggetti disabili: il principio di riferimento deve essere la libertà di scelta di poter vivere al proprio domicilio, così come riportato nelle indicazioni contenute nell’art. 19 della Convenzione Onu e nella linea d’intervento n. 3 del citato Programma d’azione biennale.

Perciò le iniziative progettuali proposte da regioni e province autonome devono essere coerenti con il quadro generale definito dalla precitata linea di intervento che assume, come criteri per l’attivazione, l’accesso e la modulazione dei servizi e delle prestazioni, quelli connessi al riconoscimento e/o valutazione della condizione di disabilità.

Tale condizione è intesa come rischio o costanza di esclusione sociale e di assenza di pari opportunità.

Inoltre, devono essere definiti nei progetti gli *standard* ed i criteri minimi per l’autorizzazione, il funzionamento, il riconoscimento, l’accreditamento dei servizi per la promozione della vita indipendente operanti in forma pubblica o privata nel territorio.

La preconditione di tali *standard* è la garanzia della “partecipazione alla vita comunitaria” da parte della persona disabile nell’erogazione di prestazioni e servizi per i quali deve essere garantita, così come stabilisce la linea 4 d’intervento dello stesso Programma d’azione, una corretta informazione sia sul loro funzionamento che sulle forme

-
- le regioni,
 - le parti sociali.

L’Isfol inoltre ha operato per l’attuazione di una parte rilevante dei programmi operativi nazionali a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali cofinanziati dalla Programmazione 2007-2013 dei fondi strutturali.

Ai sensi della l. 4 novembre 2010, n. 183, l’Isfol ha costituito il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Infine, l’istituto fa parte del Sistema statistico nazionale (Sistan) e collabora con gli organismi e le istituzioni comunitarie.

di tutela.

A tal riguardo devono trovare puntuale realizzazione percorsi formativi in favore delle persone disabili e dei loro familiari per l'accrescimento della consapevolezza rispetto le proprie scelte.

Nella promozione della vita indipendente, intesa come facoltà di compiere autonomamente le proprie scelte e gestire direttamente la propria esistenza, si possono adottare progetti individualizzati (in cui è strettamente necessario il coinvolgimento diretto della persona, con attenzione adeguata nel caso in cui questa non sia in grado di autodeterminarsi) in grado di riguardare vari aspetti della quotidianità che possono investire ambiti diversi quali: l'istruzione, il lavoro, la salute, la mobilità personale e l'accesso alla cultura.

Tali progetti se, da un lato, devono incardinarsi nel più ampio contesto di carattere generale delineato dalla linea 3 d'intervento del citato Programma d'azione biennale, dall'altro devono rispondere a più specifiche esigenze che hanno trovato puntuale definizione anche in sede di Comitato di coordinamento delle sperimentazioni in corso; devono in particolare prevedere, al di là della progettazione, in accordo e condivisione con il cittadino con disabilità, la definizione di un budget integrato di progetto, eventualmente con previsione di investimenti decrescenti in funzione degli obiettivi raggiunti e consolidati, e di una chiara identificazione delle responsabilità di realizzazione e monitoraggio degli interventi.

A tal proposito risulta necessario che gli ambiti territoriali proposti dalle regioni e dalle province autonome, ai sensi dell'art. 8, c. 3, lett. a), della l. 8 novembre 2000, n. 328⁹, nei quali s'intende sperimentare il modello di intervento tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, siano nelle condizioni di sviluppare le progettazioni in un contesto di accordi di collaborazione fra le diverse filiere amministrative (sociale, sanitaria, istruzione e università, di inserimento lavorativo), al fine di implementare interventi che permettano progettazioni integrate; a tal riguardo si è consentito di presentare, in caso di compresenza

⁹ "... Alle regioni spetta, tra l'altro, la determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge".

di diversi ambiti della medesima regione, un'unica iniziativa progettuale che li coinvolga tutti.

Occorre ricordare che i progetti del 2010 prevedevano che le regioni partecipassero ad un bando competitivo ed in conseguenza di ciò qualcuna era stata esclusa.

Nel 2014 e nel 2015, invece, è stata stipulata, senza nessuna gara, una convenzione con le sole regioni che avevano manifestato specifico interesse (praticamente con tutte ad eccezione della Calabria e della provincia autonoma di Bolzano).

Per ciascuna di esse il ministero ha stipulato, pertanto, un protocollo d'intesa analitico in cui ha previsto i tempi di erogazione delle risorse, le modalità di spesa e le risorse ammissibili per progetti per la realizzazione dei quali la competente direzione generale ha potuto verificare qualunque aspetto.

In particolare, la valutazione degli ambiti territoriali, che ai fini dell'ammissibilità del finanziamento al quale la regione o provincia autonoma contribuisce, in forma diretta o tramite l'ambito territoriale candidato, con una quota non inferiore al 20 per cento dell'importo totale del costo della proposta progettuale, è stata affidata ad una apposita commissione nominata dal direttore generale per l'inclusione e le politiche sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

5. Le linee di intervento previste dal Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità

Tra le linee d'intervento previste dal Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, quella specificatamente menzionata all'art. 6 dei decreti di riparto del Fondo per le non autosufficienze¹⁰ sia per l'anno 2014 (decreto 7 maggio 2014), sia per l'anno 2015 (decreto 15 maggio 2015), come già detto, è la linea d'intervento n. 3.

In base a tale articolo, per entrambi i decreti, una quota di quest'ultimo, 10 milioni di euro, così come si vedrà in seguito in dettaglio, deve essere messa a disposizione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per finanziare azioni di natura sperimentale volte

¹⁰ L'art. 1, c. 1265, della l. 27 dicembre 2006, n. 296, dispone che gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo per le non autosufficienze sono adottati dal Ministro della solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 28.

all'attuazione concreta di detta linea di attività del programma: "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società".

Ciò in quanto le altre linee di attività riguardano aspetti non direttamente di competenza del Fondo ovvero difficilmente finanziabili con esso (ad esempio, l'eliminazione delle barriere architettoniche).

La linea d'intervento più facilmente finanziabile con un fondo così strutturato e sulla quale le regioni hanno espresso la loro preferenza, in sede di Conferenza unificata, è apparsa, pertanto, proprio quella relativa all'effettività della "vita indipendente delle persone non autosufficienti".

Più dettagliatamente, questa linea di attività mette in evidenza due aspetti fondamentali per la sua concreta attuazione e cioè:

A. la vita indipendente

per l'applicazione dell'art. 19 della Convenzione Onu (Vita indipendente ed inclusione nella società) con cui sono stati fissati i criteri guida per la concessione di contributi, per la programmazione degli interventi e servizi, nonché per la redazione dei progetti individualizzati.

Essi devono tendere:

a) al contrasto delle situazioni segreganti e delle sistemazioni non rispondenti alle scelte o alla volontà delle persone;

b) alla verifica che i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni.

Nel supporto alla domiciliarità e alla residenzialità si è assunto, come criterio regolatore, che le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione.

Per la parte dei benefici e servizi orientati specificamente ai processi di inclusione sociale è stato rafforzato il dovere del sistema socio-sanitario di elaborare una progettazione personalizzata e di definire un budget integrato anche con previsione di investimenti decrescenti in funzione degli obiettivi raggiunti e consolidati, oltre ad una chiara identificazione delle responsabilità di realizzazione e monitoraggio (*case management*) degli

interventi.

Le norme dovranno garantire la libertà di scelta dei servizi accreditati attivabili a fronte del progetto e la possibilità di forme di finanziamento diretto alla persona;

B. la protezione giuridica delle persone con disabilità e loro autodeterminazione

al fine di rendere la persona con disabilità protagonista della propria vita partecipando, nella misura massima possibile, alle scelte della propria esistenza, della propria salute e del proprio patrimonio e mettendola nelle condizioni di porre in essere atti giuridici che prima le erano negati.

6. Il casellario dell'assistenza

Nel marzo del 2015 è stato istituito il casellario dell'assistenza¹¹, quale parte del Sistema informativo dei servizi sociali (Siss), con cui si dovrà realizzare una banca dati che permetterà di costruire una sorta di “cartella sociale” del cittadino, raccogliendo le informazioni su tutte le prestazioni sociali che gli vengono concesse dall'Inps, dai comuni, dalle regioni, nonché attraverso il canale fiscale.

Il casellario è ubicato presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps).

Gli enti locali e ogni altro ente erogatore di prestazioni sociali e di prestazioni sociali agevolate devono mettere a disposizione del casellario le informazioni di propria competenza. Questo è costituito dalle seguenti componenti:

- a) **banca dati delle prestazioni sociali agevolate** (con prestazioni sociali sottoposte all'Isee);
- b) **banca dati delle altre prestazioni sociali** (con prestazioni di natura assistenziale non sottoposte a Isee);
- c) **banca dati delle valutazioni multidimensionali** (in questo caso si è in presenza di prestazioni sociali che sono associate ad una presa in carico da parte del servizio sociale, e quindi gli enti erogatori mettono a disposizione del casellario le informazioni sulla valutazione multidimensionale: tali informazioni sono organizzate in tre sezioni corrispondenti a tre distinte aree di utenza: 1) infanzia, adolescenza e famiglia-modulo Sinba; 2) disabilità e non autosufficienza-modulo

¹¹ Decreto ministeriale n. 206 del 16 dicembre 2014 (entrato in vigore il 25 marzo 2015).

Sina; 3) povertà, esclusione sociale e altre forme di disagio-modulo Sip).

L'Inps, sentiti il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Garante per la protezione dei dati personali, ha approvato con decreto direttoriale il disciplinare tecnico contenente le misure atte a rendere sicuri i trattamenti dei dati personali nell'ambito della prima componente relativa alle prestazioni sociali agevolate¹².

La banca dati nel suo complesso dovrà essere lo strumento in grado di sviluppare e migliorare la programmazione, la gestione, il monitoraggio e la valutazione, il controllo e le sanzioni in materia di prestazioni sociali.

1. **Programmazione:** le regioni, le province autonome e i comuni, avranno a disposizione le informazioni contenute nella banca dati in forma individuale ma prive di codice fiscale che permetta il collegamento con gli interessati, al fine di programmare al meglio gli interventi in materia di politiche sociali e socio-sanitarie.
2. **Gestione:** la banca dati permetterà agli enti erogatori delle prestazioni di disporre di informazioni individuali, relative alla condizione economica e sociale e alle prestazioni erogate alle persone in condizione di disagio economico e a rischio di esclusione sociale al fine di realizzare una migliore *gestione* degli interventi e delle prestazioni associate a una presa in carico da parte del servizio sociale professionale.
3. **Monitoraggio e valutazione:** la banca dati permetterà al Ministero del lavoro e delle politiche sociali di disporre delle informazioni in forma individuale, ma prive del codice fiscale, al fine di monitorare la spesa sociale e valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, oltre ad elaborazioni a fini statistici, di ricerca e di studio.
4. **Controllo e sanzioni:** la banca dati consentirà ai comuni e agli altri enti erogatori di prestazioni sociali agevolate di irrogare sanzioni per la fruizione illegittima di tali prestazioni sulla base di controlli Isee. Inoltre la banca dati sarà accessibile per i controlli di competenza anche all'Agenzia delle entrate e alla Guardia di finanza.

¹² Il decreto del direttore generale dell'Inps n. 8 del 10 aprile 2015, con le relative istruzioni per l'inserimento dei dati è rinvenibile sul sito dell'Inps al seguente link:
<http://www.inps.it/portale/default.aspx?sID=0%3b10151%3b&lastMenu=10151&iMenu=1>.

7. Il Sistema informativo per la non autosufficienza (Sina)

L'Istat, oggi, può fornire soltanto elementi informativi circa le prestazioni economiche erogate come, ad esempio, le indennità di accompagnamento, le prestazioni per i ciechi, quelle per i sordi, ecc.

L'Istat effettua anche un'indagine denominata “multiscopo” sulle condizioni di salute degli italiani, verificando, sulla base di questionari, la loro capacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana.

Si tratta di un'indagine campionaria che consente di conoscere i bisogni dei cittadini in tema di salute e di qualità della vita, mettendo a disposizione un ampio ventaglio di informazioni sulla diffusione di patologie croniche, salute percepita, condizioni di disabilità, stili di vita e prevenzione, ricorso ai servizi sanitari, inserendosi di fatto in un più ampio sistema integrato di indagini sociali (Sistema di indagini multiscopo sulle famiglie), i cui principali temi indagati sono, a titolo di esempio, le malattie acute e croniche, alcuni tipi di invalidità, le condizioni di disabilità, gli stili di vita e la prevenzione, la valutazione generale del proprio stato di salute, la partecipazione alla vita sociale, ecc. Coloro i quali non riescono a compiere almeno due atti essenziali della vita quotidiana, vengono classificati come non autosufficienti.

Tali informazioni però non sono sufficienti per svolgere una precisa programmazione annuale di assegnazione delle risorse da parte del ministero, ecco perché quest'ultimo sta implementando la sperimentazione di un sistema informativo insieme alle regioni, al fine di ottenere i dati relativi ai soggetti non autosufficienti: il Sistema informativo per la non autosufficienza (in seguito Sina).

In passato non si è riusciti a fare grossi passi in avanti, circa la sperimentazione di un progetto teso alla conoscibilità “globale” del fenomeno delle persone prese in carico dai servizi pubblici, in ragione della loro condizione di disabilità/non autosufficienza.

Lo stesso Garante per la privacy ha ritenuto insufficiente la copertura normativa per avere un quadro complessivo dello “stato dell'arte” fino a far eliminare questa sperimentazione dal piano statistico nazionale.

Già il d.l. n. 5/2012 aveva previsto che il Sina dovesse essere integrato con i flussi informativi del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), la c.d. banca dati sanitaria.

Comunque, a marzo 2015, come indicato nel paragrafo precedente, è stata conclusa la c.d. “parte sociale” ed oggi il Sina, però, non è ancora operativo, se non per la parte relativa

alle prestazioni sociali agevolate (sottoposte ad Isee).

Il Ministero del lavoro, d'intesa con il Ministero della salute, sta provvedendo alla creazione di un'unica banca dati.

La raccolta dei dati richiederà alcuni mesi, ma, a regime, il sistema consentirà di conoscere, per ciascuna persona in stato di necessità, tutte le prestazioni cui accede (prestazioni di carattere nazionale e prestazioni di carattere locale).

In tal modo, il sistema potrebbe rendere più efficace il monitoraggio delle risorse erogate, attraverso una verifica puntuale delle prestazioni rese sia a livello regionale (Fna o altro fondo) che a livello statale.

Attraverso la propria struttura il Sina sarà in grado di predisporre indicatori (condizioni sociali, sanitarie, familiari, ecc. del bisognoso) che si differenzieranno su quattro livelli di non autosufficienza (dal meno grave al più grave). Sarà, così, possibile conoscere i benefici economici attribuiti al soggetto (a seconda, ad esempio, del posto dove è nato o dove risiede) e successivamente, integrando tali informazioni con quelle tratte dal Nsis, operare una valutazione complessiva, non solo di carattere sociale, ma anche di tipo sanitario.

Conseguentemente, sarà possibile effettuare valutazioni circa l'appropriatezza dell'intervento eseguito; per cui, la decisione di utilizzare maggiori risorse economiche nel settore sociale farà ragionevolmente ritenere che si realizzino limitati interventi nell'ambito sanitario attraverso, per esempio, una contrazione dei ricoveri inappropriati, ecc.

Queste valutazioni potranno essere svolte, secondo una stima del Ministero del lavoro, non prima del 2017, quando sarà completato il sistema informatico con una base dati quantitativamente attendibile.

Durante il periodo in cui il Sina sarà utilizzato a livello sperimentale (dodici mesi), il Ministero e la Conferenza unificata stabiliranno a livello regionale, quali saranno i primi enti locali che provvederanno all'inserimento dei dati.

Successivamente, altro tempo sarà necessario, sempre secondo il ministero, per redigere il provvedimento che consentirà l'integrazione dei dati con i flussi informatici del settore "sanitario".

CAPITOLO III

IL RIPARTO DELLE RISORSE DAL 2007 AL 2015

Sommario: 1. I singoli provvedimenti di riparto.

1. I singoli provvedimenti di riparto

Di seguito vengono analizzati, in dettaglio, i singoli provvedimenti di ripartizione dei fondi alle regioni dal 2007 al 2015.

Anno 2007

Con l'art. 1 del d.m. 12 ottobre 2007 (G. U. 23 aprile 2008, n. 96) sono stati attribuiti, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, 99 dei 100 milioni di dotazione del Fna, per provvedere al raggiungimento delle finalità di cui all'art. 2 del decreto stesso.

