



Delibera della Giunta Regionale n. 70 del 22/02/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 5 - Direzione Generale per le politiche sociali e socio-sanitarie

U.O.D. 91 - STAFF - Funzioni di supporto tecnico - operativo

Oggetto dell'Atto:

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ULTERIORI DETERMINAZIONI.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) Con D.G.R. n. 325 del 30/06/2020 è stato approvato il Piano Regionale per la Non Autosufficienza, finalizzato alla promozione di interventi domiciliari per non autosufficienti attraverso gli assegni di cura, in recepimento delle indicazioni del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ex D.P.C.M. 21/11/19 ed il Programma Regionale di Assegni di cura per disabili gravissimi e gravi, quale strumento operativo per l'attuazione del Piano Regionale per le Non Autosufficienze per il triennio 2020 – 2021;
- b) con D.G.R. n. 121 del 14/03/2023 ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 è stato tra le altre, approvato il Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, allegato A alla delibera, in attuazione di quanto disposto con il D.P.C.M. 03/10/22, nonché il Programma Regionale di Assegni di Cura e Voucher per disabili gravissimi e disabili gravi, quale strumento operativo per l'attuazione del Piano Regionale per le Non Autosufficienze per il triennio 2022 – 2024, Allegato B alla citata Delibera;
- c) la medesima D.G.R. n. 121/2023 ha previsto che per l'accesso alle risorse per ciascuna annualità gli enti capofila degli Ambiti Territoriali presentino alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio-Sanitarie programmi territoriali coerenti con le indicazioni contenute nel Programma Regionale (All. A) e correlate circolari attuative;
- d) la predetta D.G.R. n. 121/2023 ha demandato alla Direzione Generale Politiche Sociali e Socio-sanitarie gli atti connessi e conseguenziali ivi compreso il monitoraggio dell'andamento della spesa e dei servizi attivati dagli ambiti per l'attuazione del Programma regionale, anche al fine di assumere misure correttive;

PRESO ATTO che sulla base dell'istruttoria dei competenti uffici regionali, risulta che:

- a) il programma regionale di assegni di cura e voucher per disabili gravissimi e gravi è stato interessato da un ampio filone di contenzioso seriale incardinato dinanzi al Giudice Amministrativo vertente prevalentemente in ambito di riconoscimento dell'assegno di cura nei confronti dei minori affetti da spettro autistico e nel cui ambito sono stati impugnati i precedenti e correlati atti di programmazione regionale recanti i criteri anche di priorità per l'accesso alle misure di che trattasi;
- b) tali vertenze che hanno visto l'Amministrazione regionale chiamata in giudizio in ragione degli atti di Programmazione adottati nel tempo ed in particolare con riferimento al programma afferente al FNA assentito con DGR n 325/2020, in uno agli Enti preposti alla erogazione delle misure, sebbene siano esitate in pronunce prevalentemente favorevoli emesse dal Giudice di prime cure, sono state appellate dai ricorrenti dinanzi al Consiglio di Stato;
- c) il Consiglio di Stato ha definito i giudizi di che trattasi con recenti pronunce, tra le quali la Sentenza n. 10566/2023 pubblicata in data 6/12/2023, che evidenzia la formazione di un orientamento contrario rispetto al convincimento del Giudice di prime cure e comunque, per quanto attiene ai criteri di priorità indicati negli atti di programmazione adottati per l'accesso alle misure in questione, e nello specifico al requisito della sussistenza del trattamento di cure domiciliari, assume, per le motivazioni in fatto ed in diritto riportate nella pronuncia in esame, che il medesimo criterio non possa essere applicato al caso di specie;
- d) in considerazione di tali pronunciamenti è stato richiesto, con nota prot. 2023.0619301 un parere tecnico giuridico all'Ufficio Speciale Avvocatura regionale nel merito della opportunità di conformare alla pronuncia del Supremo Consesso gli Atti di Programmazione regionale nella parte recante i criteri di priorità per l'accesso alle misure interessate anche in funzione deflattiva del contenzioso e nell'interesse pubblico generale; tale richiesta è stata esitata con parere n. PP 333-50-05-2023 favorevole al recepimento dell'orientamento giurisprudenziale formatosi nella materia come integrato da successivo parere PP33-5005-2023;
- e) al fine di dare ottemperanza alla sentenza del Consiglio di Stato n. 10566/2023 riferita alla richiamata DGR n. 325/2020, la quale ha esaurito i propri effetti stante il riferimento temporale di relativa attuazione, con nota prot. 2024.0066783 della Direzione Generale Politiche Socio sanitarie si è chiesto agli ambiti coinvolti dai giudizi afferenti alla pronuncia del Consiglio di Stato di conformarsi alle determinazioni contenute nella sentenza n. 10566/2023; con nota prot. 2024.0066796 della medesima Direzione Generale, anche in un'ottica deflattiva del contenzioso, sono stati formulati, altresì, sulla base dei suggerimenti di cui al precitato parere reso dall'Avvocatura regionale, indirizzi agli ambiti interessati da contenzioso non ancora definito, di valutare, sia pure nel rispetto della propria autonomia funzionale e decisoria, l'opportunità di riesaminare la

posizione/domanda dei disabili/ricorrenti che hanno adito il giudice amministrativo, nelle more della definizione dei rispettivi giudizi;

- f) in considerazione della vigenza all'attualità del programma riferito al FNA 2022/2024 di cui alla D.G.R. 121/2023, attuato per la prima annualità e in corso per le annualità 2023 e 2024, in ossequio al principio di autotutela, anche in un'ottica deflativa del contenzioso, appare necessario operare la riedizione dell'azione amministrativa a fini conformativi al citato orientamento giurisprudenziale; a tale proposito alla luce del prevalente interesse a garantire l'assistenza alle persone gravissime senza interruzione alcuna vanno salvaguardati gli effetti eventualmente medio tempore consolidati in esito all'attuazione della DGR 121/2023;
- g) alla luce dell'attuazione della misura attualmente in corso e tenuto conto delle diverse problematiche rappresentate dagli ambiti e dai potenziali destinatari del programma è emersa l'esigenza di valutare azioni correttive al programma regionale assentito con la richiamata D.G.R. 121/2023, ulteriori rispetto a quelli afferenti alle pronunce del Consiglio di Stato di cui in narrativa, da applicare alla programmazione FNA 2023 – 2024 fatte salve eventuali misure correttive a farsi; a tale proposito è stato convocato con mail del 5 febbraio 2024 per il giorno 8 febbraio l'Osservatorio per le disabilità; l'invito è stato esteso anche agli ambiti territoriali;
- h) con nota prot. 68808/2024 gli Uffici regionali hanno chiesto al Ministero competente di riconoscere in capo agli Ambiti la facoltà di destinare il 50% della quota del FNA riservata ai servizi attraverso l'erogazione della misura assegno di cura in forma indiretta, sia pure rispettando l'incremento del 10% nel triennio di riferimento; ciò allo scopo di consentire ai medesimi di attivare i servizi nei tempi necessari e, nel contempo, garantire con la massima tempestività ogni forma di sostegno ai disabili gravissimi;
- i) in esito all'incontro con l'osservatorio e con gli ambiti tenutosi lo scorso 8 febbraio è stata condivisa l'esigenza di assumere le seguenti misure correttive al programma regionale valevoli per la programmazione da attivare afferenti alle annualità FNA 2023 e 2024:
 1. conferma circa l'eliminazione del criterio di priorità relativo alla "eleggibilità alle cure domiciliari" in ossequio all'orientamento del Consiglio di Stato in merito; nell'ambito delle risorse disponibili l'assegno di cura sarà disposto in forma diretta prioritariamente ai gravissimi valutati esclusivamente sulla base delle scale e dei parametri approvati con DM 26/09/2016 e, nei limiti delle risorse nella disponibilità dell'Ambito, ai gravi valutati sulla base delle scale approvate con il medesimo D.M. 26/09/2016; a parità delle condizioni di gravità sarà preferito chi possiede ISEE più basso;
 2. eliminazione della riduzione prevista per i minori che frequentano la scuola;
 3. chiarimento circa la possibilità di rendicontare i contratti di assistenza anche riferiti ai parenti se consentiti e rispettosi della vigente normativa in materia, confermando il principio che l'assegno di cura non costituisce integrazione al reddito;