Il decreto ha specificato che tali risorse dovevano essere destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti individuando, sulla base dell'art. 22 della l. n. 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, il cui raggiungimento si sarebbe dovuto realizzare gradualmente nel tempo:

- a. previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che possano agevolare e semplificare l'informazione, nonché l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- b. attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che possa tener conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente abbia bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c. attivazione o rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Nella tabella 1 allegata al decreto di cui appresso, è stato evidenziato il riparto delle risorse tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano al quale si è giunti facendo uso di criteri basati su indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza e specificati nello stesso art. 1, quali:

- a. la popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60 per cento;
- b. i criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'art. 20, c. 8, l. n. 328/2000, nella misura del 40 per cento.

In particolare, nel d.m. 12 ottobre 2007 si prevedeva la possibilità di modificare ed integrare il decreto stesso negli anni successivi, sulla base delle esigenze che si fossero determinate dalla piena definizione dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti.

La restante quota di un milione di euro dello stanziamento totale del decreto è stata attribuita al Ministero della solidarietà sociale, per la realizzazione delle finalità di cui all'art. 3, ossia per la verifica dell'efficace gestione delle risorse le cui modalità devono, previo accordo in Conferenza unificata, consentire il monitoraggio delle prestazioni e degli interventi attivati, nella prospettiva della costituzione del Sistema informativo nazionale di cui al paragrafo precedente.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, di euro 99.000.000, sono state così distribuite:

Tabella 1 - Risorse anno 2007

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,49	2.465.822,97
Basilicata	1,1	1.091.862,06
Calabria	3,54	3.505.080,92
Campania	8,39	8.306.535,61
Emilia Romagna	8,04	7.957.228,26
Friuli Venezia Giulia	2,35	2.325.233,85
Lazio	8,48	8.394.171,09
Liguria	3,55	3.512.701,80
Lombardia	14,71	14.564.791,95
Marche	2,96	2.933.259,89
Molise	0,71	698.305,37
P.A. di Bolzano	0,74	733.344,42
P.A. di Trento	0,85	845.783,83
Piemonte	7,88	7.797.985,90
Puglia	6,34	6.280.392,67
Sardegna	2,64	2.614.073,59
Sicilia	8,34	8.252.014,25
Toscana	7,23	7.157.034,75
Umbria	1,78	1.759.806,01
Valle d'Aosta	0,25	242.748,17
Veneto	7,64	7.561.822,61
Totale	100	99.000.000,00
Risorse destinate al Min. sol. Sociale		1.000.000,00
TOTALE		100.000.000,00

Fonte: G.U. n. 96 del 23 aprile 2008.

Anni 2008 e 2009

Il d.m. 6 agosto 2008 (G.U. n. 261 del 7 novembre 2008) del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con quello dell'economia e finanze e con il sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega alle politiche della famiglia, acquisita in data 20 marzo 2008 la prescritta intesa della Conferenza unificata, ha provveduto alla ripartizione del Fondo per le non autosufficienze per gli anni 2008 e 2009.

Le risorse disponibili (200 milioni di euro per ciascuno degli anni considerati incrementate, come visto in precedenza, per il 2008 di 100 milioni di euro e di 200 milioni di euro per il 2009, così come previsto dall'art. 2, c. 465, l. 24 dicembre 2007, n. 244 - legge finanziaria 2008) sono state attribuite per un ammontare pari a euro 299 milioni nel 2008 e 399 milioni di euro nel 2009 alle regioni e provincie autonome di Trento e Bolzano per le medesime finalità dell'anno precedente (art. 2), e per un ammontare pari ad un milione in ciascun anno al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali per le finalità attinenti la verifica dell'efficacia della gestione delle risorse ed il monitoraggio delle

prestazioni e dei servizi attivati.

Sulla base degli indicatori già fissati nell'anno precedente, sono state predisposte le seguenti tabelle 1 e 2 che hanno evidenziato, per entrambi gli esercizi finanziari, le somme stanziare a ciascuna regione e provincia autonoma per la realizzazione dei servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, tenuto conto delle aree prioritarie d'intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni già individuate nel 2007 e sopra riportate.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, per il 2008, sono state così distribuite:

Tabella 2 - Risorse anno 2008

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,49	7.432.203,75
Basilicata	1,1	3.298.818,21
Calabria	3,54	10.579.509,43
Campania	8,41	25.149.260,16
Emilia Romagna	7,98	23.859.399,15
Friuli Venezia Giulia	2,33	6.953.107,97
Lazio	8,66	25.896.773,16
Liguria	3,51	10.504.331,44
Lombardia	14,74	44.083.734,18
Marche	2,95	8.811.246,45
Molise	0,7	2.097.901,19
P.A. di Bolzano	0,74	2.214.772,83
P.A. di Trento	0,85	2.539.708,60
Piemonte	7,86	23.510.441,74
Puglia	6,36	19.008.767,46
Sardegna	2,64	7.898.185,72
Sicilia	8,32	24.872.970,70
Toscana	7,18	21.479.781,71
Umbria	1,77	5.294.189,44
Valle d'Aosta	0,35	732.863,21
Veneto	7,63	22.782.033,49
Totale	100	299.000.000,00
Risorse destinate al Min. sol. Sociale		1.000.000,00
TOTALE		300.000.000,00

Fonte: G.U. n. 261 del 7 novembre 2008.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, per il 2009, sono state così distribuite:

Tabella 3 - Risorse anno 2009

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,49	9.917.890,63
Basilicata	1,1	4.402.101,90
Calabria	3,54	14.117.806,90
Campania	8,41	33.560.383,96
Emilia Romagna	7,98	31.839.131,31
Friuli Venezia Giulia	2,33	9.278.562,14
Lazio	8,66	34.557.901,31
Liguria	3,51	14.017.485,99
Lombardia	14,74	58.827.457,99
Marche	2,95	11.758.151,62
Molise	0,7	2.799.540,39
P.A. di Bolzano	0,74	2.955.499,53
P.A. di Trento	0,85	3.389.109,47
Piemonte	7,86	31.373.465,74
Puglia	6,36	25.366.214,76
Sardegna	2,64	10.539.719,40
Sicilia	8,32	33.191.690,00
Toscana	7,18	28.663.655,19
Umbria	1,77	7.064.821,36
Valle d'Aosta	0,25	977.967,97
Veneto	7,62	30.401.442,68
Totale		399.000.000,00
Risorse destinate al Min. sol. Sociale		1.000.000,00
TOTALE		400.000.000,00

Fonte: G.U. n. 262 del 7 novembre 2008.

Così come avvenuto per quello del 2007, anche il decreto di riparto per gli anni 2008 e 2009 ha ribadito che le risorse dovevano essere finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria ed erano aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali.

Le province autonome avrebbero dovuto provvedere alle finalità del suindicato decreto nell'ambito delle competenze ad esse spettanti, ai sensi dello Statuto speciale e delle relative norme di attuazione e secondo quanto disposto dai relativi ordinamenti, nonché da parte delle autonomie locali. Occorre precisare che le prestazioni e i servizi non sono sostitutivi di quelli sanitari.

Anno 2010

Per l'esercizio finanziario 2010 le risorse assegnate dall'art. 2, c. 102, della l. 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) al Fondo per le non autosufficienze sono state pari a

400 milioni di euro.

Il successivo d.m. 4 ottobre 2010 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, all'art. 1, ha poi destinato il 95 per cento di tale somma (380 milioni di euro) alle regioni ed il restante 5 per cento (20 milioni di euro) al Ministero del lavoro e delle politiche sociali che avrebbe dovuto utilizzarli, ai sensi dell'art. 3 del decreto stesso, per finanziare progetti di promozione d'interventi innovativi in favore delle persone non autosufficienti, nonché d'interventi in aree in cui maggiore è il ritardo e la disomogeneità nell'offerta di servizi.

In tal senso è stato previsto il finanziamento di iniziative sperimentali concordate con le regioni e le province autonome volte a:

a) incentivare protocolli di presa in carico attraverso strumenti di valutazione delle condizioni funzionali della persona coerenti con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità;

b) avviare percorsi di de-istituzionalizzazione e strutturare interventi per il cosiddetto "dopo di noi";

c) innovare e rafforzare l'intervento con riferimento a particolari patologie neuro-degenerative quali la malattia di Alzheimer;

d) rafforzare il supporto alle famiglie delle persone in stato vegetativo o in condizione di disabilità estrema;

e) eventuali altre iniziative con finalità analoghe.

Con le risorse derivanti dalla quota ministeriale, si è prevista la possibilità di finanziare ulteriori sviluppi del Sina, il "Sistema informativo degli interventi per le persone non autosufficienti" pervenuto, come detto in precedenza, alla fase di sperimentazione e al quale le regioni e le province autonome stanno concorrendo nel rispetto dei sistemi informativi regionali con i quali il nuovo sistema deve raccordarsi.

A tale scopo è stato previsto che, anche ai fini del monitoraggio dei flussi finanziari, le regioni debbano comunicare i dati necessari relativi ad interventi, trasferimenti effettuati e progetti finanziati con le risorse del fondo stesso al pari delle procedure adottate per favorire l'integrazione socio-sanitaria nella programmazione degli interventi.

In particolare, il 95 per cento dello stanziamento per il 2010 del fondo, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, è stato destinato alle realizzazioni di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta

integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, tenuto conto delle aree prioritarie d'intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno *standard* ai sensi dell'art. 2, c. 2, lett. f), della l. 5 maggio 2009, n. 42, che, per il 2010, hanno riguardato:

a) l'attivazione o il rafforzamento della rete territoriale ed extra-ospedaliera di offerta di interventi e servizi per la presa in carico personalizzata delle persone non autosufficienti per favorire la permanenza a domicilio e in ogni caso l'appropriatezza dell'intervento, alla luce della programmazione degli interventi sociali integrati con la programmazione sanitaria;

b) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia anche attraverso l'incremento delle ore di assistenza tutelare e/o l'incremento delle persone prese in carico sul territorio regionale. Eventuali trasferimenti monetari sono stati condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base di un progetto personalizzato e in tal senso monitorati.

Le risorse finanziarie del Fna nella disponibilità di regioni e province autonome per questo esercizio, sono state ripartite utilizzando i criteri adottati negli anni precedenti e basati sui medesimi indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza: popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni (nella misura del 60 per cento); criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'art. 20, c. 8, l. n. 328/2000 (nella misura del 40 per cento). Per un riepilogo si veda la tabella che segue.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, per il 2010, pari ad euro 380.000.000, sono state così distribuite:

Tabella 4 - Risorse anno 2010

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,48	9.414.702,98
Basilicata	1,11	4.222.857,45
Calabria	3,56	13.527.132,79
Campania	8,45	32.110.318,93
Emilia Romagna	7,92	30.101.989,39
Friuli Venezia Giulia	2,29	8.717.480,19
Lazio	8,78	33.368.015,62
Liguria	3,47	13.189.332,92
Lombardia	14,87	56.494.672,88
Marche	2,89	10.970.264,58
Molise	0,7	2.656.692,76
P.A. di Bolzano	0,83	3.171.708,98
P.A. di Trento	0,75	2.862.221,35
Piemonte	7,85	29.844.989,91
Puglia	6,38	24.241.395,86
Sardegna	2,67	10.130.546,24
Sicilia	8,31	31.583.125,62
Toscana	7,09	26.949.782,46
Umbria	1,75	6.648.927,72
Valle d'Aosta	0,24	929.319,60
Veneto	7,6	28.864.521,78
Totale	100	380.000.000,00
Risorse destinate al Min. sol. Sociale		20.000.000,00
TOTALE		400.000.000,00

Fonte: G.U. n. 8 del 12 gennaio 2011.

Per quanto concerne le modalità di erogazione delle risorse del fondo, il decreto di riparto ha previsto che le regioni avrebbero dovuto comunicare le modalità di attuazione degli interventi al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il quale poi avrebbe dovuto provvedere all'erogazione delle risorse finanziarie a ciascun ente una volta valutata, entro trenta giorni dalla ricezione, la coerenza con le finalità di cui all'art. 2 del decreto stesso.

A partire da questo esercizio finanziario, per effetto del disposto del c. 109, art. 2, della l. 23 dicembre 2009, n. 191, e in applicazione della circolare n. 128699 del 5 febbraio 2010 del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - Ministero dell'economia e delle finanze, la quota riferita alle province autonome di Trento e Bolzano è stata calcolata al solo fine di consentire al Ministero del lavoro e delle politiche sociali la comunicazione del relativo ammontare al Ministero delle finanze, per poter operare le conseguenti variazioni di bilancio in riduzione dei succitati stanziamenti¹³.

¹³ Infatti, la legge finanziaria 2010, in conformità con il disposto dell'art. 8, c. 1, lett. f), l. n. 42 del 5 maggio 2009 per il quale, al fine di adeguare le regole di finanziamento alla diversa natura delle funzioni spettanti alle regioni nonché al principio di autonomia di entrata e di spesa fissato dall'art. 119 Cost., ha provveduto alla soppressione dei trasferimenti statali diretti al finanziamento delle spese riconducibili al vincolo dell'art.

Anno 2011

L'elenco 1 allegato alla l. 13 dicembre 2010, n. 220, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011) ha assegnato, al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2011, 100 milioni di euro. Tali risorse sono state destinate, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e, "in particolare, al fine di evitare fratture nella continuità assistenziale e condizioni di improprio abbandono delle famiglie", attraverso:

a) progetti finalizzati a realizzare o potenziare percorsi assistenziali domiciliari che consentano una presa in carico globale della persona affetta e dei suoi familiari, atteso che il domicilio della persona con Sla rappresenta il luogo d'elezione per l'assistenza per la gran parte del corso della malattia;

b) interventi volti a garantire il necessario supporto di assistenti familiari per un numero di ore corrispondente alle differenti criticità emergenti con l'evoluzione della malattia, inclusa l'attivazione di specifici percorsi formativi per assistenti familiari per pazienti affetti da Sla che coprano gli aspetti legati alle diverse aree di bisogno (motoria, respiratoria, nutrizionale, della comunicazione, della dimensione domiciliare);

c) interventi volti al riconoscimento del lavoro di cura del familiare - *caregiver*¹⁴ in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato in tal senso monitorato.

Il decreto di riparto delle risorse stanziare, il d.m. 11 novembre 2011 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali non ha previsto, al contrario di quanto accaduto per gli anni precedenti, alcuna quota da destinare allo stesso ministero per l'effettuazione di iniziative sperimentali concordate con le regioni o provincie autonome. E' stato regolato, per converso, che le regioni possano, d'intesa con lo stesso Ministero del lavoro (anche tramite protocolli e nel limite massimo dell'1 per cento delle risorse assegnate) effettuare attività di

117, 2° c., lett. m), Cost. (determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale) ad eccezione dei contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento dei mutui contratti dalle regioni. Sono stati pertanto abrogati gli artt. 5 e 6 della l. 30 novembre 1989, n. 386 "Norme per il coordinamento della finanza della Regione Alto Adige e delle provincie autonome di Trento e Bolzano con la riforma tributaria".

¹⁴ Colui che si prende cura e che si riferisce a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile.

ricerca finalizzata alla ottimizzazione dei modelli assistenziali per migliorare la qualità della vita del paziente e per prevenire le complicanze, anche attraverso il monitoraggio e la valutazione degli interventi posti in essere.

A tal proposito, l'art. 2, c. 2, dell'accordo in Conferenza unificata del 25 maggio 2011, ha stabilito che le regioni debbano favorire e facilitare l'accesso ai percorsi di presa in carico assistenziale collaborando con le associazioni di utenti attive nella loro area. Non sono state previste novità rispetto agli anni precedenti relativamente ai criteri utilizzati per il riparto delle risorse così come alle modalità di erogazione delle somme e al monitoraggio delle iniziative intraprese. Si riporta di seguito il dettaglio delle risorse destinate per il 2011 alle regioni e province autonome, 100.000.000 di euro così distribuiti:

Tabella 5 - Risorse anno 2011

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,34	2.340.000
Basilicata	1,07	1.070.000
Calabria	3,54	3.540.000,00
Campania	9,07	9.070.000,00
Emilia Romagna	7,42	7.420.000
Friuli Venezia Giulia	2,21	2.210.000
Lazio	9,08	9.080.000
Liguria	3,07	3.070.000
Lombardia	15,49	15.490.000
Marche	2,67	2.670.000
Molise	0,65	650.000
P.A. di Bolzano	0,79	790.000
P.A. di Trento	0,85	850.000
Piemonte	7,61	7.610.000
Puglia	6,62	6.620.000
Sardegna	2,87	2.870.000
Sicilia	8,36	8.360.000
Toscana	6,62	6.620.000
Umbria	1,61	1.610.000
Valle d'Aosta	0,25	250.000
Veneto	7,81	7.810.000
Totale	100	100.000.000
Risorse destinate al Min. sol. sociale		----
TOTALE		100.000.000

Fonte: G.U. n. 118 del 22 maggio 2012.

Anno 2012

Non sono state attribuite, in questo esercizio, risorse finanziarie al Fondo per le non autosufficienze.

Anno 2013

Le risorse per l'anno 2013, che l'art. 1, c. 272, della legge di stabilità 2013 (l. 24 dicembre 2012, n. 228) ha fissato in 275 milioni di euro, sono state destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti (comprese quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica) individuate le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, quali:

a) la previsione o il rafforzamento, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali (livello Asl, comunale, intercomunale coincidenti con le attività programmatiche), così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

b) l'attivazione o il rafforzamento della presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

c) l'implementazione di modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi professionali Uvm, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti forniti dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

d) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

e) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato e in tal senso monitorati;

f) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo.

Il d.m. 20 marzo 2013 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha ripartito, in base ai noti criteri esposti in precedenza, le risorse disponibili per l'anno, prevedendo che eventuali incrementi del Fondo per le non autosufficienze dovessero essere ripartiti in base agli stessi metodi con le quote (percentuali sul totale) come da tabella sotto riportata.

Inoltre, il decreto di riparto ha impegnato le regioni ad utilizzare le risorse ripartite prioritariamente, per una quota non inferiore al 30 per cento, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

In questo computo sono stati inclusi anche gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Infine, l'art. 4 del d.m. 20 marzo 2013 ha stabilito che, al fine di facilitare attività socio-sanitarie assistenziali integrate ed ai fini della razionalizzazione della spesa, le regioni si impegnino ad adottare ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale, prevedendo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'art. 8 della l. 8 novembre 2000, n. 328, trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari.

Inoltre, le regioni debbono formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, socio-sanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, pari ad euro 275.000.000, sono state così distribuite:

Tabella 6 - Risorse anno 2013

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,44	6.710.000
Basilicata	1,11	3.052.500
Calabria	3,52	9.680.000
Campania	8,37	23.017.500
Emilia Romagna	7,9	21.725.000
Friuli Venezia Giulia	2,27	6.242.500
Lazio	8,71	23.952.500
Liguria	3,41	9.377.500
Lombardia	15,11	41.552.500
Marche	2,89	7.947.500
Molise	0,69	1.897.500
P.A. di Bolzano	0,76	2.090.000
P.A. di Trento	0,84	2.310.000
Piemonte	7,91	21.752.500
Puglia	6,44	17.710.000
Sardegna	2,7	7.425.000
Sicilia	8,25	22.687.500
Toscana	7,02	19.305.000
Umbria	1,74	4.785.000
Valle d'Aosta	0,25	687.500
Veneto	7,67	21.092.500
Totale	100	275.000.000
Risorse destinate al Min. lavoro e s.s.		-----
TOTALE		275.000.000

Fonte: G.U. n. 173 del 25 luglio 2013.

Anno 2014

Le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2014, pari a 350 milioni di euro, sono state attribuite, per una quota pari a 340 milioni di euro, alle regioni e alle province autonome, salvo, per queste ultime, prevederne l'indisponibilità all'art. 7 del decreto di riparto per l'anno, emanato in data 7 maggio 2014 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, e per una quota pari a 10 milioni di euro, allo stesso Ministero del lavoro, che ha dovuto impegnarla per porre in essere azioni di natura sperimentale volte all'attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con d.p.r. 4 ottobre 2013, relativamente alla linea di attività "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società".

Tali fondi sono stati attribuiti ai territori coinvolti nella sperimentazione per il tramite delle regioni e delle province autonome sulla base di linee guida adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Le regioni, da parte loro, hanno destinato le risorse della quota loro assegnata alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali in favore di persone non autosufficienti, una volta individuate le aree prioritarie d'intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, aree che, essendo le medesime del 2013, il ministero ha ritenuto superfluo indicare di nuovo, al pari dei criteri utilizzati per il riparto delle risorse tra regioni, delle modalità d'integrazione socio-sanitaria, dell'erogazione e del monitoraggio degli interventi adottati che non hanno presentato sostanziali novità nel succitato decreto rispetto a quelli degli anni precedenti.

Inoltre, come per la precedente annualità, il decreto ha impegnato le regioni ad usare le risorse prioritariamente per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e ha stabilito, ai fini dell'applicazione del decreto stesso, cosa si debba intendere per disabilità gravissima.

Tuttavia, unitamente al decreto di riparto, è stato approvato dalla Conferenza unificata un accordo integrativo che ha indicato una maggiore quota di destinazione delle risorse per gli interventi di assistenza domiciliare diretta e indiretta a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima (dal 30 per cento stabilito dal decreto al 40 per cento individuato dall'accordo) e ha precisato ulteriormente la definizione di disabilità gravissima.

In particolare, l'accordo ha stabilito che per condizione di disabilità gravissima si debba intendere quella delle persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psicofisica.

Come si vede, una definizione maggiormente dettagliata e puntuale rispetto a quella offerta nei decreti di riparto del 2013 e nello stesso decreto 2014.

Di seguito si riporta la tabella con le quote di risorse destinate alle singole regioni, in base ai criteri di cui all'art. 1 del citato d.m. 7 maggio 2014, pari ad euro 340.000.000, che sono stati così distribuiti:

Tabella 7 - Risorse anno 2014

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,44	8.296.000
Basilicata	1,11	3.774.000
Calabria	3,53	12.002.000
Campania	8,4	28.560.000
Emilia Romagna	7,83	26.622.000
Friuli Venezia Giulia	2,26	7.684.000
Lazio	8,83	30.022.000
Liguria	3,38	11.492.000
Lombardia	15,21	51.714.000
Marche	2,87	9.758.000
Molise	0,69	2.346.000
P.A. di Bolzano	0,76	2.584.000
P.A. di Trento	0,84	2.856.000
Piemonte	7,87	26.758.000
Puglia	6,43	21.862.000
Sardegna	2,71	9.214.000
Sicilia	8,25	28.050.000
Toscana	6,98	23.732.000
Umbria	1,71	5.814.000
Valle d'Aosta	0,25	850.000
Veneto	7,65	26.010.000
Totale	100	340.000.000
Risorse destinate al Min. sol. Sociale		10.000.000
TOTALE		350.000.000

Fonte: G.U. n. 214 del 15 settembre 2014.

Anno 2015

La legge di stabilità 2015 (l. 23 dicembre 2014, n. 190), all'art. 1, c. 159, ha previsto per l'anno trascorso un incremento del Fondo per le non autosufficienze di 400 milioni di euro per l'anno 2015 e di 250 milioni di euro annui a decorrere dal corrente anno.

Il decreto di riparto per il 2015, emanato il 14 maggio e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 3 agosto dello stesso anno, ha sancito sempre l'attribuzione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali di una quota pari a 10 milioni di euro per progetti in materia di vita indipendente, azioni cioè di natura sperimentale volte all'attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con d.p.r. 4 ottobre 2013, relativamente alla linea di attività n. 3: *“Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società”*.

Anche in questo caso, le risorse attribuite ai territori coinvolti nella sperimentazione per il tramite delle regioni e delle province autonome sono state regolate sulla base di linee guida adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

La restante parte dello stanziamento previsto per l'anno, 390 milioni di euro, è stata invece attribuita alle regioni e destinata alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, tenuto conto dell'art. 22, c. 4, l. 8 novembre 2000, n. 328¹⁵.

Tali risorse finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale e dell'assistenza socio-sanitaria sono state ritenute, anche in questo caso, aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali così come le prestazioni e i servizi di cui in precedenza non sono sostitutive, ma aggiuntive e complementari, a quelli sanitarie. Nel decreto è stato, altresì, specificato che, per il 2015, fosse concessa la possibilità di finanziare, nei limiti del 10 per cento della quota di risorse assegnata a ciascuna regione e ferma restando la copertura dei soli costi di rilevanza sociale, le seguenti aree di intervento:

a) previsione o rafforzamento, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui all'art. 4, c. 1, lett. a), del presente decreto, da parte di aziende sanitarie e comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

b) attivazione o rafforzamento di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e

¹⁵ "... le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno *standard* ai sensi dell'art. 2, c. 2, lett. f), l. 5 maggio 2009, n. 42:

- a) attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- b) previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui al c. 2, lett. b), e in tal senso monitorati;
- c) previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lett. b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea".

quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

c) implementazione di modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi professionali Uvm, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

Così come previsto nel 2014, anche per l'anno scorso è stata destinata una quota di 10 milioni di euro, a valere sul Fondo per le non autosufficienze, che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha attribuito ai territori coinvolti nella sperimentazione per il tramite delle regioni e delle province autonome sulla base di linee guida da esso stesso adottate, ad azioni di natura sperimentale volte all'attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (adottato con d.p.r. 4 ottobre 2013) relativamente alla linea di attività n. 3: *“Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società”*.

I criteri utilizzati per il riparto dei fondi alle regioni, che hanno fissato una situazione fotografata nella tabella sotto riportata, anche per il 2015 sono stati i medesimi degli anni precedenti:

- a. popolazione residente, per regione, d'età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60 per cento;
- b. criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'art. 20, c. 8, l. n. 328/2000, nella misura del 40 per cento.

Le risorse destinate alle regioni e province autonome, euro 390.000.000, sono state così distribuite:

Tabella 8 - Risorse anno 2015

Regioni	Quota per cento	Risorse
Abruzzo	2,46	9.594.000
Basilicata	1,12	4.368.000
Calabria	3,55	13.845.000
Campania	8,49	33.111.000
Emilia Romagna	7,94	30.966.000
Friuli Venezia Giulia	2,3	8.970.000
Lazio	9,03	35.217.000
Liguria	3,42	13.338.000
Lombardia	15,55	60.645.000
Marche	2,91	11.349.000
Molise	0,69	2.691.000
P.A. di Bolzano		
P.A. di Trento		
Piemonte	8,02	21.278.000
Puglia	6,54	25.506.000
Sardegna	2,76	10.764.000
Sicilia	8,36	32.604.000
Toscana	7,09	27.651.000
Umbria	1,74	6.786.000
Valle d'Aosta	0,25	975.000
Veneto	7,78	30.342.000
Totale	100	390.000.000
Risorse destinate al Min. lavoro e s.s.		10.000.000
TOTALE		400.000.000

Fonte: G.U. n. 178 del 3 agosto 2015.

CAPITOLO IV

L'ATTIVITÀ DELLE REGIONI E L'ATTIVITÀ DI IMPULSO DEL MINISTERO DEL LAVORO

Sommario: 1. L'attività delle regioni. - 2. I criteri di riparto adottati dal Ministero del lavoro. - 3. Il ruolo di impulso del Ministero del lavoro.

1. L'attività delle regioni

Così come in precedenza illustrato, nel Fondo per le non autosufficienze affluiscono risorse per le quali, con l'intesa delle regioni, si definiscono gli ambiti di utilizzo e per i quali le stesse sono assolutamente autonome, sia nelle modalità organizzative che di spesa.

Si conferma pertanto l'assoluta mancanza di capacità operativa in tal senso da parte del ministero, se non quella di una sua verifica *ex post* amministrativo-contabile in relazione all'erogazione delle specifiche risorse.

A partire dal 2010 il ministero ha cercato, con riguardo alle regioni, di condizionarne, se non altro, la programmazione, imponendo alle stesse l'invio di un atto *ad hoc* che precedesse l'erogazione delle risorse del fondo.

In precedenza, sulla base dell'intesa acquisita in Conferenza unificata, non rientrava tra i compiti del ministero valutare la coerenza della programmazione con gli obiettivi definiti nell'intesa stessa.

Anche per le risorse riguardanti il Fondo per le politiche sociali, il ministero ha cercato di condizionare la programmazione delle regioni.

La ripartizione di questo fondo ha preso in considerazione tre grandi aree:

- 1) minori e famiglia,
- 2) disabilità e autosufficienza,
- 3) povertà.

In sostanza, il Ministero del lavoro ha voluto trattare in egual modo i due fondi, rientrando il finanziamento delle politiche per la disabilità e non autosufficienza, oltre che nel Fna, anche nell'ambito di azione del Fnps.

La differenza col Fondo politiche sociali sta nel fatto che il Fna, essendo un fondo particolare, è sicuramente destinato alla risoluzione di problematiche legate all'aspetto "dell'autonomia" della persona, fatta salva la necessità di rispettare alcuni presupposti

fissati dal ministero in sede di intesa unificata¹⁶ quali ad esempio, prevedere l'istituzione o il rafforzamento di “punti unici di accesso” che garantiscano l'accoglienza e l'informazione sulle opportunità e le tipologie di assistenza disponibili, anche in funzione della prevenzione dell'aggravamento della condizione di non autosufficienza, e che agevolino e semplifichino l'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, incluso il percorso di ricovero, per ragioni di temporaneo sollievo dei familiari o conviventi, ma, più in generale, che leghino gli interventi specifici anche all'assistenza domiciliare.

Oggi, la situazione della “non autosufficienza” appare molto variegata a livello locale con grossa eterogeneità del sistema derivante dalle differenti scelte di politica sociale operate dalle regioni.

Se, per esempio, a Reggio Emilia una parte significativa del bilancio locale viene destinata all'erogazione di servizi sociali, in altre province italiane le risorse finanziarie destinate alla non autosufficienza sono assai limitate.

Le scelte politiche di gestione perciò sono essenzialmente locali e la motivazione è di facile comprensione: le spese complessive per le politiche sociali nel nostro paese attualmente ammontano a circa 7 miliardi di euro all'anno. La somma dei due fondi, politiche sociali e non autosufficienze, nel periodo del loro massimo culmine, approssimativamente non è arrivata neppure a superare un miliardo di euro.

Si comprende, così, come la spesa sia fortemente a carico dei comuni ed essenzialmente basata sulla finanza locale che deve farsi carico di colmare il fabbisogno finanziario.

Il Fondo statale per le politiche sociali, di per sé, non ha una grossa rilevanza. Se è vero che in alcune regioni contribuisce in modo significativo (come ad esempio nel Mezzogiorno, in assenza di queste risorse nazionali molti servizi dovrebbero essere soppressi ed anzi alcuni di essi sono stati istituiti unicamente perché sono pervenute alle regioni le risorse del fondo), in altre realtà le risorse del fondo pervenute al bilancio regionale (e, conseguentemente, ai comuni) rappresentano solo una parte, talvolta ristretta, con la quale fronteggiare le ben più ingenti spese derivanti dall'erogazione di servizi sociali molto importanti come, ad esempio, l'assistenza domiciliare ai malati¹⁷.

¹⁶ A tal proposito i primi decreti di riparto si rifacevano ai principi del già citato disegno di legge collegato alla finanziaria 2008 che poi non è stato più ripresentato dal nuovo Governo.

¹⁷ Le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza dell'Emilia-Romagna per il 2014 si sono confermate superiori al totale del Fondo nazionale, previsto per tale anno per tutte le regioni in 350 milioni di euro. Infatti, la quota del Fondo nazionale riconosciuta a tale regione, per il 2014, è stata di soli 26,6 milioni, mentre il

La grande considerazione che il tema della non autosufficienza ha sempre goduto nel paese tra le problematiche di carattere sociale spiega come, in alcune regioni, sia stato istituito, accanto al fondo nazionale, un “Fondo regionale per le non autosufficienze” (Frna). La maggior parte delle regioni lo hanno istituito tramite apposita legge regionale ovvero con una norma *ad hoc* inserita in più ampi contesti¹⁸.

In taluni casi, per provvedere al finanziamento dei servizi socio-assistenziali è stato utilizzato lo strumento della deliberazione della Giunta regionale, come nella Regione Abruzzo, che ha provveduto inizialmente a finanziare il Frna con d.g.r. n. 866/2006 e, successivamente, con d.g.r. n. 1281/2007.

Ancora, a titolo di esempio, la Regione Veneto, che in prima battuta ha provveduto al finanziamento dei servizi socio-assistenziali per le persone non autosufficienti attraverso la d.g.r. n. 870/2008 e solo successivamente ha emanato la l. reg. n. 23/2012 rubricata “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria”, per il quadriennio 2012/2016, ha introdotto importanti elementi di novità per l’assistenza alle persone con disabilità.

Da evidenziare come in molte regioni (v. Toscana, Basilicata, Emilia-Romagna), il Frna venga di fatto integrato con il Fna nazionale.

Da ciò il ministero ha segnalato che promanano talvolta delle difficoltà di rendicontazione di quest’ultimo.

Va evidenziato inoltre, che le vicende del Fondo per le non autosufficienze sono state influenzate, in questi ultimi anni, anche da alcuni movimenti ed azioni ad opera di comitati di particolari categorie di malati.

E’ il caso di citare il più importante: quello dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (Sla).

Nell’anno 2011 il fondo era stato azzerato (si ricorda che nel 2012 non ci sono stati stanziamenti che sono ripresi, con regolarità, solo nel 2013); successivamente, con il decreto c.d. “mille proroghe”, a seguito di una sentita manifestazione di un comitato di malati di Sla, sono stati destinati al fondo, per far fronte unicamente alle esigenze di questi ultimi, 100 milioni di euro.

finanziamento complessivo del Fondo regionale per la non autosufficienza è stato di 457,2 milioni (contro i 452,3 milioni del 2013).