RITENUTO, pertanto

- a) di dover modificare l'allegato B della DGR 121/2023 nella parte in cui viene richiamato quale criterio di priorità l'eleggibilità alle cure domiciliari e, nello specifico, sostituire al par. 6, la dicitura "*Nell'ordine: 1. Anziani non autosufficienti ad alto carico assistenziale, 2. Persone con disabilità gravissima, 3. Anziani non autosufficienti a basso carico assistenziale, 4. Persone con disabilità grave. Fermi restando l'ordine di priorità sopra esposto, è prioritario l'accesso di coloro che sono inseriti in programmi di Cure Domiciliari integrate. Sono considerate prioritarie le persone con punteggi più alti, e con condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI e con ISEE più basso)*" con la dicitura "*È prioritario il soddisfacimento della platea di utenti definita dalle persone con disabilità gravissima. Avendo garantito prioritariamente tale platea, nei limiti delle risorse nella disponibilità dell'Ambito, è possibile l'ammissione al programma delle persone con disabilità grave. Fermo restando la priorità sopra esposta, nel perimetro di ciascuna condizione, "gravissima" o "grave", qualora necessario, al fine di graduare le richieste, sono considerate le condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C delle schede SVAMA e SVAMDI e ISEE più basso)*"; tale modifica viene operata facendo salve le eventuali posizioni medio tempore consolidate all'esito dell'attuazione della prima annualità afferente al programma FNA 2022;
- b) di dover approvare l'Allegato A "Piano Regionale per la Non Autosufficienza Aggiornamento 2023 - 2024" e l'Allegato B "Programma Regionale di Assegni di Cura e Voucher per disabili gravissimi e disabili gravi Aggiornamento 2023 - 2024", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per le annualità FNA 2023 e 2024, a modifica della DGR 121/2023 e dei relativi allegati;
- c) di dover confermare integralmente la Delibera di Giunta n. 121 del 14.03.2023 per le parti non interessate

dalle modifiche di cui al presente provvedimento;

- d) di dover demandare ai competenti Uffici della Direzione Generale Politiche sociali e socio sanitarie il compito di dare attuazione agli indirizzi formulati con il presente provvedimento, anche all'esito della interlocuzione in corso con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali in ordine alla possibilità di impiegare parte delle risorse assegnate agli ambiti per i servizi in favore delle persone con disabilità gravissime e gravi in forma diretta nelle more della strutturazione dei detti servizi;

VISTI tutti gli atti richiamati in premessa che qui si intendono integralmente riportati;

PROPONE, e la Giunta in conformità a voto unanime

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte

1. di modificare l'allegato B della DGR 121/2023 nella parte in cui viene richiamato quale criterio di priorità l'eleggibilità alle cure domiciliari e, nello specifico, sostituire al par. 6, la dicitura "*Nell'ordine: 1. Anziani non autosufficienti ad alto carico assistenziale, 2. Persone con disabilità gravissima, 3. Anziani non autosufficienti a basso carico assistenziale, 4. Persone con disabilità grave. Fermi restando l'ordine di priorità sopra esposto, è prioritario l'accesso di coloro che sono inseriti in programmi di Cure Domiciliari integrate. Sono considerate prioritarie le persone con punteggi più alti, e con condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMDI e con ISEE più basso)*" con la dicitura "*È prioritario il soddisfacimento della platea di utenti definita dalle persone con disabilità gravissima. Avendo garantito prioritariamente tale platea, nei limiti delle risorse nella disponibilità dell'Ambito, è possibile l'ammissione al programma delle persone con disabilità grave. Fermo restando la priorità sopra esposta, nel perimetro di ciascuna condizione, "gravissima" o "grave", qualora necessario, al fine di graduare le richieste, sono considerate le condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C delle schede SVAMA e SVAMDI e ISEE più basso)*"; tale modifica viene operata facendo salve le eventuali posizioni medio tempore consolidate all'esito dell'attuazione della prima annualità afferente al programma FNA 2022;
2. di approvare l'Allegato A "Piano Regionale per la Non Autosufficienza Aggiornamento 2023 - 2024" e l'Allegato B "Programma Regionale di Assegni di Cura e Voucher per disabili gravissimi e disabili gravi Aggiornamento 2023 - 2024", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per le annualità FNA 2023 e 2024, a modifica della DGR 121/2023 e dei relativi allegati;
3. di confermare integralmente la Delibera di Giunta n. 121 del 14.03.2023 per le parti non interessate dalle modifiche di cui al presente provvedimento;
4. di demandare ai competenti Uffici della Direzione Generale Politiche sociali e socio sanitarie il compito di dare attuazione agli indirizzi formulati con il presente provvedimento, anche all'esito della interlocuzione in corso con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali in ordine alla possibilità di impiegare parte delle risorse assegnate agli ambiti per i servizi in favore delle persone con disabilità gravissime e gravi in forma diretta nelle more della strutturazione dei detti servizi;
5. di inviare la presente delibera al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale per le politiche sociali e sociosanitarie, anche per la notifica agli Ambiti territoriali, e al B.U.R.C. per la pubblicazione.

Allegato A

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE Aggiornamento 2023-2024

1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

Il Piano Regionale Non Autosufficienza si sviluppa a partire dal quadro normativo regionale delineato dal titolo V della L.R. n. 11/2007 (artt. 37 - 42) dedicato ai “Servizi sociali e sanitari integrati per la non autosufficienza” e alla disciplina della programmazione degli interventi e della integrazione organizzativa, gestionale e professionale per l'erogazione dei servizi sociali e sociosanitari.

Il Piano tiene conto delle disposizioni contenute negli atti regionali attuativi della citata legge e delle numerose deliberazioni che hanno dettato specifici indirizzi, anche in materia di integrazione sociosanitaria, al fine di garantire, nell'applicazione della disciplina di riferimento, uniformità e coerenza con le finalità del legislatore.

Tali disposizioni, sintetizzate nel paragrafo a seguire, costituiscono un sistema in grado di dare, fin da subito, piena attuazione al LEPS integrato di processo così come delineato nel Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022 – 2024. Di tale Livello Essenziale - che interessa il percorso assistenziale integrato promosso dalla programmazione nazionale e propedeutico alla messa in atto dei servizi dedicati alla persona (comma 163 della Legge 234/2021) - la Regione Campania ha da tempo disciplinato le macrofasi, quali l'accesso, la prima valutazione, la valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato e il monitoraggio degli esiti di salute. La disciplina regionale restituisce dunque un sistema integrato sociosanitario evoluto da un punto di vista istituzionale, organizzativo e professionale, su cui è necessario concentrare un ulteriore sforzo di efficientamento attuativo.

A partire da tale quadro, nel corso di attuazione triennale del Piano Regionale Non Autosufficienza, sulla base del monitoraggio in itinere della programmazione e degli interventi, e con la definizione dei LEPS rivolti alle persone con disabilità da parte dei Decreti delegati di attuazione della Legge 227/2021 (“Legge delega in materia di disabilità”) e della prevista riforma del Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, ovvero delle recenti disposizioni relative all'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale (DM 77/2021), saranno possibili nuove disposizioni o indicazioni operative di aggiornamento del percorso sociosanitario integrato, ivi compreso degli strumenti di valutazione bio-psico-sociale della capacità dell'individuo.

Il Piano Regionale è assunto in stretto raccordo con il Piano triennale Sociale Regionale (PSR) che prevede, tra le azioni strategiche del triennio 2022 – 2024, il rafforzamento dei servizi assistenziali domiciliari, sia di natura sociale che integrata, per le persone non autosufficienti con fragilità e, in particolare, per gli anziani non autosufficienti e per i disabili anche minori.