¹⁸ E’ il caso della Lombardia (l. reg. n. 3/2008), del Friuli-Venezia Giulia (art. 41, l. reg. n. 6/2006), della Liguria (art. 47, l. reg. n. 12/2006), del Lazio (l. reg. n. 20/2006), della Toscana (l. reg. n. 66 del 18 dicembre 2008), della Basilicata (l. reg. n. 4/2007, art. 4).

A richiesta di questa Corte, sul quadro complessivo dei beneficiari il ministero non è stato in grado di dare una risposta precisa.

Tuttavia, a breve, saranno disponibili i dati richiesti con il questionario 2013 che sono relativi alle disabilità gravissime, tra cui quelle che derivano dalla Sla.

La competente Direzione generale del Ministero del lavoro ha già peraltro richiesto alle regioni di provvedere all'invio anche di dati riferiti al 2014.

Questo perché il ministero condiziona la liquidazione delle risorse sulla base della rendicontazione dell'utilizzo nel secondo anno solare precedente.

Relativamente alla Sla, alcune regioni, come la Sardegna, hanno deciso di attribuire le risorse loro destinate ai malati di questa patologia per mezzo dello strumento dell'assegno di cura; altre invece hanno preferito concentrarsi su interventi più complessi.

A titolo puramente esemplificativo possono citarsi gli interventi adottati dalla Regione Toscana, volti a garantire il necessario supporto di assistenti familiari per un numero di ore corrispondenti alle differenti criticità emergenti con l'evoluzione della malattia, e al riconoscimento del lavoro di cura del familiare assistente (il cosiddetto *caregiver*), in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato e monitorato.

L'assegno di cura della Toscana, infatti, è servito a sostenere la permanenza al proprio domicilio della persona con Sla, sulla base di un progetto finalizzato a potenziare percorsi assistenziali domiciliari che hanno consentito una presa in carico globale della persona e dei suoi familiari, progetto che si fonda sul convincimento che il domicilio della persona con Sla rappresenti il luogo d'elezione per l'assistenza al malato durante il corso della malattia.

Ancora, in Umbria la quota del Fna 2011 è stata utilizzata per assegni di cura e per l'erogazione di ausili tecnologici per la comunicazione, in un quadro di percorsi assistenziali regionali specifici i cui obiettivi miravano, fra l'altro, alla creazione di un Gruppo tecnico multidisciplinare regionale che ricompredesse esperti regionali di tutte le discipline coinvolte nei percorsi assistenziali specifici della popolazione Sla regionale, e alla creazione di un approccio organizzativo basato sul modello del Percorso assistenziale integrato (Pai) personalizzato, con presa in carico del paziente Sla ed avendo individuati i soggetti di riferimento (*caregivers*) responsabili del coordinamento assistenziale, per ogni tratto del percorso medesimo.

Anche la Regione Friuli-Venezia Giulia, infine, ha promosso lo sviluppo di servizi che potessero assistere direttamente a domicilio il paziente affetto da Sla, e con le risorse assegnate tramite il Fna 2011 ha posto in essere azioni per integrare e potenziare l'intervento di sostegno economico già assicurato dalla regione tramite fondi propri grazie a interventi finalizzati a realizzare o potenziare percorsi assistenziali domiciliari che hanno consentito una presa in carico globale della persona affetta da Sla e dei suoi familiari ed il necessario supporto di "assistenti familiari", per un numero di ore corrispondente alle criticità emergenti con l'evoluzione della malattia. Anche il Friuli ha posto in essere interventi rivolti al riconoscimento del lavoro di cura del familiare "caregiver" in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato e monitorato.

Molte regioni hanno, peraltro, deciso di trasferire il finanziamento relativo all'anno 2011 sulle annualità successive (anche per far fronte ai mancati rifinanziamenti del 2012), in considerazione del protrarsi del tempo necessario per emettere i provvedimenti che consentissero di trasferire i fondi stessi nella disponibilità dello stato di previsione del ministero, da questo alle regioni e da queste ultime agli ambiti locali territoriali responsabili, in concreto, della programmazione sociale.

Nonostante i tempi ristretti, il ministero è comunque riuscito ad assicurare, per i fondi 2011, la ripartizione delle risorse del Fna alle regioni nel dicembre dello stesso anno.

2. I criteri di riparto adottati dal Ministero del lavoro

Va precisato che il Fna è stato ideato, originariamente, per fronteggiare le esigenze dell'anziano non autonomo, nel contesto di un più ampio dibattito sulle esigenze connesse all'evoluzione demografica in corso e all'invecchiamento della popolazione.

Nei criteri di riparto tra regioni, assumendo come uniforme l'incidenza tra le regioni del numero di anziani non autosufficienti, è stata inserita, come quota per definire l'anziano, come detto in precedenza, quella degli over 75; nella ripartizione del suddetto fondo, il ministero ha sempre tenuto in giusta considerazione anche il fatto che, con il Fnps si è inteso aiutare maggiormente le regioni del Mezzogiorno, in media più povere di quelle del centro-nord, mentre il Fna ha avuto anche lo scopo di compensare questo aspetto di disparità.

Dopo i noti fatti del 2011, una nuova protesta dei malati di Sla ha fatto sì che, a partire dal 2013, le risorse del Fna venissero destinate, nella misura di circa il 40 per cento, non solo

per le disabilità conseguenti a tale malattia ma, più in generale, anche a quelle definite “gravissime”. Tale definizione è stata individuata nell’accordo in sede di Conferenza unificata del 5 agosto 2014 secondo cui si è inteso, per tale condizione, quella delle persone in situazione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l’integrità psico-fisica.

Il ministero, vista l’importanza dell’informazione circa il numero degli affetti da disabilità gravissime (la cui comunicazione da parte delle regioni e province autonome non costituisce, tuttavia, condizione necessaria per la liquidazione delle risorse del Fna), ha comunicato di avere in corso una intensa attività di sollecitazione alle regioni per acquisire dati completi e, soprattutto, omogenei fra di loro. Al momento risulta la seguente situazione:

Tabella 9 - Monitoraggio 2013: Persone con disabilità gravissima assistite

Regione	Tipologia	Totale n. disabili	Note
ABRUZZO	Sla n. 8; disabilità gravissima n. 819;	827	
BASILICATA	affetti da Sla n. 26	26	
CALABRIA			rilevazione in corso
CAMPANIA	disabili gravissimi senza distinzione di patologie inclusi malati di Sla	3.858	
EMILIA ROMAGNA	gravi cerebrolesi n. 73 (di cui 11 in stato vegetativo) - mielolesioni n. 22 - patologie cronico degenerative n. 157 (di cui Sla n. 5) - demenze con gravi disturbi del comportamento n. 1297 - altre disabilità comunque bisognose di assistenza vigile 24 ore n. 471	2.020	
FRIULI VENEZIA GIULIA	Gca n. 99; mielolesioni n. 17; patologie neurologiche n. 198; Sla n. 60	374	
LAZIO	(*)	4.244	la regione specifica che il dato disponibile è parziale ed è relativo all'anno 2014. La stessa ha sollecitato l'invio dei dati agli ambiti territoriali con scadenza marzo 2016, fornirà ulteriori aggiornamenti quando disponibili.
LIGURIA	affetti da Sla	91	
LOMBARDIA	32% con malattie del motoneurone - 8% in stato vegetativo - 60% con altre disabilità, in particolare Locked-In, Corea di Huntington, distrofia, miopatia sclerosi multipla	2.274	
MARCHE	disabilità fisica n. 327; intellettiva n. 266; plurima n. 566; sensoriale n. 11; autismo n. 61; Sla n. 132	1.363	
MOLISE	affetti da Sla n. 27	378	
PIEMONTE	non specifica le tipologie	3.431	è stata inviata una e-mail di richiesta dati
PUGLIA	affetti da Sla	450	
SARDEGNA	n. 33 in stato vegetativo; n. 138 con gravi patologie croniche degenerative non reversibili	171	
SICILIA	non specifica le tipologie	1.598	
TOSCANA	Sla e malattie dei motoneuroni	238	
UMBRIA	numero di persone in ricoveri di sollievo	132	deve aggiornare ulteriormente
VENETO	respirazione/ventilazione assistita n. 38 - dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali n. 187 - respirazione ventilazione assistita e dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali n. 188 - dipendenza vitale (dichiarazione medico specialista) n. 252	665	
VALLE D'AOSTA			dati non inseriti

Fonte: Ministero del lavoro.

(*) Alzheimer n. 210; Sla n. 360; tetraparesi spastica con grave deficit motorio n. 359; sclerosi multipla a tetraparesi spastica con ritardo mentale leucostrofia n. 27; parkinsonismo n. 129; stato vegetativo n. 22; distrofie n. 1; cerebropatia n. 39; distonie e malattie demielinizzate n. 2290; demenze in fase avanzata n. 494; cerebropatie congenite acquisite n. 86; malattie neurodegenerative n. 31; esiti gravi di incidenti cerebrovascolari n. 33; patologie sistemiche gravi n. 9; patologie derivanti da malattie genetiche n. 2; *handicap* grave in condizioni di dipendenza vitale n. 5; coma vigile n. 1; tetraplegia n. 28; tumori n. 9; stato di minima coscienza n. 2; distrofia di Duchenne n. 3.

Nel caso in cui le regioni non avessero ancora terminato di spendere le risorse relative ai due anni precedenti, il ministero provvederebbe comunque ad impegnare le somme ancora da utilizzare. Queste ultime verranno poi liquidate man mano che tali enti lo richiederanno.

E' la Direzione generale inclusione e politiche sociali del Ministero del lavoro che impegna i fondi stanziati sul capitolo di bilancio; le regioni invece effettuano un'operazione di accertamento in entrata.

Le regioni, in sostanza, per vedersi direttamente erogare dal ministero le risorse relative al Fna, devono essere in regola con l'assolvimento delle incombenze relative: sia alla programmazione (che deve essere, nei tempi stabiliti, trasmessa alla Direzione generale inclusione e politiche sociali) che alla rendicontazione delle spese relative ai fondi stanziati nel secondo anno precedente rispetto all'anno in corso.

Una volta presentate le due relazioni (di programmazione e di rendicontazione), le stesse vengono esaminate da una commissione ministeriale interna alla Direzione generale, appositamente nominata, che, valutata la coerenza della progettazione con quanto stabilito in sede di Conferenza unificata, liquida successivamente le relative risorse del fondo.

Occorre ricordare, però, che le risorse finanziarie sono state "congelate" per mesi a livello nazionale per effetto della crisi economico-finanziaria globale e dai conseguenti provvedimenti di "*spending review*" che, di fatto, hanno sospeso i trasferimenti dei fondi alle regioni fino a quando queste non avessero dimostrato di aver effettuato significativi tagli alle spese. In questa ottica è da intendere il mancato finanziamento del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2012.

In passato, nella quasi totalità dei casi, le regioni hanno provveduto ad inviare per tempo, ai fini di una pronta liquidazione, i loro atti programmatici; solo la Valle d'Aosta, al contrario, ha inviato al ministero con ritardo (metà del 2015) il proprio atto di programmazione relativo all'anno 2014.

Per quanto concerne la rendicontazione, la commissione appositamente istituita presso il ministero, in particolare, verifica che tutte le risorse trasferite siano state spese dalla regione per le finalità indicate nel decreto di riparto sul quale, si ricorda, precedentemente all'emanazione, era stata trovata l'intesa con le regioni stesse in sede di Conferenza unificata.

Per la relativa verifica non si chiedono particolari documenti contabili; il ministero ritiene sufficienti i dati forniti in merito nell'apposita sezione dedicata alla rendicontazione

sul questionario di monitoraggio inviato dalle regioni. La responsabilità, circa la veridicità degli elementi informativi trasmessi, è in capo al dirigente regionale che ha curato l'invio dei documenti al ministero.

I tempi necessari per far trasferire le risorse dal “centro” (bilancio del Ministero del lavoro) alla “periferia” (i comuni che poi sono gli enti territoriali che, in concreto, provvedono alle erogazioni dei servizi di cui si discute), sono variabili, ma il ministero sta cercando di contrarli provvedendo a richiedere alle regioni l'atto di programmazione già nelle more della registrazione, a preventivo, da parte della Corte dei conti del decreto di riparto del Fondo per le non autosufficienze.

Una volta ottenuta la registrazione e nominata la commissione esaminatrice, il dirigente regionale di settore, generalmente, provvede tempestivamente a che l'atto in Giunta venga approvato; laddove risulti difficile completare l'iter, per il ministero è inevitabile l'invio di note di sollecito.

Ma il sistema è ormai stabilizzato ed è difficile che le regioni debbano attingere a risorse del proprio bilancio poiché, potendo le stesse essere traslate in avanti dal punto di vista temporale, i fondi provenienti dal Fna di precedenti esercizi finanziari vengono utilizzati normalmente negli anni successivi.

Nelle annualità in cui non vi sono stati stanziamenti, come ad esempio il 2012, le regioni hanno provveduto ad utilizzare i finanziamenti che non avevano ancora trovato impiego negli esercizi finanziari precedenti.

Resta il problema dell'erogazione dei fondi alle regioni in assenza degli atti di programmazione che queste sono tenute ad approvare.

Reputa, al riguardo, la Corte che – fermo restando il principio della leale cooperazione fra Stato e autonomie – il finanziamento statale degli interventi regionali non possa prescindere da un'adeguata programmazione a livello regionale, anche in funzione della necessaria rendicontazione al Ministero del lavoro.

Tramite il Fondo per le non autosufficienze, è possibile finanziare la parte sociale e la componente assistenziale (l'assistenza) delle spese socio-sanitarie.

L'assistenza, da questo punto di vista, può essere sociale o sanitaria; con le risorse del Fna non è possibile finanziare quest'ultima, ma solamente la parte sociale, che aiuta il compimento degli atti essenziali della vita quotidiana (ad es. l'ausilio di un operatore socio-sanitario per l'aiuto nelle faccende domestiche o per la preparazione dei pasti, ecc.).

La prospettiva delle politiche socio-sanitarie è quella di considerare la persona nella sua interezza e non a seconda del settore amministrativo che se ne occupa e ciò per evitare che il bisognoso si debba rivolgere a diverse istituzioni (per esempio, all'Asl, per ottenere servizi di carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo ed al comune per altri servizi: quali trasporti, accompagnamento, ecc.).

Nel tempo, l'idea strategica del ministero è stata, quindi, sempre quella che venissero privilegiati progetti esecutivi regionali orientati sulla persona in modo omnicomprensivo.

Da questo punto di vista, va ricordato che in sede di intesa con il ministero è stata, ad esempio, prevista la possibilità di utilizzo dei fondi per finanziare “punti unici” d'accesso, ovvero servizi di accoglienza della domanda, orientamento e presa in carico dell'utente al fine di ottenere determinate prestazioni socio-sanitarie.

A tal proposito sin dal decreto di riparto per l'anno 2007, è stata inserita fra le finalità¹⁹ la *“previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, punti che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari”*. Tuttavia, col decreto di riparto del 14 maggio 2015, il tema dei punti unici, così come la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato o l'implementazione di valutazioni di carattere multidimensionale (Uvm), non è più finanziato col fondo, ma viene inserito all'interno degli impegni delle regioni in materia di integrazione socio-sanitaria (art. 4, c. 1, del decreto 14 maggio 2015).

Alcune regioni hanno deciso di attribuire, anche sul piano sanitario, deleghe specifiche ai comuni: il Veneto, ad esempio, ha emesso addirittura una delega completa alle Asl.

La Toscana, invece, ha creato le c.d. “Società della salute”, enti appositamente sorti per risolvere le problematiche socio-sanitarie, mentre in Emilia le risorse del Fondo regionale per le non autosufficienze sono assegnate alle Asl con la presenza di una “Conferenza” dei sindaci del distretto (corrispondente al distretto sanitario) che decide per il relativo utilizzo.

Nel caso della Toscana, la l. reg. n. 66/2008, individua nel responsabile di zona, ovvero nel direttore della Sds (Società della salute), ove costituita, la responsabilità del coordinamento organizzativo del sistema dei servizi territoriali, che debbono assicurare al cittadino l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di

¹⁹ Art. 2, c. 1, lett. a), del decreto 12 ottobre 2007.

assistenza personalizzato: il responsabile di Zona distretto (ovvero il direttore della Sds) mediante il Pua, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza.

Per quanto riguarda, invece, il Veneto, la legge di riordino del servizio sanitario regionale, l. n. 56/1994, ha promosso la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle unità locali socio-sanitarie (Ulss). Per l'Emilia-Romagna, infine, si veda la delibera della Giunta regionale del 23 luglio 2014, assegna la quota di tale anno direttamente alle Aziende sanitarie locali.

Gran parte delle regioni hanno utilizzato le risorse loro trasferite dal fondo per la parte assistenziale, ma con esse, per il Ministero del lavoro, sarebbe auspicabile associare altre iniziative, come i punti unici di assistenza e le Uvm (unità di valutazione multidimensionale), ricomprendenti anche professionalità sociali e di progettazione personalizzata (sulla persona), quali attività di definizione della “presa in carico” che potrebbero essere scelte dagli enti territoriali come modalità di assistenza agli anziani non autosufficienti.

Per quanto concerne il bacino di utenza dei fruitori di assistenza sociale, la Direzione generale ritiene, approssimativamente, che siano tra i due e i tre milioni, in totale, il numero dei potenziali soggetti interessati. A differenza delle indennità di accompagnamento, che non sono soggette alla c.d. “prova di mezzi”, gli “assegni di cura” sono di solito trasferimenti economici istituiti dalle regioni a favore di disabili, soggetti a valutazione Isee, ed effettuati utilizzando le risorse che vengono liquidate alle regioni stesse.

Questi assegni sono d'importo variabile *pro-capite* a seconda dell'ente territoriale che li eroga, fino ad esaurimento delle risorse stesse.

Gli importi che ciascuna regione eroga a titolo di assegno di cura non sono desumibili dal questionario che queste devono restituire, debitamente compilato, alla Direzione generale inclusione e politiche sociali del Ministero del lavoro. Da tale documento tuttavia è possibile comprendere quante risorse si siano utilizzate per ogni singola attività e il relativo dato quantitativo (ad es. quanto si è speso per istituire i punti di accesso dichiarati oppure a quanti anziani non autosufficienti si è prestato assistenza, ecc.).

Nell'intesa adottata in Conferenza unificata il 25 marzo dello scorso anno, si è stabilito che il ministero possa definire solamente un programma di attività con le regioni le quali poi

potranno decidere, nello specifico, le loro strategie operative e cioè ad es. come istituire i già citati punti unici di accesso, ovvero il piano personalizzato di assistenza che integra la competenza sociale a quella sanitaria, la valutazione Uvm (unità di valutazione multiprofessionale) a livello integrato Asl-comune, ecc.

E' la regione, in sostanza, che sceglie, in piena autonomia, cosa fare e dove destinare le risorse. Per esempio, la Sardegna destina tutte le risorse del fondo che le vengono trasferite dal ministero in assegni di cura; le altre regioni hanno la facoltà di decidere diversamente.

3. Il ruolo di impulso del Ministero del lavoro

Come già anticipato in precedenza, la Corte costituzionale, fin dalla sentenza n. 370 del 17 dicembre 2003, in materia di "solidarietà sociale", a seguito dei rilevanti mutamenti introdotti dalla l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3 (Modifiche al Titolo V della seconda parte della Costituzione), ha affermato che l'art. 119 Cost. prevede espressamente, al quarto comma, che le funzioni pubbliche regionali e locali debbano essere "integralmente" finanziate tramite i proventi delle entrate proprie e la compartecipazione al gettito dei tributi erariali riferibili al territorio dell'ente interessato, di cui al secondo comma, nonché con quote del "fondo perequativo senza vincoli di destinazione", di cui al terzo comma.

Gli altri possibili finanziamenti da parte dello Stato, previsti dal quinto comma, sono costituiti solo da risorse eventuali ed aggiuntive "*per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio*" delle funzioni, ed erogati in favore "di determinati comuni, province, città metropolitane e regioni".

Pertanto, nel nuovo sistema, la materia della non autosufficienza rientra nell'ambito delle normali funzioni di regioni ed enti locali, dove lo Stato può solo erogare fondi senza vincoli specifici di destinazione.

Dal momento che l'attività dello speciale servizio pubblico costituito dall'aiuto in materia di solidarietà sociale rientra nella sfera delle funzioni proprie delle regioni e degli enti locali, sarebbe contraria alla disciplina costituzionale vigente la configurazione di un fondo settoriale di finanziamento gestito dallo Stato, che violerebbe l'autonomia finanziaria sia di entrata che di spesa delle regioni e degli enti locali, qualora lo Stato mantenesse alcuni

poteri di organizzazione e direzione.

Conseguentemente per la specifica materia, il ministero, come già detto, oggi svolge una mera attività a livello di coordinamento, ma non può impartire direttive specifiche ai relativi enti locali.

Sta di fatto, però, che il primo problema che oggi è assai evidente è dato dalla differenza di trattamento esistente tra i bisognosi di assistenza, non solo tra una regione e l'altra, ma anche all'interno delle stesse regioni.

Questo perché, sebbene le regioni effettuino di solito trasferimenti indistinti sul territorio, gran parte delle risorse disponibili per tale servizi non provengono dal livello regionale, ma direttamente dalle finanze comunali.

La situazione più fiorente dal punto di vista della qualità e quantità di assistenza, secondo quanto riferito dal Ministero del lavoro, è sempre quella che riguarda la Provincia autonoma di Trento.

Non essendo stati ancora definiti esattamente i livelli essenziali delle prestazioni, oggi appare essenziale ed auspicabile che tale materia diventi al più presto oggetto di specifica sistemazione.

Non solo. Anche per poter definire detti parametri, la copertura del fondo a livello statale dovrebbe essere più importante e soprattutto avere quel grado "strutturale" tale ad essere idoneo a coprire la gran parte delle necessità degli enti locali in materia e non come è avvenuto negli anni passati, ove il fondo trovava finanziamenti limitati anno per anno, rendendo, di fatto, impossibile la copertura finanziaria necessaria alla definizione dei citati livelli.

Oggi la presa d'atto conoscitiva da parte del ministero si realizza, come detto, solo a consuntivo, tramite il questionario che le regioni e province autonome inviano alla Direzione generale inclusione e politiche sociali e dal quale quest'ultima può trarre informazioni circa le attività svolte come, ad esempio, il numero dei punti unici istituiti, dei piani personalizzati, di quelli rafforzati, il numero degli assistiti a domicilio, delle ore di assistenza e informazioni di carattere economico (risorse spese, le somme trasferite agli enti locali, quelle destinate ad interventi regionali).

Va precisato che le regioni, sulla base delle indicazioni contenute nella l. n. 162/1998, nel corso di questi ultimi anni hanno testato e messo alla prova una progettualità finalizzata all'assistenza indiretta, all'incentivazione della domiciliarità e, seppur in modo minimale, al

supporto a percorsi di autonomia personale.

Come ammesso anche dallo stesso Ministero del lavoro, se tali esperienze hanno avuto un indubbio valore di innovazione sociale, sono tuttavia emerse criticità relative alla programmazione degli interventi.

Innanzitutto, come già detto, si sono determinati sensibili disallineamenti tra le regioni, talvolta enfatizzati dalle difficoltà di mantenere le buone prassi attivate, laddove esistenti, nel lustro passato, a causa delle riduzioni dei finanziamenti dei fondi sociali degli ultimi anni.

Più in particolare, come è stato fatto rilevare anche nel Programma d'azione 2015, nell'individuazione della platea degli "aventi diritto" si sono spesso adottati criteri sanitari, più che elementi di valutazione del rischio di esclusione, mentre è tuttora rilevante il peso della mancata unificazione e concertazione degli interventi (sociali, educativi, sanitari e socio-sanitari).

Infine, va evidenziato che non hanno assunto la necessaria centralità gli interventi che stimolano l'acquisizione della cosiddetta "disabilità adulta", soprattutto in favore delle persone con disabilità intellettiva.

Sta di fatto che i centri o servizi per la vita indipendente, laddove attivati, hanno offerto alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione individualizzata e, allo stesso tempo, un aiuto per gli aspetti più pratici ed operativi nella gestione dell'assistenza indiretta.

CAPITOLO V

I PROGETTI SPERIMENTALI NEL QUINQUENNIO 2010-2014

Sommario: 1. I progetti innovativi in materia di offerta di servizi in favore di persone non autosufficienti. - 2. I progetti sperimentali in materia di “vita indipendente” e inclusione sociale delle persone con disabilità. - 3. Osservazioni. - 4. I controlli del Ministero del lavoro.

1. I progetti innovativi in materia di offerta di servizi in favore di persone non autosufficienti

Come si è visto in precedenza, parte dei fondi stanziati con la legge finanziaria del 2010 (art. 2, c. 102, l. 23 dicembre 2009, n. 191) ed attribuiti al Fondo nazionale per le non autosufficienze, sono stati destinati alla realizzazione di progetti innovativi in aree in cui maggiormente si avvertiva il ritardo e la disomogeneità nell’offerta di servizi in favore di persone non autosufficienti. Un’ulteriore fattispecie riguarda le progettazioni sperimentali delle regioni, per le quali il ministero aveva individuato sei aree di priorità da sviluppare con una parte dei mezzi trasferiti dal fondo.

Per la selezione di tali progetti, si era fatto ricorso ad una procedura competitiva: infatti era stato emesso dal ministero un bando di gara in base al quale le regioni partecipavano con un proprio progetto che poi veniva finanziato a seguito di convenzione stipulata con gli stessi enti territoriali vincitori.

In effetti, con i 20.000.000 di euro messi allora a disposizione dal Ministero delle politiche sociali (pari al 5 per cento del totale del finanziamento per l’anno), con il decreto 4 ottobre 2010, si era previsto di implementare iniziative sperimentali concordate con le regioni volte, in particolar modo, ad incentivare protocolli di presa in carico attraverso strumenti di valutazione delle condizioni funzionali della persona, ad innovare ed a rafforzare l’intervento con riferimento a particolari patologie neuro-degenerative (ad es. la malattia di Alzheimer), nonché a migliorare il supporto alle famiglie delle persone in stato vegetativo o in condizione di estrema disabilità.

Le motivazioni alla base della specifica destinazione di risorse al miglioramento di tali aspetti, muovevano dalle previsioni dell’allora Libro bianco “La vita buona nella società attiva” pubblicato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2010, nel quadro della generale riflessione in materia di “non autosufficienza” volta alla determinazione del nuovo modello sociale italiano che indicava, nella centralità della persona, un valore primario.

Si tendevano ad evidenziare, in sostanza, le profonde trasformazioni demografiche e la conseguente necessità di assistenza sia alla popolazione ultra sessantacinquenne sia, in misura maggiore, a quella rappresentata dai grandi vecchi (e cioè gli ultra 85enni) che, a motivo della notevole rilevanza socio-sanitaria acquisita, determinavano importanti ricadute sui servizi sociali in generale e su quelli socio-sanitari in particolare, in un contesto che vedeva tali servizi presenti sul territorio nazionale in maniera limitata e spesso in numero insufficiente, con carenze di ordine strutturale e di coordinamento a livello distrettuale.

Nel Libro bianco erano state individuate nelle malattie neuro-vegetative ed in particolare nella demenza di Alzheimer (che da sola, secondo fonti riportate dall'amministrazione, rappresenta più della metà di tutte le demenze) una delle principali cause di disagio sociale che impattavano/no fortemente sul sistema dei servizi sempre più orientati ad un approccio globale alla persona e ai familiari coinvolti, e che, pertanto, costituivano/scono una priorità assistenziale la cui rilevanza dovrebbe tendere inevitabilmente ad aumentare per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione associato all'incremento dell'aspettativa di vita.

Per far fronte a tali esigenze, era stato emesso uno specifico decreto direttoriale, in data 2 novembre 2010, con il quale si erano poste le linee guida per la presentazione di tali progetti sperimentali.

Il termine per la presentazione delle domande veniva prorogato al 6 dicembre 2010 con un decreto direttoriale (n. 94 del 30 novembre 2010) che ricalcolava, portandola ad euro 19.840.000 la somma a disposizione per l'implementazione dei progetti, stante la necessità di destinare la parte rimanente dello stanziamento, euro 160.000, al consolidamento e allo sviluppo del Sina, così come espressamente previsto dal c. 3, art. 3, del suindicato d. interm. del 4 ottobre 2010.

In sostanza, con le linee guida si erano stabiliti i requisiti, le istruzioni e le indicazioni operative per i partecipanti, individuati nelle regioni in forma singola o associata. Le risorse destinate complessivamente al finanziamento dei progetti di cui si tratta, erano state fissate sulla base della popolazione residente con contributi varianti da un minimo di 750.000 euro ad un massimo di 2.500.000 euro per progetto.

Successivamente, con il decreto direttoriale n. 177 del 28 dicembre 2010, erano stati messi a disposizione ulteriori 200.000 euro stanziati sul cap. 3231, p.g. 1, "*Spese per progetti*

sperimentali aventi ad oggetto interventi in favore di persone con handicap grave, per indagini statistiche e conoscitive sull'handicap e per la Conferenza nazionale sulle politiche dell'handicap", così da innalzare ad euro 20.040.000 le disponibilità totali per questa tipologia di progetti innovativi.

I progetti dovevano essere valutati dall'apposita commissione nominata dal direttore generale per l'inclusione del Ministero del lavoro con decreto direttoriale n. 86 del 30 novembre 2010.

In conseguenza dell'attività svolta da quest'ultima dal 6 al 22 dicembre (che dei progetti aveva, *in primis*, valutato l'ammissibilità) era stata formata una graduatoria con le proposte ritenute idonee ai sensi dell'art. 5 delle citate linee guida, di cui al decreto direttoriale 2 novembre 2010.

Di seguito si riporta, per ciascuna regione proponente, l'elenco dei progetti ritenuti idonei così come da d.d.g. n. 177 del 28 dicembre 2010.

Tabella 10 - I progetti approvati dal Ministero del lavoro

Regione	Titolo – Oggetto	Punteggio totale
Friuli Venezia Giulia	Redes. Rete regionale disabilità esterne	100
Valle D'Aosta	Io ti conosco	92
Basilica	Il mondo in Icf. Dalla classificazione Icf alla presa in carico	90
Marche	<i>Up-Tech</i> . Sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale - Il supporto delle nuove tecnologie nella dimissione protetta del paziente anziano con Alzheimer	88
Abruzzo	Radar - Rete abruzzese per il dopodinoi e l'autonomia residenziale	85
Piemonte	Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la Sla e le loro famiglie	83
Emilia Romagna	Progetto individualizzato di vita e di cura a favore di malati e familiari con patologie neurodegenerative (Alzheimer) o con disabilità estreme	80
Puglia	<i>Qualify-care</i> Puglia	77
Umbria	Servizio di sollievo per l'autonomia possibile	75
Liguria	Approccio sociale per le persone fragili in condizione di criticità	72
Lazio	Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti	71
Toscana	Il <i>Chronic Care Model</i> , il punto unico di accesso e il <i>team</i> aziendale degli specialisti (attuali Uva) per la presa in carico della persona con demenza	67
Calabria	Progetto per la creazione o potenziamento di servizi territoriali rivolti alle persone con disabilità estrema o in stato vegetativo	63
Campania	Sina Campania	63
Molise	Dalla parte del paziente complesso. Supporto alle famiglie delle persone in stato vegetativo o in condizioni di fragilità primaria e secondaria e/o in stato di disabilità estrema	50
Lombardia	Soluzioni integrate per la non autosufficienza e la vita autonoma	45
Sardegna	Potenziamento del programma Ritornare a casa	40

Fonte: Ministero del lavoro.

La Regione Sicilia non aveva presentato alcuna proposta progettuale. Il Veneto era stato escluso per un vizio formale di presentazione della domanda di partecipazione.

Nel prospetto che segue viene altresì riportata la ripartizione che, come accennato in precedenza, tiene conto della necessaria riduzione proporzionale delle somme attribuite a ciascun progetto ammesso a finanziamento, effettuata ai sensi del punto 4 delle linee guida di cui al d.d.g. del 2 novembre 2010.

Tabella 11 - Ripartizione dei fondi a disposizione del Ministero del lavoro

Regione proponente	Finanziamento concesso
Friuli Venezia Giulia	1.283.340,58
Valle D'Aosta	667.885,72
Basilicata	664.902,49
Marche	1.068.617,15
Abbruzzo	1.277.888,01
Piemonte	2.226.285,72
Emilia Romagna	1.781.028,58
Puglia	2.226.285,72
Umbria	202.324,85
Liguria	1.126.500,58
Lazio	2.226.285,72
Toscana	2.226.285,72
Calabria	1.282.340,58
Campania	1.781.028,58
Totale	20.040.000,00

Fonte: Ministero del lavoro.

Le proposte progettuali delle regioni Lombardia, Molise e Sardegna, ritenute idonee, non venivano ammesse al finanziamento stante la limitatezza delle risorse disponibili.

Tuttavia, a seguito di apposito ricorso presentato dalle regioni Lombardia e Sardegna che richiedevano al Tar del Lazio l'annullamento del decreto n. 177 del 28 dicembre 2010 che ufficializzava la graduatoria e alla proposta della Commissione interregionale politiche sociali, veniva acquisita l'intesa, in sede di Conferenza unificata riunita, sul riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2011, che prevedeva di estendere il finanziamento, a carico del ministero stesso, in misura parziale e per un ammontare complessivamente non inferiore a tre milioni di euro, a tutti i progetti sperimentali ritenuti idonei e non finanziati in esito alla procedura selettiva del 2010.