Il Piano è altresì adottato nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza e disabilità, attraverso la convocazione di tavoli di confronto con i rappresentanti degli Ambiti/Consorzi regionali e la convocazione dell'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità. Dell'Osservatorio fanno parte diversi esponenti del terzo settore, dei sindacati e delle associazioni, insieme a vari rappresentanti istituzionali delegati per le politiche sociali e culturali, il lavoro, la ricerca, l'università, la salute e il turismo, dell'Ente regionale.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)

La Legge Regionale n. 11/2007, “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”, ha identificato i soggetti del welfare campano, gli strumenti di programmazione ed attuazione, gli ambiti di intervento, le modalità con le quali promuovere l'integrazione socio-sanitaria. La legge regionale definisce la qualità e la regolazione integrata del sistema, nonché gli strumenti di garanzia e di controllo, e attribuisce alla Regione, in particolare, funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi sociali.

L'art. 41 della predetta L.R. 11/2007 prevede l'istituzione della **Porta Unitaria di Accesso (P.U.A.)** alle prestazioni sociosanitarie e delle **Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.)** mediante un regolamento adottato da Comuni ed ASL in allegato al Piano di Zona. Con varie deliberazioni, tra cui la DGR. n. 40/2011 e la DGR. n. 320/2012, la Regione ha promosso una governance unitaria dell'assetto sociosanitario dei servizi alla persona e definito gli ambiti territoriali e i distretti sanitari regionali.

Con DGR. n. 41 del 14/02/2011 recante “Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania”, la Regione ha fornito indicazioni operative a Comuni ed ASL per l'attuazione dell'art. 41 della L.R. 11/2007 e quindi per la regolamentazione delle procedure sociosanitarie di accesso e valutazione multidimensionale, nonché per la presa in carico degli utenti mediante un progetto sociosanitario personalizzato. Si tratta di indicazioni propedeutiche alla corretta erogazione degli interventi domiciliari che sono denominati “Cure Domiciliari” e suddivisi in I, II e III livello secondo il grado d'intensità assistenziale. Per ciascun livello sono definite le prestazioni di competenza sanitaria e sociale e le relative figure professionali.

Oltre alla citata DGR. n. 41/2011, la Regione ha disciplinato in dettaglio la P.U.A. adottando la DGR. n. 790 del 21/12/2012 recante “Linee Operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari –P.U.A.” L'accesso unitario è qui inteso come una funzione integrata esercitata dagli sportelli di Segretariato Sociale per conto dei Comuni e dai Distretti Sanitari per conto delle ASL.

In attuazione delle predette deliberazioni, i Comuni e le ASL hanno istituito le U.V.I. presso ciascun Distretto Sanitario ed hanno adottato un regolamento che disciplina le funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti e con disabilità.

Le U.V.I. sono composte al minimo dal medico di base, dal medico specialista del Distretto Sanitario e dall'assistente sociale delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale. Tale composizione minima può essere integrata da altre figure professionali sia sanitarie che sociali secondo i casi specifici.

Con DGR n. 50 del 28/02/2012 sono stati individuati, ai sensi dell'art. 37 c. 3 della legge regionale n. 11/2007, le tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate e la ripartizione degli oneri finanziari tra enti locali, ASL e utenti nonché approvato lo **Schema tipo di convenzione** tra comuni associati in ambiti territoriali ed AA.SS.LL. di riferimento

Con le DGR. n. 323 e n. 324 del 03/07/2012 sono stati adottate, per valutare le condizioni di bisogno assistenziale sia sanitario che sociale e per definire un **Piano Assistenziale Individuale**, le schede S.Va.MA per gli anziani e S.Va.M.Di. per i disabili adulti.

Con il secondo Programma regionale ex DD. 223/2019, sono state invece adottate le scale di valutazione sanitaria approvate con DM. del 26/9/2016, in aggiunta alle schede SVAMA e SVAMDI, per l'individuazione delle persone con disabilità gravissime per l'accesso agli Assegni di Cura.

1.2.1 Ambiti territoriali

In attuazione dell'art. 19 della L.R. 11/2007, sono stati individuati come soggetti competenti a sostenere le politiche in materia sociale gli Ambiti Territoriali, non a caso coincidenti con uno o più Distretti Sanitari di una stessa ASL.

Tabella 1 - Ambiti Territoriali Regione Campania

Provincia	Ambiti Territoriali	AT con forme associative ≠ Convenzione	Distretti Sanitari
Avellino	6	6	6
Benevento	5	1	5
Caserta	10	1	12
Napoli	25	2	29
Salerno	14	5	13
totale	60	15	65

Stante quanto previsto dall'art. 23 del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, la Regione sostiene forme associative tra Enti Locali più adeguate ad assicurare l'esigibilità, la continuità e la qualità dei servizi e delle prestazioni. Pertanto, con DGR. n. 628/2021, la Regione prevede premialità economiche a favore degli Ambiti che costituiscono forme associative e/o di gestione diverse dalla Convenzione. Al momento, il territorio regionale campano è ripartito, come da *tabella 1*, in 60 Ambiti territoriali, di cui 15 costituiti in Consorzi/Aziende Consortili.

1.2.2. Punti Unici di Accesso

Le Porte Uniche di Accesso (P.U.A.), regolate con la DGR. n. 790/2012, costituiscono il punto di ingresso unitario al sistema integrato sociosanitario campano. Nell'ottica del processo lavorativo della P.U.A., come indicato nella DGR. n. 41 del 14 febbraio 2011, "la presa in carico può essere definita come un processo integrato e continuativo che si configura come governo di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso ed articolato". Le funzioni essenziali delle P.U.A. sono quelle di semplificazione dei percorsi di accesso al sistema dei servizi, attraverso un accesso unitario e il raccordo tra i servizi, sia dello stesso settore che tra servizi sociali e sanitari.

Tali funzioni sono quelle minime essenziali da garantire anche nelle Case di Comunità in corso di realizzazione (Missione 6, Componente 1 del PNRR). La Regione, in attuazione del PNRR ed a seguito di una ricognizione territoriale effettuata dalle Aziende Sanitarie, in risposta al fabbisogno sanitario rilevato, ha proposto al Ministero della Salute, tramite trasmissione di schede di intervento nella piattaforma "Servizi Agenas", la realizzazione di:

- n. 172 Case della Comunità;
- n. 62 Centrali Operative Territoriali;
- n. 48 Ospedali della Comunità.

Attualmente risultano avviate le procedure per l'attuazione dell'investimento e ogni conseguente adempimento amministrativo in conformità alla disciplina vigente.

Nelle more della definitiva istituzione delle Casa della Comunità, tra le cui funzioni di base è prevista la presenza del Punto Unico di Accesso in grado di garantire universalità e facilità di accesso ai servizi

rispetto alla molteplicità di bisogni, restano valide le “Linee operative per l’Accesso Unitario ai Servizi Socio-Sanitari P.U.A.” approvate con la richiamata DGR. n. 790/2012. Tali Linee operative garantiscono l’istituzione, in ogni ambito territoriale ottimale, da parte dei comuni/ambito territoriale (che comprende l’Ufficio di Piano di Zona) e delle aziende sanitarie locali/distretti territorialmente competenti, di un punto unico di accesso all’insieme dei servizi sociosanitari.

Per l’efficientamento del sistema, tra gli obiettivi prioritari del V PSR vi è, inoltre, il rafforzamento e la qualificazione degli Uffici di Piano. Il loro pieno ed efficace funzionamento, la loro qualificazione professionale nonché la loro indipendenza e capacità di adottare gli atti amministrativi necessari all’attuazione del Piano di Zona, sono presupposto indispensabile per la garanzia dei LEPS e di tutti i servizi e interventi da assicurare ai cittadini dell’Ambito.

Allo stesso modo, il V - PSR identifica quale obiettivo prioritario di intervento il rafforzamento, la qualificazione e la stabilizzazione del Servizio Sociale Professionale, attraverso l’adozione di forme organizzative e contrattuali in grado di assicurare l’internalizzazione del Servizio, la continuità nelle attività degli Assistenti sociali e quindi nella presa in carico degli utenti.

Dalla somma riservata del Fondo prevista per il potenziamento della P.U.A., come contributo per il reclutamento di personale aggiuntivo a tempo indeterminato con professionalità sociale per gli ATS, è previsto il reclutamento (oltre alle 43 unità aggiuntive già previste per il 2022) di 128 unità per ciascuna delle annualità 2023/2024.

1.2.3 Valutazione multidimensionale

Secondo quanto stabilito dalla DGR. n. 41/2011, la valutazione multidimensionale è attivata nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l’analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell’assistito ed è l’atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del P.A.I.. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, con competenze multidisciplinari, denominata Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

L’istituzione delle U.V.I. è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07. È istituita almeno una U.V.I. per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona.

All’U.V.I. partecipano i seguenti componenti:

- M.M.G./P.L.S. e assistente sociale individuato dall’Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell’U.O. distrettuale competente e referente per l’integrazione sociosanitaria dell’Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell’Ufficio di Piano.

Il referente per l’integrazione sociosanitaria dell’Ufficio di Piano può essere individuato tra le seguenti figure professionali: assistente sociale, sociologo, psicologo ed educatore professionale. L’U.V.I. può essere inoltre integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

La U.V.I. svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

La valutazione multidimensionale dell'UVI è effettuata con la scheda SVAMA (adottata con DGR. n. 323/2012) e la scheda SVAMDI (adottata con DGR. n. 324/2012), strumenti specifici che rendono omogenei e confrontabili i criteri di valutazione.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'U.V.I. deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato, di cui paragrafo successivo, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede U.V.I. viene individuato il Case Manager o Responsabile del caso, ossia un professionista che opera come “riferimento” e “facilitatore” per la persona in carico al servizio. Il Case Manager o Responsabile del caso ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza.

1.2.4 Progetto personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato ossia di un Piano Assistenziale Individualizzato. Secondo il dettame della DGR. 41/2011, l'U.V.I. elabora tale Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

L'U.V.I. è responsabile del PAI e ne verifica l'attuazione mediante il Case manager o Responsabile del caso.

Il PAI è definito esplicitamente e in maniera analitica:

- in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare;
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, presa in carico che deve finalizzarsi entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni e funzioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), quest'ultimo è modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I.

Copia del PAI è conservata presso l'U.V.I. in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003).

Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

All'interno del Progetto Personalizzato è previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare. Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- fornitura di presidi e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

L'Équipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal M.M.G. per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale.

Ogni progetto personalizzato identifica un Caregiver, attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata.

All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi ai servizi programmati.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I.;
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie;
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- Dimissione per decesso della persona assistita;
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa).

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

La Regione promuove la permanenza a domicilio delle persone con disabilità gravissima e grave.

I beneficiari degli interventi finanziati con le risorse del presente piano sono prioritariamente persone con disabilità gravissima, e in seconda istanza persone con disabilità grave. Sono individuate attraverso la valutazione sociosanitaria operata delle Unità di valutazione Integrata (U.V.I.).

Per persone in condizioni di **disabilità gravissima**, ai sensi dell'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26/09/2016 a cui si rinvia, si intendono le persone "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988", o comunque "definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013", di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , Hoehne Yahrmod in stadio 5;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pario superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Le condizioni di disabilità gravissima sono individuate dalla U.V.I. attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 del DM. del 26/09/2016 alle quali si fa espresso rinvio, assumendo i punteggi /parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati. Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del D.M. del 26/09/2016, ai quali si fa espresso rinvio.

Per valutare le condizioni di bisogno assistenziale sia sanitario che sociale e per definire un Piano Assistenziale Individuale sono in uso le schede SVAMA per gli anziani e SVAMDI per i disabili adulti, adottate dalla Regione con le DGR n. 323 e n. 324 del 3/7/2012, strumenti validi per tutti i servizi sociosanitari, anche domiciliari. Includono una elaborata Scheda di Valutazione Sociale, strumento di lavoro dell'assistente sociale dell'Ambito sia per la fase di valutazione che per la successiva fase di presa in carico e di monitoraggio. La scheda permette di analizzare l'insieme delle condizioni di disagio sociale e di bisogno assistenziale sia dell'interessato che della sua famiglia come, ad esempio, la copertura oraria dell'assistenza fornita dai familiari o anche il livello di stress subito dagli stessi.

Il Fondo non Autosufficienza finanzia, avendo garantito prioritariamente le esigenze dei gravissimi, nei limiti delle risorse ad esso ascritte, anche interventi per non autosufficienze «gravi», ossia persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n.18, o comunque definite “gravi” ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013. I beneficiari “gravi” sono individuati con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMDI), con le schede di valutazione approvate con DM. 26/9/2016 - All. 1 e 2, e punteggi al di sotto delle soglie ivi fissate, e con eventuale ogni altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengano i professionisti delle U.V.I.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

Con riferimento agli interventi normati dal comma 162 della legge di bilancio 234/2021, si definiscono nei sotto-paragrafi a seguire gli interventi e i servizi socio-assistenziali (aree di intervento A1, A2, A3) volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza.

3.1.1 (A1) Assistenza domiciliare sociale - Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari - L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)

Per l'attuazione dei LEPS di erogazione definiti dal comma 162, lettera a, della Legge 234/2021, sono erogati i seguenti servizi a favore della domiciliarità e, in particolare:

- A1.1 Assistenza Domiciliare Integrata con i Servizi Sociosanitari;
- A.1.2 Servizio di assistenza domiciliare sociale.

Il servizio di *assistenza domiciliare integrata* consistente in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socioassistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socioassistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento.

L'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare avviene attraverso la Unità di Valutazione Integrata.

Il servizio comprende prestazioni di tipo socioassistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno. Esso è rivolto prevalentemente a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Il servizio può comprendere prestazioni, quali:

- aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- infermieristiche;
- riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico;
- sostegno alla mobilità personale.

Il servizio di *assistenza domiciliare sociale* consistente in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione. Il servizio comprende prestazioni di tipo socioassistenziale articolate per aree di bisogno: assistenza domiciliare socioeducativa per minori e famiglie, assistenza domiciliare per diversamente abili, assistenza domiciliare per anziani.

Sono prestazioni di assistenza domiciliare sociale:

- aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane, cura e igiene della persona e della casa;
- sostegno alla funzione educativa genitoriale;
- sostegno alla mobilità personale;
- prestazioni di aiuto per famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani.

Le attività di assistenza consistono in:

- aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- aiuto per la pulizia della casa;
- lavaggio e cambio della biancheria;
- preparazione dei pasti;
- aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento presso uffici;
- sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia;
- attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali;
- tutoraggio educativo;
- attività di sostegno psicologico.

3.1.2 (A2) Servizi sociali di sollievo - L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)

Per l'attuazione dei LEPS di erogazione definiti dal comma 162, lettera b, della Legge 234/2021, sono erogati i seguenti servizi a favore della domiciliarità:

A2.1 Pronto intervento sociale;

A.2.2 Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari.

Il servizio di Pronto intervento sociale si integra con il Piano Regionale della Campania per la Lotta alla Povertà 2021 – 2023 che ha, tra i suoi obiettivi prioritari, l'attivazione di un **Pronto Intervento Sociale** in ogni Ambito. Il servizio è finalizzato a fornire ascolto, sostegno ed accompagnamento al sistema dei servizi, ricognizione dei bisogni e avvio di percorsi di "dimissioni protette" a seguito di

episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri. Garantisce anche il pronto accesso a beni di prima necessità quali cibo, bevande, indumenti, primo soccorso. Il Servizio di pronto intervento sociale svolge la propria funzione rispetto ad una pluralità di target, comprese le persone non autosufficienti e con disabilità.

Inoltre, i seguenti servizi:

- A1.1 Assistenza Domiciliare Integrata con i Servizi Sociosanitari;

- A.1.2 Servizio di assistenza domiciliare sociale;

sono organizzati, in funzione di pronto intervento, garantendo la pronta attivazione, anche nei giorni festivi e in orari notturni.