Una volta dichiarata dal Tar Lazio (con sentenze n. 8313/2011 del 28 settembre 2011 e n. 7958/2011 del 13 ottobre 2011) l'improcedibilità dei ricorsi proposti rispettivamente dalla regione Lombardia e dalla regione Sardegna per sopravvenuta carenza d'interesse, il ministero informava tali regioni, unitamente al Molise, che ai progetti dal titolo: "Soluzioni integrate per la non autosufficienza e la vita autonoma", "Dalla parte del paziente, il complesso supporto alle famiglie delle persone in stato vegetativo in condizioni di fragilità primaria o secondaria e/o in stato di disabilità estrema", e "Potenziamento del programma Ritornare a casa", venivano destinati rispettivamente euro 1.588.893,05, euro 457.627 ed

euro 953.389,93.

La spesa complessiva di euro 20.040.000 veniva pertanto a gravare sulle disponibilità del cap. 3538 - centro di responsabilità “Direzione generale per la gestione del Fondo nazionale per le politiche sociali e il monitoraggio della spesa sociale”, per euro 19.840.000 e, come precedentemente accennato, per la quota di euro 200.000 su quelle del cap. 3231 - centro di responsabilità “Direzione generale per l’inclusione, diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese”.

Per quanto riguarda l’erogazione delle somme, il ministero aveva previsto di liquidare una prima *tranche* pari al 50 per cento del finanziamento accordato a ciascun progetto all’effettivo avvio delle attività previa comunicazione della regione o provincia autonoma, una seconda, pari al 30 per cento dello stesso, previa presentazione di una relazione intermedia delle attività svolte, ed una terza *tranche*, a saldo, pari al 20 per cento dell’importo concesso erogato a conclusione delle attività, a seguito della verifica della relazione finale (entro sei mesi dalla conclusione del progetto) corredata del piano economico e dei documenti giustificativi delle spese sostenute.

Tale attività di verifica amministrativo-contabile²⁰ era stata in concreto effettuata da una apposita commissione interna nominata con d.d.g. n. 40/2012 che aveva seguito, riunendosi per ben ventotto volte (l’ultima delle quali nell’aprile scorso), i singoli lavori e che aveva richiesto, laddove ritenuto opportuno, la necessaria documentazione.

Era previsto che in caso di mancata presentazione od approvazione della relazione finale non si sarebbe provveduto alla liquidazione del saldo, ma al recupero delle somme già erogate.

Al momento tutti i relativi piani di lavoro sono in fase di conclusione.

Come si può osservare dalla tabella che riporta i dati forniti dalla Direzione generale per l’inclusione e le politiche sociali, l’unico progetto che risulta ancora *in itinere* è quello proposto dalla Regione Abruzzo riguardante la rete abruzzese per il “dopo di noi” e

²⁰ La commissione, come indicato al punto 7 delle linee guida 2 novembre 2010, in ottemperanza a quanto previsto dal d.d.g. n. 40/2012 e secondo le pertinenti disposizioni delle convenzioni stipulate fra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e le singole regioni, ha il compito di verificare la conformità dei progetti sperimentali realizzati dalle regioni ai corrispondenti piani esecutivi e ai piani economici; verificare la congruità della documentazione giustificativa di spesa prodotta dalla regione; validare le relazioni intermedie e finali sui risultati dei progetti sperimentali; effettuare il monitoraggio e controllo sullo svolgimento dei singoli progetti per verificare il buon andamento ed il perseguimento delle finalità secondo quanto previsto al punto 7 delle citate linee guida del 2 novembre 2010.

l'autonomia residenziale, per il quale risulta liquidata, allo stato attuale, solamente la prima *tranche* (50 per cento del finanziamento totale) in data 30 novembre 2011. Per tale ente territoriale, così come per gli altri, la commissione aveva espressamente deciso che, pur alla luce del carattere sperimentale delle iniziative progettuali che avevano giustificato le proroghe delle attività, si dovevano accelerare le procedure per il completamento dei progetti e la chiusura dei lavori.

Si riportano qui di seguito i singoli progetti e i relativi finanziamenti.

Tabella 12 - Fna 2010: 5 per cento destinato al finanziamento di progetti sperimentali

REGIONE	DATA CONVENZIONE	TITOLO Progetto	DURATA Progetto Inizio/ fine attività	FINANZIAMENTO complessivo	ACCONTO		SALDO	CONCLUSO/ non concluso
					I tranche 50%	II tranche 30%	20%	
ABRUZZO	28/10/2011	Radar rete abruzzese per il dopodinoi e l'autonomia resid.	18 MESI (proroga fino al 21.11.2015)	1.277.888	30/11/2011	/	/	IN ITINERE
BASILICATA	27/10/2011	Il mondo in Icf - dalla classificazione Icf alla presa in carico	18 MESI (proroga al 30.9.2014)	664.902	30/11/2011	/	/	CONCLUSO
CALABRIA	4/11/2011	Progetto per la creazione o potenziamento di servizi territoriali rivolti alle persone con disabilità estreme	12 MESI (proroga al 30.6.2015)	1.282.340,58	5/12/2011	/	/	CONCLUSO
CAMPANIA	21/10/2011	Sina Campania	18 MESI (proroga al 31.12.2014)	1.781.029	30/11/2011	/	/	CONCLUSO
EMILIA ROMAGNA	21/10/2011	Progetto individualizzato di vita e di cura a favore di malati e familiari con patologie neurodegenerative (Alzheimer) o con disabilità estreme	18 MESI (prorogato)	1.781.029	30/11/2011	24/3/2015	24/3/2015	CONCLUSO
FRIULI V.G.	21/10/2011	Redes rete regionale disabilità estreme	18 MESI (proroga al 31.12.2014)	1.282.341	30/11/2011	3/12/2012	/	CONCLUSO
LAZIO	4/11/2011	Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti	18 MESI (proroga a maggio 2014)	2.226.286	30/11/2011	3/10/2012	17/4/2015	CONCLUSO
LIGURIA	16/11/2011	Approccio sociale per le persone fragili in condizioni di criticità	18 MESI	1.126.501	30/11/2011	25/10/2012	20/1/2014	CONCLUSO

LOMBARDIA	30/11/2011	Soluzioni integrate per la non autosufficienza e la vita autonoma	18 MESI (proroga al 30.6.2015)	1.588.983,05	31/1/2013	/	/	CONCLUSO
MARCHE	21/10/2011	<i>Up tech</i> sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale	18 MESI (proroga al 31.5.2015)	1.068.617	30/11/2011	5/8/2014	/	CONCLUSO
MOLISE	26/11/2011	Dalla parte del paziente complesso	12 MESI (proroga di 12 mesi)	457.627.000,00	30/11/2011	/	/	CONCLUSO
PIEMONTE	21/10/2011	Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con Sla e loro famiglie	12 MESI (proroga al 3.6.2015)	2.226.286	30/11/2011	27/3/2013	/	CONCLUSO
PUGLIA	9/11/2011	<i>Qualify- Care</i> Puglia. Percorsi integrati innovativi per la presa in carico domiciliare di persone gravemente non autosufficienti	18 MESI	2.226.286	30/11/2011	/	/	CONCLUSO
SARDEGNA	4/11/2011	Potenziamento programma Ritornare a casa	12 MESI	953.389,83	30/11/2011	3/12/2012	18/11/2013	CONCLUSO
TOSCANA	5/10/2011	Il <i>Chronic Care Model</i>	18 MESI proroga a 10.7.2014	2.226.285,72	30/11/2011	15/5/2014	5/2/2015	CONCLUSO
UMBRIA	21/10/2011	Servizio di sollievo: percorsi per l'autonomia possibile	18 MESI (proroga al 1.12. 2013)	202.325	30/11/2011	19/3/2013	10/7/2014	CONCLUSO
VALLE D'AOSTA	15/11/2011	Io ti conosco	18 MESI (proroga al 30.6.2014)	667.885,72	24/2/2012	15/7/2014	/	CONCLUSO

2. I progetti sperimentali in materia di “vita indipendente” e inclusione sociale delle persone con disabilità

Come precedentemente esposto sulla base di apposite linee guida per la “presentazione da parte delle regioni e province autonome, di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità” era stato adottato, dapprima, il decreto direttoriale n. 134/2013 e, successivamente, il decreto direttoriale n. 182/2014.

In accordo con quanto disposto nella linea di intervento n. 3 del citato Programma biennale d'azione predisposto dall'Osservatorio, tali decreti avevano l'obiettivo di incentivare le regioni affinché favorissero la più ampia inclusione sociale per questa particolare e delicata categoria di soggetti.

Pertanto, regioni e province autonome, dopo aver proposto gli ambiti territoriali nei quali sperimentare i vari modelli di intervento, avevano presentato, per l'eventuale approvazione e finanziamento, le loro progettazioni prevedendo che, in caso di compresenza di più ambiti dello stesso ente locale (sociale, sanitario, istruzione), le stesse sarebbero potute confluire nella presentazione di un'unica iniziativa progettuale.

La valutazione di tali ambiti territoriali, ai fini dell'ammissibilità del finanziamento, era spettata ad una apposita commissione istituita, con decreto n. 165/2013 del direttore generale per l'inclusione e le politiche sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

I progetti dei vari ambiti territoriali che sono stati approvati sono poi stati inseriti nel decreto direttoriale n. 206/2013.

Si riporta di seguito il relativo prospetto che evidenzia anche la ripartizione delle risorse per il finanziamento complessivo autorizzato, pari ad euro 3.200.000.

Tabella 13 - Progetti sperimentali in materia di "vita indipendente" anno 2013/2014

	AMBITI TERRITORIALI	REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	QUOTA FINANZIAMENTO M.L.P.S.
1	Ambito territoriale n. 31 Pescara	Abruzzo	76.896,00
2	Comune di Potenza	Basilicata	80.000,00
3	n. 23 Ischia	Campania	76.800,00
4	B4 Cerreto Sannita	Campania	80.000,00
5	n. 23 Noia	Campania	80.000,00
6	S6 Baronissi (SA)	Campania	80.000,00
7	Modena (MO)	Emilia Romagna	80.000,00
8	Forlì (FC)	Emilia Romagna	80.000,00
9	Val d'Enza (RE)	Emilia Romagna	80.000,00
10	Ambito socio assistenziale 1.2 Comune di Trieste	Friuli Venezia Giulia	80.000,00
11	Roma Capitale 6° municipio	Lazio	80.000,00
12	Roma Capitale 5° Municipio	Lazio	80.000,00
13	Distretto di Nepi	Lazio	80.000,00

14	Distretto H1 Monte Porzio Catone	Lazio	80.000,00
15	1° Distretto socio-sanitario n. 9 Genova Medio Ponente	Liguria	80.000,00
16	Varese	Lombardia	80.000,00
17	Viadana	Lombardia	75.408,16
18	Cremona	Lombardia	80.000,00
19	Saronno	Lombardia	80.000,00
20	ATS XXII Ascoli Piceno	Marche	80.000,00
21	ATS Termoli	Molise	80.000,00
22	Comune di Torino	Piemonte	80.000,00
23	Unione dei Comuni Nord Est Torino S.S.A. Settimo Torinese (TO)	Piemonte	64.000,00
24	Consorzio Monviso Solidale Fossano (CN)	Piemonte	64.000,00
25	Barletta (BT) Cerignola (FG)	Puglia	80.000,00
26	Casarano - Gagliano del Capo (LE)	Puglia	80.000,00
27	Altamura (BA)	Puglia	80.000,00
28	Ufficio Plus Cagliari	Sardegna	80.000,00
28	Distretto di Nuoro	Sardegna	80.000,00
30	Distretto SS n. 42 Palermo	Sicilia	80.000,00
31	Distretto SS n. 28 Barcellona Pozzo di Gotto (ME)	Sicilia	80.000,00
32	Distretto SS n. 36 Misilmeri (PA)	Sicilia	73.600,00
33	Zona Pisana	Toscana	76.800,00
34	Zona Empolese Valdelsa	Toscana	76.800,00
35	Zona Grossetana	Toscana	78.863,84
37	Azienda provinciale per i servizi sanitari	Trento	73.600,00
38	Zona sociale n. 10 Terni comune capofila di cui Az. Usl Umbria n. 2	Umbria	80.000,00
36	Valle del Chiampo Azienda Ulss n. 5	Veneto	80.000,00
39	Azienda Ulss n. 6 di Vicenza	Veneto	80.000,00
40	Ambito Territoriale A Ulss n. 8	Veneto	63.232,00
41	Intera Regione Valle d'Aosta	Valle d'Aosta	80.000,00

Nell'anno 2014, con decreto direttoriale n. 233 del 19 novembre 2014, è stata istituita una nuova commissione che ha approvato ulteriori progetti, riportati nel decreto direttoriale n. 289 del 3 dicembre 2014, con ulteriori ambiti territoriali ammessi al finanziamento sempre in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

Si riporta qui di seguito il prospetto riguardante i singoli ambiti territoriali ammessi ai finanziamenti per l'importo complessivo di euro 9.987.721,28.

Tabella 14 - Progetti anni 2013/2014

	AMBITI TERRITORIALI	REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	QUOTA FINANZIAMENTO M.L.P.S.
1	Ambito Territoriale Sociale n. 24 Vastese	Abruzzo	80.000,00
2	Ambito Territoriale Sociale n. 20 Aventino	Abruzzo	80.000,00
3	Ambito Territoriale Sociale b. 2 Vibrata	Abruzzo	80.000,00
4	Ambito Territoriale Sociale n. 8 Costa Sud 2	Abruzzo	80.000,00
5	Comune di Potenza	Basilicata	80.000,00
6	Ambito sociale zona Alto Bradano	Basilicata	80.000,00
7	Ambito Territoriale Lamezia Terme	Calabria	80.000,00
8	Ambito Territoriale Sociale A02 Capofila Marcogliano	Campania	80.000,00
9	Ambito 17 Sant'Antimo	Campania	80.000,00
10	Ambito 13 Ischia	Campania	80.000,00
11	Azienda Consortile per la Gestione delle Politiche Sociali nei Comuni dell'ambito territoriale A1 - Ariano Irpino	Campania	80.000,00
12	Ambito C2 Santa Maria a Vico	Campania	80.000,00
13	Ambito Sociale S9 Sapri	Campania	80.000,00
14	Piano Sociale di Zona 54 Ponte Cagnano Faiano	Campania	80.000,00
15	Ambito N1 10 Napoli	Campania	78.840,00
16	Ambito Territoriale C04 Piedimonte Matese	Campania	80.000,00

segue tabella 14

17	Ambito Territoriale S2 Cava de' Tirreni	Campania	80.000,00
18	Ambito Territoriale C8 Santa Maria Capua Vetere	Campania	80.000,00
19	Piano sociale di Zona 58 Vallo della Lucania	Campania	80.000,00
20	Piacenza	Emilia Romagna	33.600,00
21	Bologna	Emilia Romagna	80.000,00
22	Parma	Emilia Romagna	80.000,00
23	Faenza	Emilia Romagna	80.000,00
24	Valle Savio Cesena	Emilia Romagna	80.000,00
25	Centro nord Ferrara	Emilia Romagna	80.000,00
26	Reggio Emilia	Emilia Romagna	80.000,00
27	Rimini Nord	Emilia Romagna	60.000,00
28	Sud Est Langhirano	Emilia Romagna	56.000,00
29	Levante	Emilia Romagna	80.000,00
30	Ravenna	Emilia Romagna	80.000,00
31	Casalecchio	Emilia Romagna	80.000,00
32	Ambito distrettuale 2.1 Alto Isontino	Friuli Venezia Giulia	80.000,00
33	Friuli Ambito distrettuale s.5 Pordenonese	Friuli Venezia Giulia	80.000,00
34	Ambito distrettuale 4.5 Udinese	Friuli Venezia Giulia	80.000,00
35	Municipio III Roma	Lazio	80.000,00
36	Municipio IV Roma	Lazio	80.000,00
37	Municipio VII Roma	Lazio	80.000,00
38	Municipio IX Roma	Lazio	80.000,00
39	Municipio X Roma	Lazio	80.000,00
40	Municipio XIV Roma	Lazio	80.000,00
41	Bracciano	Lazio	80.000,00
42	Vito	Lazio	80.000,00
43	Formia	Lazio	80.000,00
44	Cassinate	Lazio	80.000,00
45	Rieti	Lazio	80.000,00
46	Nettuno	Lazio	80.000,00
47	Viterbo	Lazio	80.000,00
48	Distretto sociale 3 imperiese	Liguria	80.000,00
49	Distretto sociale 7 savonese	Liguria	80.000,00
50	Distretto sociale 9 genovese	Liguria	80.000,00
51	Distretto sociale 10 Asl 3 genovese	Liguria	80.000,00
52	Certosa di Pavia	Lombardia	80.000,00
53	Como	Lombardia	80.000,00
54	Cremona	Lombardia	80.000,00
55	Olgiate Comasco (Co)	Lombardia	80.000,00