Il servizio **di sostituzione temporanea degli assistenti familiari** è un servizio di sollievo per le persone non autosufficienti e le loro famiglie ed è garantito, quale servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità, come fattispecie di assistenza domiciliare integrata ovvero di assistenza domiciliare sociale per cui è previsto nel PAI l'attivazione di cure domiciliari di durata temporanea. Per le persone a cui è riconosciuto il contributo di cui al paragrafo 3.2.1, quest'ultimo si interrompe e si ridefinisce proporzionalmente in base alla fruizione del presente servizio.

3.1.3 (A3) Servizi sociali di supporto - L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)

Per l'attuazione dei LEPS di erogazione definiti dal comma 162, lettera c, della Legge 234/2021, anche per potenziare la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti, nel corso del triennio si prevede un contributo da destinare alla potenziamento del Servizio di Segretariato Sociale degli Ambiti Territoriali campani.

Le risorse programmate per questa tipologia di interventi, possono essere destinate al rafforzamento del Segretariato sociale, quale modalità di supporto alle famiglie nella ricerca, reclutamento e adempimenti relativi agli assistenti personali ovvero acquisto di servizi da accreditati.

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

I beneficiari degli interventi sono persone in condizione di disabilità gravissima finanziati con il FNA, ossia persone che presentano un bisogno assistenziale o sociosanitario complesso che richiede una presa in carico integrata tra ASL e Comuni dell'Ambito Territoriale (Cfr. par. 2). Sono individuate attraverso la valutazione sociosanitaria operata delle Unità di valutazione Integrata (U.V.I.).

Gli interventi previsti nel presente Piano come assistenza indiretta (Cfr. allegato B) per le persone non autosufficienti o con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE; le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Per l'accesso ai Servizi di cui al precedente paragrafo 3.1 si rinvia ai Regolamenti di Ambito, tenuto conto anche delle disposizioni vigenti relative ai servizi sociosanitari (ADI o Cure Domiciliari integrate) e al riparto dei costi.

3.2.1 Assegni di cura e Voucher per Persone con Disabilità Gravissima e Grave

La programmazione regionale esercizio FNA 2023-2024 è impostata in termini di continuità con l'attuale gestione del FNA, ma con un avvio verso l'incremento e il rafforzamento del sistema di offerta di servizi. Se la L. 234/2021, comma 164, indica che gli ATS debbano garantire l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162, tale offerta può esser integrata da contributi – diversi dall'indennità di accompagnamento – utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura ovvero per l'acquisto di servizi di cura (art. 1, comma 164, legge n. 234/2021).

Per la definizione di tali contributi si rimanda all'allegato Piano Regionale Assegni di Cura e Voucher (Allegato B).

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)

L'assistenza domiciliare per le persone in condizione di disabilità gravissima si attiverà a seguito delle procedure di presa in carico e di valutazione multidisciplinare disciplinate dalla normativa nazionale e regionale, sintetizzate nel presente Piano.

Per le persone con disabilità gravissima, a cui sia riconosciuto il contributo di cui al paragrafo 3.2.1, in caso di ricovero di sollievo non superiore a 30 giorni, si mantiene l'erogazione del contributo che può essere utilizzato per il pagamento della retta assistenziale.

3.2.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato

Anche per questa tipologia di destinatari (Cfr. par. 2) possono essere attivati, a valere e nei limiti delle risorse del FNA assegnate alla Regione Campania dal DPCM del 3 ottobre 2023, sulla base di una presa in carico e di una valutazione multidimensionale, stante la predisposizione di Progetto Individuale, gli interventi previsti dal Piano.

Storicamente, le risorse rese disponibili a valere sul Fondo non autosufficienza, vista l'alta richiesta e il conseguenziale assorbimento di risorse da parte delle disabilità gravissime, concorrono a soddisfare una minima parte della potenziale platea di destinatari in condizione di disabilità grave.

4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164

Nella tabella a seguire, conforme con la matrice di programmazione del PNNA, è proposta una ripartizione delle risorse a valere sull'annualità 2023 del FNA, che sarà eventualmente adeguata alla luce della domanda e alle esigenze attuative che si manifesteranno. Le previsioni sono basate sulla quota di non autosufficienti (47%) finora rilevati dall'attuazione dei precedenti Piani Regionali Non Autosufficienza, e mantenendo il livello di risorse finora destinate ai contributi per l'assistenza domiciliare indiretta.

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione 2023			Persone Non Autosufficienti (persone con disabilità gravissima/grave over 65)		Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)	32.136.720,00	Obiettivi di servizio	36.239.280,00	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)				
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)				
	Contributi di cui al comma 164 e (Assegni cura e voucher)					
	sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164				
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso	Obiettivi di servizio		
			Prima Valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
			Monitoraggio			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

Totale (Annualità 2023): 68.376.000,00 € + 5.120.000 € (PUA) + 1.440.000 € (VITA INDIPENDENTE)

Le somme programmate sono suscettibili di adeguamenti e variazioni vincolate all'attuazione e monitoraggio in itinere degli interventi, sia in relazione ai beneficiari sia in relazione al riparto delle stesse per la successiva annualità.

Si riassume, con la tabella a seguire, la programmazione delle risorse per l'intero triennio 22-24, che tiene conto di quanto disposto nell'atto di indirizzo nazionale ex DPCM 03/10/2022, ossia l'implementazione della quota "servizi", rispetto all'annualità 2022, di almeno il 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024 (tabella 2).

Tabella 2 - Riparto triennale Interventi

INTERVENTI FNA	2022	2023	2024
SERVIZI (domiciliari; di sollievo; di supporto)	19.241.000 €	21.265.100 €	23.089.200 €
ASSEGNI CURA E VOUCHER	48.000.000 €	47.110.900 €	49.411.800 €
TOTALE	67.241.000,00 €	68.376.000,00 €	72.501.000,00 €

Si rappresentano, inoltre, le ulteriori risorse assegnate alla Regione ex DPCM 03/10/2022:

Tabella 3 Ulteriori Risorse triennali FNA

ULT. RISORSE FNA	2022	2023	2024
Personale PUA	1.720.000 €	5.120.000 €	5.120.000 €
Vita Indipendente	1.440.000 €	1.440.000 €	1.440.000 €

5. Il monitoraggio degli interventi

Il monitoraggio periodico degli interventi avviene tramite flusso informatico contenente i tracciati relativi ai flussi finanziari, al numero e alla tipologia di beneficiari e alle diverse tipologie di intervento.

Gli interventi saranno monitorati attraverso l'aggiornamento della Banca Dati dei servizi attivati, nonché dello stato di avanzamento della spesa alimentato dagli Ambiti tramite piattaforma SIOSS.

Inoltre, a partire dalle risorse relative ad FNA 2020, per favorire un percorso di crescita professionale e procedurale del sistema di welfare locale di protezione della non autosufficienza, la Regione Campania ha adottato un Piano di Audit sul FNA la cui finalità è quella di rinforzare e completare gli strumenti, già previsti per ogni Ambito/Consorzio, di monitoraggio dell'andamento della spesa con strumenti e percorsi di valutazione di appropriatezza e coerenza della prestazione rispetto ai bisogni dell'utenza e alle finalità della misura. La procedura di Audit è condotta tramite interviste ai Direttori/Responsabili d'Ambito e con colloqui rivolti al personale sociale responsabile della presa in carico dell'utenza, anche con indagini sulla cartella sociale dell'utente. Il Piano Regionale Non Autosufficienza, si propone di proseguire con il lavoro di Audit avviato anche al fine di una maggiore conoscenza del territorio, delle caratteristiche della sua utenza e delle buone pratiche attive su determinati territori che possano essere condivise a livello regionale.

6. Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita Indipendente"

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente

<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
1.440.000	360.000	1.800.000

Indicazione n. Ambiti aderenti

n. 18

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

Gli Ambiti Territoriali saranno individuati tramite manifestazione di interesse, e secondo il criterio della più ampia partecipazione al programma e rotazione, oltre che verifica dell'adeguatezza della programmazione territoriale e del livello di spesa. L'Ambito candidato per l'attuazione del Programma Vita Indipendente dovrà garantire co-finanziamento.

7. Criteri di riparto e programmazione da parte degli Ambiti

Per quanto concerne i criteri di riparto agli Ambiti sociali - la DG Politiche Sociali e Socio-Sanitarie annualmente ripartisce e assegna agli Ambiti sociali le risorse FNA destinate ai **Servizi** secondo il criterio della popolazione residente 18-64 anni.

Ogni Ambito dovrà programmare nel Piano di Zona le risorse assegnategli quale quota servizi.

Per quanto concerne i criteri di riparto del Programma **Assegni di cura e Voucher**:

- il 70% delle risorse FNA destinate annualmente agli Assegni di cura o Voucher viene ripartito in favore degli Ambiti Territoriali sulla base della rilevazione del fabbisogno in termini di non autosufficienti ad alto carico assistenziale e di gravissimi di riferimento presentato entro la data stabilita annualmente dalla Direzione Politiche Sociali con specifiche comunicazioni, a condizione che i medesimi abbiano rendicontato una quota minima del 70% delle risorse integralmente trasferite a valere sul medesimo Fondo (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) a partire, per la prima programmazione ai sensi del presente provvedimento (FNA 2023), dall'annualità 2021;

- il 10% delle risorse residue rispetto all'ammontare complessivo del Fondo per la Non Autosufficienza per Assegni di cura viene assegnato, sulla base della popolazione residente, in favore degli Ambiti Territoriali che hanno rendicontato al 1° marzo di ciascun anno una quota minima del 90% delle risorse afferenti al medesimo Fondo (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) riferite al secondo anno precedente a quello di riferimento (a partire dall'anno 2020);

- il restante 20% delle risorse di cui trattasi viene ripartito sulla base della popolazione residente in favore di tutti gli Ambiti Territoriali, al fine di garantire maggiore omogeneità territoriale all'accesso alle prestazioni per le persone non autosufficienti o gravissimi, nonché a garanzia di un livello minimo di risorse disponibili anche per gli Ambiti che non presenteranno entro i termini la programmazione di Ambito;

- l'accantonamento del 2,5% delle risorse annualmente programmate per poter riconoscere l'assegno di cura/voucher per eventuali casi di estrema gravità ed urgenza che dovessero emergere in corso d'anno; tale quota sarà liquidata all'Ambito su richiesta in relazione a specifici casi che si manifesteranno in corso d'anno e debitamente motivati.

Le risorse accantonate e non utilizzate saranno erogate nel corso dell'anno di programmazione successivo in favore degli ambiti che presentano un livello di rendicontazione per tutte le annualità precedenti pari al 100% (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) e ne facciano motivata richiesta.

Gli Ambiti attuatori per i progetti di **Vita Indipendente** saranno individuati tra quelli che presenteranno un progetto d'Ambito conforme alle linee di indirizzo ministeriali. Tra i criteri di priorità per la selezione dei progetti si considereranno le partecipazioni precedenti al programma Vita Indipendente ed i relativi risultati raggiunti, nonché lo stato di attuazione di servizi/misure come il Piano di zona (conformità/presentazione) e il Dopo di noi, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Politiche Sociali con specifiche comunicazioni.

La Giunta può, all'esito dell'andamento della attuazione del Piano Regionale Non Autosufficienza, adeguare con propria deliberazione, dopo il primo anno, i criteri di assegnazione e riparto degli interventi.

Allegato B

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA E VOUCHER per disabili gravissimi e gravi Aggiornamento 2023 – 2024

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disabilità gravissima e grave. Per sostenere i loro familiari nel carico di cura viene attivato un programma di Assegni di Cura e di Voucher.

2. TIPOLOGIA DI INTERVENTO

2.1 Gli assegni di cura costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali attraverso erogazioni finanziarie in favore di persone non autosufficienti ovvero con disabilità assistite a domicilio, in sostituzione di prestazioni professionali di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare sociale, prioritariamente in integrazione con prestazioni di natura sanitaria da erogarsi a cura del SSR, qualora necessarie. Detti Assegni di cura consentono alla persona non autosufficiente o disabile, ovvero ai suoi familiari, di contrattualizzare in autonomia uno o più assistenti familiari per l'assistenza al domicilio. Non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici.

È possibile che gli Ambiti territoriali possano utilizzare le risorse del Fondo Non Autosufficienze anche attraverso voucher. I voucher, analogamente all'Assegno di Cura, costituiscono una forma di assistenza sociale domiciliare indiretta, assicurata dagli Ambiti Territoriali a persone non autosufficienti ovvero con disabilità assistite a domicilio, attraverso il rilascio di buoni e erogazioni finanziarie per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare per la parte e per le prestazioni di competenza del sistema di welfare, prioritariamente in integrazione con prestazioni di natura sanitaria da erogarsi a cura del SSR, qualora necessarie. Detti voucher consentono alla persona non autosufficiente o disabile, ovvero ai suoi familiari, di acquistare in autonomia servizi di assistenza domiciliare sociale o integrata presso soggetti accreditati con gli Ambiti sociali. Non sono riconosciuti quali forme di sostegno al reddito o di contributi economici.

Il PAI o Progetto personalizzato deve prevedere le prestazioni di cui necessita la persona beneficiaria e che vengono sostituite con l'Assegno o con il voucher. L'intervento (Assegno ovvero Voucher) deve essere previsto nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) redatto in Unità di Valutazione Integrata con la presenza necessaria della componente dell'Ambito sociale territoriale, a seguito di valutazione multidimensionale. Presuppongono pertanto la presa in carico da parte del sistema dei servizi territoriali integrati. Qualora il beneficiario non abbia bisogno di prestazioni sanitarie, l'Ambito, previa valutazione multidimensionale, redige un progetto personalizzato completo delle prestazioni e servizi di cui necessita il beneficiario, di quelle di cui fruisce, dell'eventuale assegno di cura o voucher in sostituzione delle prestazioni indicate nel PAI.

Le prestazioni sostituibili o acquistabili con l'Assegno o con il Voucher sono quelle professionali previste per i servizi denominati di "Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari" (con esclusione quindi di quelle di aiuto infermieristico) e "Assistenza domiciliare socio-assistenziale" ai sensi della DGR n. 107 del 2014, della DGR n. 41/2011 e DCA (Decreto Commissario ad Acta) n. 1/2013.

Le misure di cui trattasi perseguono i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di alto carico assistenziale o disabilità gravissima;
- facilitare le famiglie nell'assunzione del carico di cura, anche quando siano in condizioni di difficoltà economica, sostenendole nell'acquisizione in autonomia delle prestazioni di assistenza domiciliari, anche temporanee;
- contrastare le situazioni di indigenza economica potenzialmente derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità o non autosufficienza;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di non autosufficienza o disabilità ricoverate presso strutture sociali o sociosanitarie.

Gli assegni di cura o i voucher concorrono alla realizzazione dei P.A.I. di "Cure Domiciliari" ex D.G.R. n. 41/2011, che sono definiti dalle U.V.I. distrettuali sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. In tal caso sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare" garantite dall'oss, di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. delle Cure Domiciliari Integrate.

Possono essere aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc.

Sono cumulabili con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non sono cumulabili con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con altri programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni, e pertanto con i programmi per il Dopo di Noi e per Vita Indipendente, salvo che questi ultimi non finanzino esclusivamente prestazioni e servizi necessari per la persona da prevedersi nel progetto personalizzato e non ricompresi nell'Assegno o nel Voucher (es. adeguamenti dell'abitazione, domotica, collocamento temporaneo in struttura residenziale a scopo di sollievo ovvero brevi permanenze in soluzioni residenziali finalizzate alla progressiva emancipazione dalla famiglia d'origine).

Secondo gli indirizzi del Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024 (D.P.C.M. del 03/10/2022), le forme di assistenza indiretta anche garantite attraverso trasferimenti monetari, devono essere finalizzati all'acquisto di prestazioni individuate come necessarie o utili alla assistenza domiciliare della persona non autosufficiente e/o con disabilità, devono essere commisurate quindi al bisogno e all'intensità assistenziale individuati attraverso valutazione multidimensionale. Livello di bisogno e tipologia delle prestazioni, la forma attraverso cui queste ultime sono garantite (diretta o indiretta, Servizi o Assegni/Voucher), l'eventuale impegno nell'assistenza del care giver familiare con la sua individuazione, devono essere riportati nel PAI o progetto personalizzato.