56	Lecco	Lombardia	75.412,28
57	Milano	Lombardia	80.000,00
58	Rho (Mi)	Lombardia	80.000,00
59	Saronno (Va)	Lombardia	80.000,00
60	Valle Trompia (Vs)	Lombardia	80.000,00
61	Va rese	Lombardia	80.000,00
62	Viadana (Mn)	Lombardia	80.000,00
63	Vimercate (Mb)	Lombardia	80.000,00
64	ATS 6 Fano	Marche	80.000,00
65	ATS 21 San Benedetto	Marche	80.000,00
66	ATS 14 Civitanova	Marche	80.000,00
67	ATS 19 Fermo	Marche	80.000,00
68	ATS Termoli	Molise	80.000,00
69	Torino	Piemonte	80.000,00
70	Consorzio Intercomunale Socio Assistenziale Cisa Rivoli	Piemonte	70.400,00
71	Consorzio Intercomunale Servizio Socio Assistenziale Ciss - ac Caluso	Piemonte	28.800,00
72	Unione dei Comuni Nord Est Torino - Settimo Torinese	Piemonte	64.000,00
73	Consorzio Intercomunale Servizi Sociali Ciss Chivasso	Piemonte	48.000,00
74	Consorzio Intercomunale Socio Assistenziale Cisa 31 Carmagnola	Piemonte	59.929,00
75	Consorzio Monviso Solidale Fossano	Piemonte	80.000,00
76	Consorzio Socio Assistenziale Alba Langhe Roero Alba	Piemonte	72.880,00
77	ASL CN2 Soc. Servizi Sociali Distretto di Bra	Piemonte	64.000,00
78	Consorzio Intercomunale Servizi CI S.Orbassano	Piemonte	45.887,00
79	Consorzio Cisap Grugliasco	Piemonte	57.920,00
80	Altamura	Puglia	80.000,00
81	Casarano	Puglia	80.000,00
82	Barletta	Puglia	80.000,00
83	Cerignola	Puglia	80.000,00
84	Gagliano del Capo	Puglia	80.000,00
85	Conversano	Puglia	80.000,00
86	Martina Franca	Puglia	80.000,00
87	Grottaglie	Puglia	80.000,00
88	Massafra	Puglia	80.000,00
89	Galatina	Puglia	80.000,00
90	Putignano	Puglia	80.000,00
91	Ogliastro	Sardegna	80.000,00
92	Distretto Ales Terralba	Sardegna	80.000,00
93	Distretto Sanluri	Sardegna	80.000,00
94	Distretto Iglesias	Sardegna	80.000,00
95	Ambito Anglona Corus Figulinas	Sardegna	80.000,00
96	Dss 11 San Cataldo (GI)	Sicilia	80.000,00
97	Dss 13 Caltagirone (Ct)	Sicilia	80.000,00

segue tabella 14

98	Dss 15 Bronte (Ct)	Sicilia	80.000,00
99	Dss Lipari	Sicilia	80.000,00
100	Dss 32 Taormina (Me)	Sicilia	80.000,00
101	Dss 34 Carini (Pa)	Sicilia	80.000,00
102	Dss 40 Corleone (Pa)	Sicilia	80.000,00
103	Dss 46 Noto (Sr)	Sicilia	80.000,00
104	Dss 54 Castelvetrano (Tp)	Sicilia	80.000,00
105	Dss 2 Bivona (Ag)	Sicilia	80.000,00
106	Dss 31 Sant'Agata Militello	Sicilia	80.000,00
107	Dss 49 Lentini	Sicilia	80.000,00
108	Dss 48 Siracusa	Sicilia	79.968,00
109	Dss 52 Marsala (Tp)	Sicilia	64.000,00
110	Zona Distretto Piana di Lucca	Toscana	80.000,00
111	Zona Distretto Valle del Serchio	Toscana	80.000,00
112	Sds Valdinievole	Toscana	80.000,00
113	Sds Pratese	Toscana	80.000,00
114	Sds Valdera	Toscana	80.000,00
115	Zona Distretto Aretina	Toscana	79.840,00
116	Zona Distretto Valdarno	Toscana	79.929,00
117	Zona Distretto Valdichiana Aretina	Toscana	79.996,00
118	Sds Fiorentina Nord Ovest	Toscana	80.000,00
119	Sds Valdarno inferiore	Toscana	72.240,00
120	Provincia Autonoma Trento	Trento	80.000,00
121	Assisi Capofila zona sociale 3	Umbria	80.000,00
122	Marsciano capofila zona sociale 4	Umbria	80.000,00
123	Terni capofila zona sociale 10	Umbria	80.000,00
124	Comuni Conferenza sindaci Ulss 12 Veneziana	Veneto	80.000,00
125	Azienda Ulss 6 Vicenza	Veneto	80.000,00
126	Azienda Ulss 1	Veneto	80.000,00
127	Ambito territoriale azienda Ulss 8	Veneto	76.080,00
128	Azienda Ulss 10 San Donà di Piave	Veneto	80.000,00
129	Valle d'Aosta	Valle d'Aosta	80.000,00
	TOTALE		9.987.721,28*

* Tale spesa grava sulla disponibilità del capitolo 3538 "Fondo per le non autosufficienze" Missione 4 (24) "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia".

Gli interventi di cui sopra, da realizzare in collaborazione con la persona con disabilità e la propria famiglia, sulla base di un piano personalizzato improntato all'assistenza indiretta, sono stati dedicati a soggetti adulti (18-64 anni) con disabilità che versano in condizione di maggior bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale. Il piano ha tenuto conto almeno delle limitazioni:

- a) dell'autonomia,
- b) della condizione familiare, abitativa ed ambientale,
- c) nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia.

Con riferimento specifico alle varie progettazioni va evidenziato come il contributo economico per l'assistente personale connesso all'obiettivo di autonomia, era stato considerato parte di un più ampio insieme di aree di progettazione connesse all'obiettivo di autonomia dichiarata.

In sostanza, oltre al legame con le nuove tecnologie (come ad es. le tecnologie domotiche, quelle per la connettività sociale, ecc.), il contributo per l'assistente personale era stato integrato con la necessità della persona con disabilità legata al trasporto ed alla mobilità, nonché all'accesso alla filiera dei servizi e delle politiche e alle diverse aree della più ampia partecipazione alle molteplici dimensioni della vita quotidiana.

Così come, con riferimento alle politiche di inserimento lavorativo, era stata prevista ed assicurata dal ministero la coerenza con la programmazione comunitaria in materia, relativamente al finanziamento complessivamente richiesto dalla regione o provincia autonoma, laddove si era espressamente previsto che le risorse dovessero essere indirizzate verso forme di intervento propedeutico all'abitare in autonomia che, eventualmente, prevedessero budget di spesa decrescenti, in relazione al crescere delle competenze e abilità delle persone nel gestire la propria vita relazionale e quotidiana, nonché l'attivazione di progetti integrati (abitare, lavoro e socialità) per garantire durata all'esperienza di autonomia.

Erano state, in tal senso, incentivate sperimentazioni a favore di soggetti disabili senza il necessario supporto familiare, da accogliere in centri di *cohousing* sociale o gruppi appartamento, al fine di potenziare il monitoraggio degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico anche mediante tecnologie domotiche come comandi a distanza, arredi specifici, ecc.

Le proposte che erano state presentate dalle regioni e province autonome riguardavano iniziative la cui durata non poteva eccedere i dodici mesi.

Tali interventi, a valere sulle risorse assegnate per l'anno finanziario 2014, erano stati oggetto di impegni al cap. 3538 denominato "Fondo per le non autosufficienze" dello stato di previsione del Ministero del lavoro, il quale partecipava nella misura massima dell'80 per cento del costo complessivo di ogni singola proposta riferita a ciascun ambito territoriale ed

era di spettanza del proponente ente locale garantire il co-finanziamento per la residua quota del 20 per cento.

Per quel che riguarda le azioni di sistema, incluso il supporto ai centri per la vita indipendente e la formazione rivolta alla persona con disabilità e alla sua famiglia, il relativo finanziamento non poteva superare il 15 per cento dell'ammontare del valore del progetto.

3. Osservazioni

Partendo dalle conclusioni raggiunte dal Programma di azione biennale predisposto dall'Osservatorio e dalla Conferenza nazionale, che rimandava alla questione dei servizi sociali nel nostro paese ed al ruolo delle regioni, il ministero aveva proposto l'adesione alla sperimentazione di un intervento unitario a favore del tema della vita indipendente nei diversi territori regionali quale requisito essenziale per la piena inclusione nella società delle persone con disabilità.

Già nella prima fase, le linee guida di cui al d.d.g. n. 184/2013, emanate per la presentazione dei progetti sperimentali da parte di regioni e province autonome (che si badi, non riguardavano il Fondo per le non autosufficienze, ma quello per le politiche sociali), facevano riferimento alla linea di intervento n. 3 del Piano d'azione (adottato con d.p.r. 4 ottobre 2013) predisposto per dare attuazione alla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. Tale linea, si ricorda, era in gran parte riferita proprio alle politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società dei disabili.

Se nel decreto direttoriale di cui sopra le previsioni riguardanti le caratteristiche dei progetti mostravano una certa approssimazione²¹, va osservato che nei successivi decreti direttoriali n. 182/2014 e n. 41/2015, che ponevano le linee guida per la presentazione dei progetti rispettivamente per l'anno 2014 e 2015, si era provveduto, da parte del ministero, a definire, in modo più puntuale, le caratteristiche dei progetti ammissibili al finanziamento, così da attenuare l'estrema eterogeneità nella diffusione dei servizi sul territorio cui corrispondeva un'elevata sperequazione della spesa sociale, molto più marcata per le regioni

²¹ Le linee guida per il 2013 si limitavano, di fatto, ad evidenziare soltanto la necessità che gli interventi co-finanziati (nel massimo nella misura dell'80 per cento del costo complessivo della proposta riferita a ciascun ambito), della durata massima di dodici mesi, riguardassero unicamente le persone adulte con disabilità (18-64 anni) in condizione di maggior bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale che tenesse conto delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale.

del Nord rispetto a quelle del Mezzogiorno.

Se da un lato, nel 2014, si era ad esempio stabilito che gli ambiti territoriali (passati dai 40 previsti per il 2013 ai 125)²² proposti dalle regioni e province autonome dovevano essere in grado di sviluppare le progettazioni in un contesto di accordi di collaborazione fra le diverse filiere amministrative (sociale, sanitaria, istruzione etc.), sì da permettere progettazioni integrate tese a garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente tramite interventi di *welfare* e nuove forme di inclusione su base comunitaria (ad es. strutture di “*cohousing* sociale” o gruppi appartamento), dall’altro, nel recente passato (4 agosto 2015) si era previsto, come requisito essenziale per la richiesta di finanziamento, oltre alla presenza, nei territori coinvolti, di servizi che “*disponessero di un modello di presa in carico delle persone con disabilità che prevedano l’utilizzo di modalità di valutazione multidimensionale finalizzato alla elaborazione di piani e progetti individualizzati*”, con un definito budget integrato di progetto, anche la partecipazione del “mondo associativo” di riferimento nelle fasi di elaborazione e di formulazione dei progetti.

Da notare, poi, come l’elevarsi delle disponibilità finanziarie per l’effettuazione dei progetti, passate dai 3.200.000 euro stanziati per il 2013 ai 10.000.000 per il 2014 e 2015, aveva, di fatto, modificato le tabelle sulla base delle quali erano stati individuati i numeri degli ambiti territoriali per ogni regione riferiti al dato della popolazione regionale residente nella fascia d’età 18-64 anni al 1° gennaio degli anni dal 2013 al 2015.

In sostanza, era stato stabilito che per:

a) Anno 2013

- fino a 1.000.000 di persone residenti in ciascuna regione poteva essere finanziato un ambito territoriale;
- tra 1.000.000 e 2.500.000 potevano essere finanziati due ambiti territoriali;
- oltre i 2.500.000 potevano essere finanziati tre ambiti territoriali.

Tali criteri avevano determinato la seguente situazione:

²² N. 125 ambiti territoriali anche per il 2015.

Tabella 15 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2013

Regione / Provincia autonoma	Numero ambiti territoriali finanziati
Valle d'Aosta	1
Molise	1
Provincia di Bolzano	1
Provincia di Trento	1
Basilicata	1
Umbria	1
Friuli Venezia Giulia	1
Abruzzo	1
Liguria	1
Marche	1
Sardegna	2
Calabria	2
Toscana	2
Puglia	3
Piemonte	3
Emilia Romagna	3
Veneto	3
Sicilia	3
Lazio	3
Campania	3
Lombardia	3
Totale	40

b) Anno 2014

- Fino a 250.000 persone residenti poteva essere finanziato un ambito territoriale;
- tra 250.000 e 500.000 potevano essere finanziati due ambiti territoriali;
- tra 500.000 e 750.000 potevano essere finanziati tre ambiti territoriali;
- tra 750.000 e 1.000.000 potevano essere finanziati quattro ambiti territoriali;
- tra 1.000.000 e 1.300.000 potevano essere finanziati cinque ambiti territoriali;
- tra 1.300.000 e 2.200.000 non vi erano regioni/province autonome;
- tra 2.200.000 e 2.500.000 potevano essere finanziati otto ambiti territoriali;
- tra 2.500.000 e 3.000.000 potevano essere finanziati nove ambiti territoriali;
- tra 3.000.000 e 3.500.000 potevano essere finanziati dieci ambiti territoriali;
- tra 3.500.000 e 4.000.000 potevano essere finanziati undici ambiti territoriali;
- oltre i 4.000.000 potevano essere finanziati dodici ambiti territoriali.

Conseguentemente ne era scaturita la seguente situazione:

Tabella 16 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2014

Regione / Provincia autonoma	Numero ambiti territoriali finanziabili
Valle d'Aosta	1
Molise	1
Provincia di Bolzano	2
Provincia di Trento	2
Basilicata	2
Umbria	3
Friuli Venezia Giulia	3
Abruzzo	4
Liguria	4
Marche	4
Sardegna	5
Calabria	5
Toscana	8
Puglia	9
Piemonte	9
Emilia Romagna	9
Veneto	10
Sicilia	10
Lazio	11
Campania	11
Lombardia	12
Totale	125

c) Anno 2015

- Fino a 250.000 persone residenti poteva essere finanziato un ambito territoriale;
- tra 250.000 e 500.000 potevano essere finanziati due ambiti territoriali;
- tra 500.000 e 750.000 potevano essere finanziati tre ambiti territoriali;
- tra 750.000 e 1.000.000 potevano essere finanziati quattro ambiti territoriali;
- tra 1.000.000 e 1.300.000 potevano essere finanziati cinque ambiti territoriali;
- tra 1.300.000 e 2.200.000 non vi erano regioni/provincie autonome;
- tra 2.200.000 e 3.000.000 potevano essere finanziati nove ambiti territoriali;
- tra 3.000.000 e 4.000.000 potevano essere finanziati undici ambiti territoriali;
- tra 3.500.000 e 6.000.000 non vi erano regioni/provincie autonome;
- oltre i 6.000.000 potevano essere finanziati tredici ambiti territoriali.

Conseguentemente ne era scaturita la seguente situazione:

Tabella 17 - Numero di ambiti territoriali finanziati nel 2015

Regione / Provincia autonoma	Numero ambiti territoriali finanziabili
Valle d'Aosta	1
Molise	1
Basilicata	3
Umbria	3
Friuli Venezia Giulia	3
Abruzzo	4
Liguria	4
Marche	4
Sardegna	5
Calabria	5
Toscana	9
Puglia	9
Piemonte	9
Emilia Romagna	9
Veneto	11
Sicilia	11
Lazio	11
Campania	11
Lombardia	13
Totale	125

In relazione a quanto sopra occorre evidenziare che ogni anno il ministero ha ristretto le maglie delle linee guida.

Sta di fatto, però, che le risorse messe a disposizione del fondo per l'attività delle regioni afferenti i succitati progetti di natura sperimentale, sono state senza dubbio di scarsa entità.

Si evidenzia, nelle tabelle che seguono, la ripartizione per area geografica del numero degli ambiti territoriali finanziabili nel triennio 2013-2015 dove è possibile apprezzare il sensibile squilibrio esistente, al riguardo, tra l'area del Centro-Nord e quella del Sud ed Isole.

In sostanza, con i criteri adottati dalle linee guida (età + numero di abitanti) per l'ultimo triennio solo il Centro-Nord è stato destinatario di circa i 2/3 del totale complessivo dei finanziamenti.

Sarebbe auspicabile, per il futuro, che il ministero valuti di aggiungere, tra i criteri di assegnazione delle risorse, anche la componente "reddituale" afferente le specifiche aree

territoriali di intervento, affinché le zone più povere del paese possano ottenere maggiori risorse economiche.