L'utilizzo degli Assegni o dei Voucher deve essere dimostrato dal beneficiario all'Ambito attraverso documentazione che ne attesti l'effettivo impiego, nelle forme consentite dalle vigenti norme anche in materia di lavoro e tenendo conto dei relativi CCNL, atteso che detti strumenti non costituiscono, di per sé, forme di sostegno al reddito. Pertanto, le risorse stanziare possono essere impiegate in favore delle funzioni di cura svolte dal Care giver familiare; in tal caso occorre che l'impegno del caregiver familiare nella cura del beneficiario sia opportunamente attestato e coerente con le vigenti norme.

L'utente e la sua famiglia possono individuare direttamente l'assistente nel caso degli Assegni di

Cura, ovvero acquistare, nel caso dei Voucher, il servizio di assistenza direttamente da un Ente (Terzo settore) accreditato attraverso l'iscrizione nell'apposito Registro distrettuale dei soggetti erogatori di prestazioni di assistenza alla persona.

2.2 L'importo dell'assegno di cura e del voucher sono fissati di norma, salvo le condizioni sottoindicate ai punti denominati "Riduzioni" e "Maggiorazioni", in due importi mensili massimi:

– € 1.200,00 mensili per tutte le persone con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMD) ex DGR n. 323 e n. 324 del 03/7/2012), con le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, e con ogni eventuale altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengano i professionisti delle UVI;

– € 600,00 mensili per tutte le persone con disabilità grave valutate dalle UVI con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMD), con le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2, e punteggi al di sotto delle soglie ivi fissate, e con eventuale ogni altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengano i professionisti delle UVI.

Riduzioni: in coerenza degli indirizzi del PNNA relativamente alla modulazione dei benefici indiretti, l'importo massimo dell'Assegno o del Voucher è ridotto dall'Ambito del 40% nei seguenti casi:

- a. il beneficiario abbia un ISEE sociosanitario superiore a € 20.000, o a € 35.000 se si tratta di minori;
- b. il beneficiario riceve altre prestazioni di assistenza sociale o sociosanitaria (che comunque alleggeriscono il carico di cura della famiglia e il bisogno di acquisire prestazioni di aiuto domiciliare) anche non domiciliare (es. diurna, esclusa residenziale).

Nel caso in cui ricorrano entrambe le condizioni sopra elencate l'Assegno o il Voucher è ridotto di un ulteriore 10%.

Maggiorazioni: l'importo massimo dell'assegno o del voucher è incrementato dall'Ambito del 10% solo per alcune tipologie di disabilità gravissima con supporto alle funzioni vitali che non fruiscono di altre forme di assistenza. Si tratta delle condizioni misurate con le scale:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

2.3 L'assegno o voucher ha una durata massima di 12 mesi continuativi ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale a partire dalla data di valutazione da parte dell'U.V.I.; può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità. Al termine del periodo di erogazione deve essere sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli operatori professionali (OSS, nel caso delle cure domiciliari integrate) dei servizi territoriali, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno,

che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio. In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno o del voucher a partire dal mese successivo al decesso. I familiari o eredi del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno o voucher.

3. BENEFICIARI

Possono accedere agli Assegni di cura o ai Voucher del presente Programma le persone in condizione di disabilità residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione multidimensionale, e per il quali viene redatto un P.A.I. o Progetto personalizzato.

È essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un care giver familiare di riferimento che assume almeno la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

Esclusioni: Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi residenziali sia sociosanitari che socioassistenziali.

Sono escluse dagli Assegni di cura e dai Voucher le persone con disabilità con ISEE sociosanitario superiore a € 50.000, o € 65.000 se si tratti di minori. Qualora le persone escluse per superamento della soglia ISEE, quindi non beneficiarie di Assegni o Voucher, accedano a servizi di assistenza previsti nel PAI e garantiti dal sistema pubblico di assistenza, partecipano alla spesa secondo i regolamenti di Ambito sulla compartecipazione al costo dei servizi.

3.1 Persone con disabilità gravissima

Per persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/9/2016 art. 3, s'intendono le persone "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988", o comunque "definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013", di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , Hoehn e Yahr mod in stadio 5

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche

con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Le condizioni di disabilità gravissima sono individuate in UVI attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 D.M. del 26/9/2016 alle quali si fa espresso rinvio, assumendo i punteggi /parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati. Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del D.M. del 26/9/2016, ai quali si fa espresso rinvio.

3.2 Gravi - Per persone in condizione di Disabilità grave s'intendono coloro che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, o comunque "definite gravi ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013". I beneficiari "gravi" sono individuati con gli strumenti consueti (SVAMA o SVAMDI), con le schede di valutazione approvate con DM. 26/9/2016 - All. 1 e 2, e punteggi al di sotto delle soglie ivi fissate, e con eventuale ogni altro strumento valutativo atto a completare la valutazione multidimensionale secondo quanto ritengano i professionisti delle U.V.I.

4. TIPOLOGIE DI SPESE RICONOSCIBILI

Ciascun utente, all'atto della presentazione dell'istanza, si impegna a documentare le spese per l'assistenza prevista nel PAI e/o progetto personalizzato.

Saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito. L'Ambito, con controlli a campione e anche con visite domiciliari del Servizio Sociale e della Polizia municipale, verifica l'effettiva assistenza al beneficiario e la documentazione prodotta. Può eventualmente avviare procedimento amministrativo per dichiarare la decadenza dal beneficio in caso ravvisi gravi irregolarità o difformità da quanto programmato.

4.1 Spese ammissibili

- L'Assegno o il voucher possono essere utilizzati a copertura totale o parziale delle spese che i beneficiari sostengono per acquisto di servizi o prestazioni sociali tipiche dei servizi di Assistenza domiciliare socioassistenziale e di Cure Domiciliari integrate, quali:
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di igiene e cura della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di pulizia della casa (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di lavaggio e cambio della biancheria della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);

- affiancamento o sostituzione del caregiver nella preparazione dei pasti della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nello svolgimento delle normali attività quotidiane della persona non autosufficiente (anche con assistente personale);
- affiancamento o sostituzione del caregiver nelle attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali (anche con assistente personale);
- prestazioni socioeducative e di sostegno alle funzioni genitoriali (solo per minori), erogate da educatori professionali o psicologi (per non più del 50% del valore dell'Assegno o del voucher);
- acquisto di ausili e presidi non a carico del SSN;
- trasporto sociale verso diverse destinazioni, volte a favorire la piena partecipazione delle persone non autosufficienti alla vita sociale, formativa e lavorativa (escluso trasporto scolastico), o per facilitare l'accesso alle strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie, ai centri diurni integrati e alla rete di servizi socio-ricreativi ed aggregativi;
- altre tipologie di spesa riferite a servizi coerenti e compatibili con i bisogni assistenziali del beneficiario, come previsti nel PAI o nel progetto personalizzato.

I beneficiari dovranno fornire documenti necessari a dare prova della spesa ammissibile che sostengono, fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell'Assegno o Voucher:

Contratti di lavoro; incarichi professionali anche temporanei; voucher INPS per l'acquisto di servizi di cura; ricevute di pagamento; bonifici bancari; fatture e/o scontrini parlanti; bollettini con attestazioni di pagamento;

Per i Voucher saranno i soggetti fornitori accreditati a documentare all'Ambito l'effettuazione delle prestazioni previste nel PAI, con documentazione controfirmata dal beneficiario.

5. PROCEDURE DI ACCESSO

Le procedure di accesso agli assegni di cura e voucher risultano essere le medesime previste per le Cure Domiciliari ex D.G.R. n. 41/2011, disciplinate dal Regolamento per l'accesso e la erogazione dei servizi sociosanitari ex art. 41 L.R.11/2007, allegato al Piano di Zona, per tutte le persone non autosufficienti che pur in assenza di disabilità motoria, necessitano di assistenza continuativa. Nel caso in cui una persona o un suo familiare o caregiver di riferimento si rivolga al Segretariato Sociale o ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale, l'assistente sociale effettua una decodifica della domanda di assegno di cura o voucher per definirne l'appropriatezza attraverso una valutazione delle condizioni sociali del richiedente e del suo contesto familiare, abitativo, economico etc. anche mediante visita domiciliare e acquisizione delle informazioni e delle certificazioni necessarie. I tempi per le attività dell'assistente sociale sono al massimo di 30 giorni dall'istanza. Nel caso in cui si rilevi una condizione di fragilità prevalentemente sociale, viene proposto al richiedente uno dei molteplici servizi sociali offerti dall'Ambito Territoriale come ad es. un progetto di vita indipendente, di tutoraggio familiare, di assistenza domiciliare sociale o di accoglienza in una struttura sociale, e vengono avviate le procedure per l'attivazione del servizio più opportuno e la presa in carico sociale. Nel caso in cui l'assistente sociale rilevi un bisogno complesso (cfr. DGR 41/2011) e ritenga che l'assegno di cura o il voucher possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva le procedure per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 41/2011. In accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano trasmette quindi la scheda di valutazione sociale ed eventuale documentazione al Distretto Sanitario per chiedere una

valutazione multidimensionale a cura della UVI e la predisposizione di un PAI. In entrambi i casi è responsabilità del professionista dell'ambito sociale la redazione di un progetto personalizzato sociale e la presa in carico della persona con disabilità per la parte degli interventi sociali. Tale adempimento va svolto entro il termine di 30 giorni. Nel progetto personalizzato di assegni di cura o voucher sono indicati i seguenti dati: inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura o voucher, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto. In caso di criticità nell'attivazione del percorso sociosanitario di valutazione, l'assistente sociale, in accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano può anche attivare una procedura semplificata per l'accesso agli assegni di cura, come indicato al par. 8.1.

6. CRITERI DI PRIORITA' DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA

È prioritario il soddisfacimento della platea di utenti definita dalle persone con disabilità gravissima.

Avendo garantito prioritariamente tale platea, nei limiti delle risorse nella disponibilità dell'Ambito, è possibile l'ammissione al programma delle persone con disabilità grave.

Fermo restando la priorità sopra esposta, nel perimetro di ciascuna condizione, "gravissima" o "grave", qualora necessario, al fine di graduare le richieste, sono considerate le condizioni sociali ed economiche svantaggiate della persona interessata valutate attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C delle schede SVAMA e SVAMD e ISEE più basso).

L'accesso al programma si esplica secondo le procedure, la tempistica e la modulistica già adottati congiuntamente da Ambito Territoriale e Distretto Sanitario con Regolamento P.U.A. e U.V.I. e con Protocollo d'Intesa per le Cure Domiciliari ai sensi della L.R. 11/2007, della D.G.R.C. n. 41/2011 e del D.C.A. n. 1/2013.

Considerata la gravità delle patologie, le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica, le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC), le persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) e per ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, si consente di presentare la domanda per accedere al contributo come disabile gravissimo allegando la ricevuta che attesti la presentazione della domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile (al fine dell'ottenimento dell'accompagnamento).

Le valutazioni (sanitaria e sociale) andranno effettuate nel minor tempo possibile e l'Ambito dovrà mettere in stato di attesa l'erogazione dell'Assegno/Voucher che sarà immediatamente esigibile quando i requisiti formali saranno completi. La permanenza nel programma di Assegni di cura o di Voucher per le persone affette da patologie progressivamente ingravescenti o non suscettibili di miglioramenti è determinata senza necessità di rivalutazione, ma solo di aggiornamento del PAI in relazione ad eventuali modifiche della condizione. Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già beneficiari sia i nuovi richiedenti.

7. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura e Voucher la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del Fondo non Autosufficienza per la realizzazione di progetti di Ambito. La programmazione delle risorse del FNA per Assegni e voucher è svincolata dalla tempistica e dalle procedure del Piano Sociale di Zona. Il

Fondo Non Autosufficienze può essere integrato dai Comuni/ConSORZI di Ambito Territoriale con risorse programmate nel Piano Sociale di Zona a valere sul Fondo Unico di Ambito.

8. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento degli Assegni di cura o Voucher i Comuni /ConSORZI di Ambito Territoriale devono predisporre annualmente progetti di Ambito secondo la modulistica fornita dalla DG Politiche sociali, in cui indicano i potenziali beneficiari con le relative caratteristiche e informazioni rilevate per la loro individuazione, e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali.

Per la predisposizione dei progetti i Comuni Capofila ed i ConSORZI di Politiche Sociali provvedono a: – informare i cittadini e gli utenti già in carico ai servizi delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei richiedenti; – concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in carico per definire l'entità dell'assegno di cura/voucher e garantire la prosecuzione della presa in carico; 2 – concordare con il Distretto Sanitario la convocazione delle UVI per la valutazione dei nuovi richiedenti e la definizione dei nuovi P.A.I.; – acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I. – compilare il modulo fornito dagli uffici regionali, sulla base delle valutazioni dell'UVI per la richiesta del finanziamento. La valutazione dei casi da parte della U.V.I. deve avvenire entro 30 giorni dalla "proposta di ammissione al percorso integrato" trasmessa dai Servizi Sociali al Distretto Sanitario, come previsto dalla DGRC n. 41/2011. Le persone con disabilità gravissima già valutate con le scale ex D.M. 26/9/2016 e già beneficiarie di assegni di cura non devono essere rivalutate, si procede eventualmente al solo aggiornamento del PAI se il servizio sociale ritiene necessario.

8.1 Deroghe In caso di ritardo da parte del Distretto nella rivalutazione o valutazione dei casi , rispetto ai tempi di presentazione del Progetto di Ambito, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio trasmette alla D.G. Politiche sociali e socio sanitarie e alla Direzione Generale per la Salute dettagliata relazione sulle criticità riscontrate e chiede l'autorizzazione a predisporre progetti di Ambito in deroga ai criteri di cui sopra, fermo restando l'attivazione delle procedure di contestazione dei ritardi di cui al Piano triennale regionale di riferimento. In tale evenienza le persone richiedenti assegno di cura o voucher provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e il servizio sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

9. CRITERI DI RIPARTO E FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI AMBITO

La D.G.50.05 provvede periodicamente a fissare mediante Circolare una data di trasmissione progetti di Ambito e ad istruire i progetti entro massimo 40 giorni dalla data suddetta. In base agli esiti dell'istruttoria sui progetti pervenuti nei termini, al numero dei P.A.I. ed alle relative risorse programmate e disponibili, la Direzione Politiche sociali e socio sanitarie provvede con successivi Decreti, ad approvare il riparto, l'assegnazione e la liquidazione del FNA in favore degli Ambiti Territoriali. I trasferimenti finanziari avverranno con cadenza periodica, compatibilmente con le disponibilità di risorse finanziarie trasferite dal Ministero Politiche sociali alla competente Direzione Generale e fino all'esaurimento delle risorse del FNA annualmente ripartito dal Ministero delle Politiche Sociali. In ogni caso, in presenza delle risorse disponibili le liquidazioni verranno disposte nel termine di 30 giorni dall'istanza. Le risorse del FNA, una volta acquisite, devono essere caricate nelle schede finanziarie e progettuali del Piano di Zona. Per sopperire alle necessità del fabbisogno territoriale, gli Ambiti possono cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone eventualmente escluse dal finanziamento del FNA per carenza di risorse. La quota di cofinanziamento degli assegni di cura deve essere programmata annualmente nelle schede progettuali e finanziarie del Piano di Zona con risorse a carico del Fondo Unico di Ambito.

9.1 Criteri di riparto agli Ambiti sociali - la DG Politiche sociali annualmente ripartisce e assegna agli ambiti sociali le risorse FNA destinate ad Assegni di cura e voucher, nei limiti delle risorse assegnate dal Ministero, secondo i seguenti criteri:

- il 70% delle risorse FNA destinate annualmente agli Assegni di cura o Voucher viene ripartito in favore degli