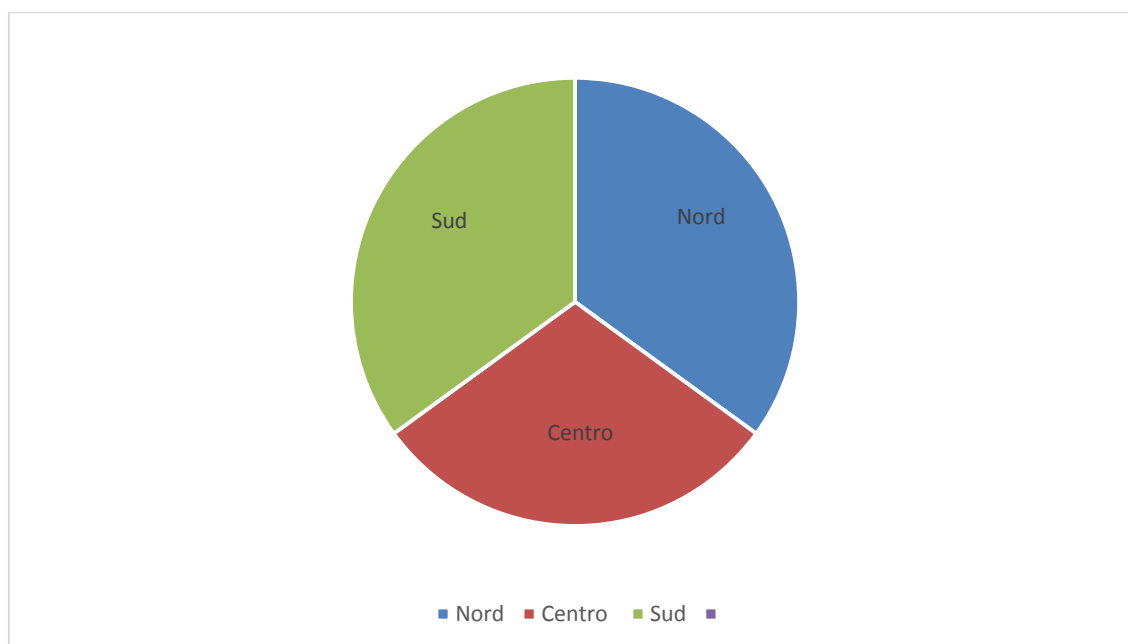
Anno 2013

Tabella 18 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2013

Area geografica	Numero ambiti territoriali finanziati
Nord	14
Centro	12
Sud	14
Totale	40

di cui la seguente rappresentazione grafica.

Grafico 1 - Numero ambiti finanziati nel 2013



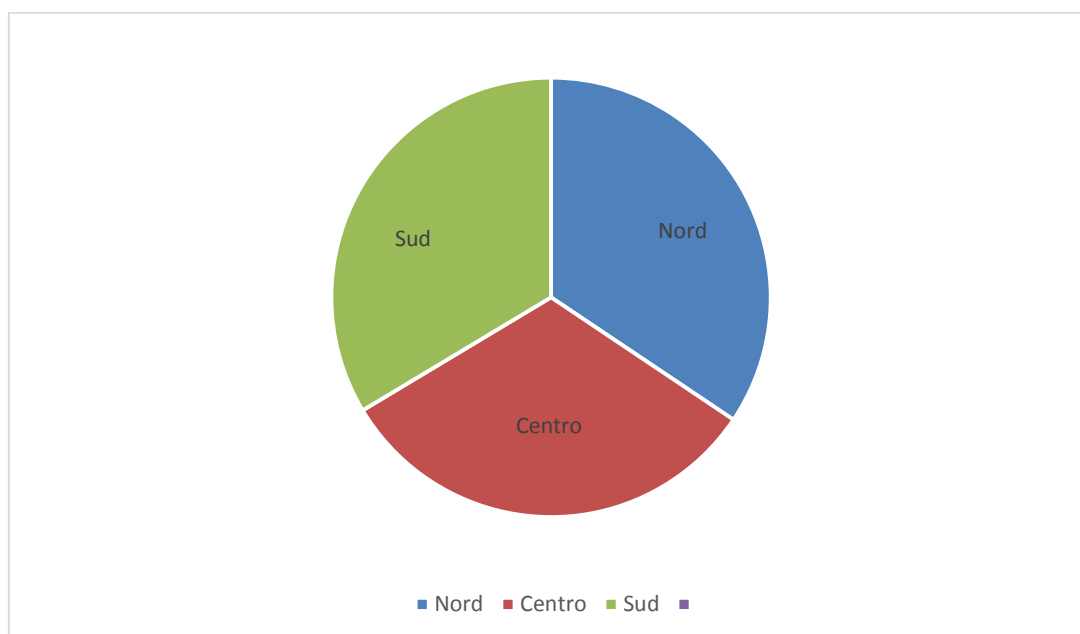
Anno 2014

Tabella 19 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2014

Area geografica	Numero ambiti territoriali finanziabili
Nord	43
Centro	40
Sud	42
Totale	125

di cui la seguente rappresentazione grafica.

Grafico 2 - Numero ambiti finanziati nel 2014



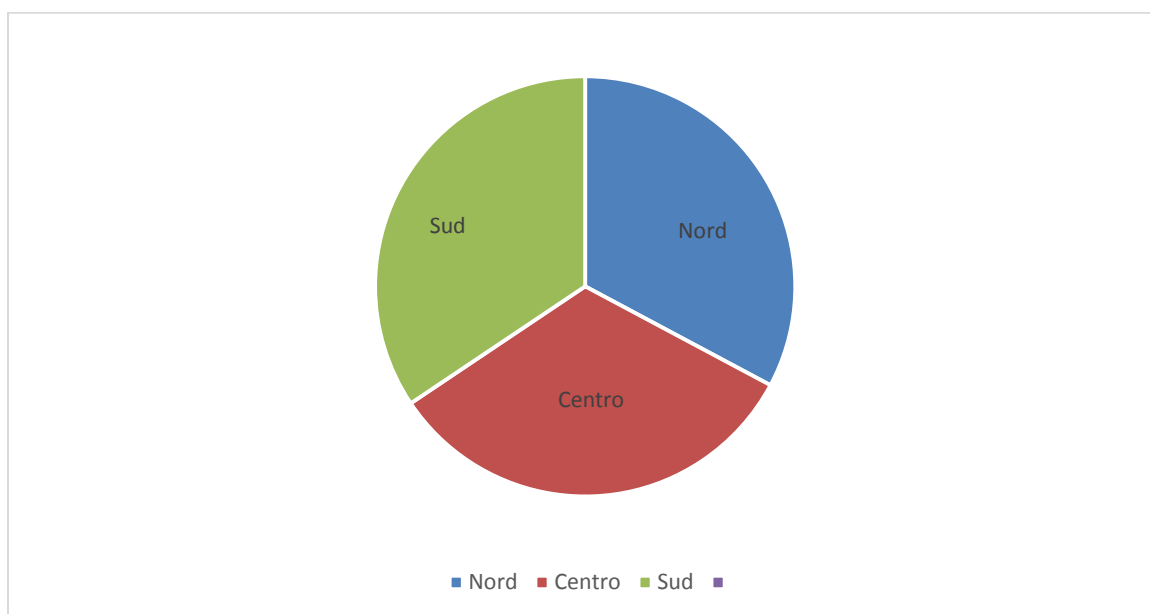
Anno 2015

Tabella 20 - Macroaree di ambiti territoriali finanziati nel 2015

Area geografica	Numero ambiti territoriali finanziabili
Nord	41
Centro	41
Sud	43
Totale	125

di cui la seguente rappresentazione grafica.

Grafico 3 - Numero ambiti finanziati nel 2015



Delle iniziative progettuali riferite all'anno 2014, ad oggi, risultano essere state liquidate, a seguito della comunicazione di effettivo avvio delle attività e solo per otto regioni, le prime *tranche*, pari al 50 per cento dell'importo totale del contributo accordato, così come di seguito:

Tabella 21 - Somme liquidate per progetti del 2014

Regione / Provincia autonoma	Finanziamento complessivo	Data inizio attività	I tranche 50%	Durata progetto
Basilicata	160.000,00	1/9/2015	80.000,00	12 mesi
Campania	958.840,00	4/6/2015	479.420,00	12 mesi
Emilia Romagna	869.600,00	1/9/2015	434.800,00	12 mesi
Liguria	320.000,00	6/8/2015	160.000,00	12 mesi
Marche	320.000,00	1/6/2015	160.000,00	12 mesi
Piemonte	671.816,00	9/1/2015	335.908,00	12 mesi
Sardegna	400.000,00	21/5/2015	200.000,00	12 mesi
Toscana	792.005,00	18/6/2015	396.002,00	12 mesi

Come si evidenzia dalla tabella, solo una regione (Piemonte) ha dato inizio alle attività nel mese di gennaio 2015, in aderenza a quanto previsto al punto 4, lett. f), del d.d.g. n. 182/2014 che riporta, all'interno del cronoprogramma, l'avvio delle attività progettuali.

Conseguentemente sarebbe opportuno, per il futuro, che il ministero fosse più vigile ed incisivo per sensibilizzare i vari enti locali affinché, con solerzia, rispettino gli impegni assunti.

4. I controlli del Ministero del lavoro

Va precisato che il Ministero del lavoro ha a disposizione tutti gli atti di erogazione delle regioni e delle province autonome, le quali ove impegnino e spendano direttamente le risorse, sono tenute a trasmettere alla competente Direzione generale i relativi documenti giustificativi.

Qualora, però, la regione interessi un istituto di ricerca (ad es. un Ircss) per attuare il progetto, ed a questo operi i relativi trasferimenti, la competenza per la verifica della regolarità della spesa ricade sulla regione stessa. Il ministero appura soltanto come le specifiche risorse siano state effettivamente trasferite a quel determinato istituto.

In sostanza, la competente direzione generale effettua, *ex post*, un controllo di primo livello sulle fatture di spesa pervenute dalla regione, qualora quest'ultima spenda direttamente i fondi trasferiti dal ministero stesso.

Il controllo di secondo livello invece è affidato alla regione o provincia autonoma. In questo caso, ad esempio, la nota di pagamento dell'istituto di ricerca interessato alla realizzazione del progetto perviene al ministero limitatamente alle risorse finanziarie che la

regione abbia trasferito a quest'ultima.

Il principio di base è che il ministero effettua il controllo della spesa della regione, mentre quest'ultima dovrà effettuare il controllo complessivo della spesa sostenuta dagli enti attuatori che ha coinvolto a “valle”.

Per tale controllo di “secondo livello” il ministero potrà soltanto richiedere chiarimenti per meglio comprendere le modalità di svolgimento dei vari progetti.

In conclusione, il controllo si esercita sulle relazioni inviate dagli enti locali sulle quali la Direzione effettua una verifica di tipo cartolare in base alla documentazione finanziaria presentata.

CAPITOLO VI

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Le regioni, sulla base delle indicazioni contenute nella l. n. 162/1998, nel corso di questi ultimi anni hanno testato e messo alla prova una progettualità finalizzata all'assistenza indiretta, all'incentivazione della domiciliarità e, seppur in modo minimale, al supporto a percorsi di autonomia personale.

1. Come riconosciuto dal Ministero del lavoro, le esperienze di cui si è detto hanno avuto un indubbio valore di innovazione sociale e pur tuttavia sono emerse criticità relative alla programmazione degli interventi.

Innanzitutto, si sono determinati sensibili disallineamenti tra le regioni, ma anche all'interno delle stesse tra comuni e comuni, talvolta enfatizzati dalla complicità di mantenere le buone prassi, laddove esistente, attivate nel lustro passato, a causa forse anche delle riduzioni dei finanziamenti dei fondi sociali degli ultimi anni.

Più in particolare, per come è stato fatto rilevare anche nel Programma d'azione 2015 nell'individuazione della platea degli "aventi diritto", si sono spesso adottati criteri sanitari più che elementi di valutazione del rischio di esclusione, mentre è tuttora rilevante il peso della mancata unificazione e concertazione degli interventi (sociali, educativi, sanitari e socio-sanitari).

Infine, va evidenziato che non hanno ancora assunto la necessaria centralità gli interventi che stimolino l'acquisizione della cosiddetta "disabilità adulta", soprattutto in favore delle persone con disabilità intellettiva.

Sta di fatto che i centri o servizi per la vita indipendente, laddove attivati, hanno offerto alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione individualizzata e, allo stesso tempo, un aiuto per gli aspetti più pratici ed operativi nella gestione dell'assistenza indiretta.

Da ciò deriva che, valorizzando tale esperienza ancora a livello "embrionale", sarebbe auspicabile, per il futuro, l'implementazione di strutture operative in grado di offrire una nuova forma di assistenza modulata sulle esigenze del disabile (definibile assistenza personale autogestita), che dovrà essere intesa, ovviamente, diversa dall'assistenza domiciliare (quale servizio infermieristico che consegue lo scopo di evitare la congestione

degli ospedali), ma anche dalle forme di assistenza dei servizi sociali, in quanto non è più l'ente a dare unilateralmente assistenza, ma questo dovrebbe divenire un servizio offerto su richiesta del disabile stesso e nei termini da lui definiti.

Questi, unitamente ad un'*equipe* multidisciplinare presente nell'ambito socio-assistenziale, potrebbe elaborare un proprio progetto di vita, in base al quale si possano stabilire le modalità di assistenza, nonché il relativo costo.

2. Siccome l'obiettivo generale è quello di proseguire nello sviluppo di un percorso condiviso di promozione della "vita indipendente", lavorando sull'esigenza di omogeneità a livello nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia organizzativo-programmatoria delle regioni, anche alla luce dell'art. 16 del d.l. 9 febbraio 2012, n. 5, convertito con modificazioni dalla l. 4 aprile 2012, n. 35, appare quanto mai necessario ed urgente che - al fine di semplificare e razionalizzare lo scambio di dati volto a migliorare il monitoraggio - per la programmazione e la gestione delle politiche sociali tutti gli enti erogatori di interventi e servizi sociali inviino all'Inps le informazioni sui beneficiari e sulle prestazioni concesse, raccordando i flussi informativi relativi a diverse disposizioni in materia di politiche sociali e assistenziali le quali dovranno alimentare il c.d. Casellario dell'assistenza.

Le informazioni sui beneficiari e sulle prestazioni concesse, integrate con i dati relativi alle condizioni economiche dei beneficiari medesimi e con tutti gli altri dati pertinenti presenti negli archivi dell'Inps, dovranno essere utilizzate e scambiate con le amministrazioni competenti non solo per fini di gestione, programmazione, monitoraggio della spesa sociale e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, ma anche per elaborazioni a fini statistici, di ricerca e di studio e, in particolare, ai fini dell'alimentazione del sistema informativo dei servizi sociali.

Le informazioni che dovranno essere trasmesse al casellario dagli enti pubblici responsabili dell'erogazione e della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e socio-sanitari attivati a favore delle persone non autosufficienti devono essere al più presto integrate e coordinate dall'Inps con quelle raccolte dal Nuovo sistema informativo sanitario e dagli altri sistemi informativi dell'Inps.

Conseguentemente, dovrà essere possibile a livello programmatico compiere valutazioni circa l'economicità e l'efficienza dell'intervento da effettuare, cosicché, ad esempio, ad una maggiore spesa nel settore sociale dovrebbe corrispondere un minore numero di ricoveri

ospedalieri e un risparmio di spesa sanitaria.

Queste valutazioni, quando sarà completato il casellario, dovranno costituire la base essenziale ed imprescindibile per il ministero al fine di definire preventivamente i criteri di riparto delle dotazioni economiche di sostegno.

In sostanza, l'utilizzo della suddetta tecnologia, per la quale vi è l'auspicio che possa essere operativa al più presto, appare uno strumento di supporto necessario e indefettibile per il ministero, proprio per scongiurare quanto già registrato nel 2015, laddove, a consuntivo, si è constatato che sono stati spesi 282 euro *pro-capite* nella Provincia autonoma di Trento, per far fronte alle specifiche esigenze, contro gli appena 26 euro della Regione Calabria e quindi, in sostanza, che il Sud ha speso, in media, poco più di un terzo rispetto al Nord.

3. Inoltre, quanto alla distribuzione delle risorse per i c.d. progetti di “vita indipendente”, oltre che alla rimanente parte del Fna, sarebbe auspicabile, per il futuro, che nell'ambito delle linee guida venga previsto anche il parametro della “redditività dell'area di intervento”, oltre ai requisiti di età e di numero di abitanti, affinché il criterio anagrafico-residenziale non debba rivelarsi elemento di maggior favore tra cittadini rispetto agli altri che risiedono in contesti territoriali economicamente più svantaggiati.

4. Infine, come evidenziato dalla relazione, solo il Piemonte ha dato inizio alle attività nel mese di gennaio 2015, in aderenza a quanto previsto al punto 4, lett. f), del d.d.g. n. 182/2014 che riporta, all'interno del cronoprogramma, l'auspicabile avvio delle attività progettuali.

In conclusione, è doveroso, per il futuro, che il ministero sia più vigile ed incisivo nel sensibilizzare i vari enti locali affinché, senza indugi, rispettino, anche cronologicamente, gli impegni assunti.



SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO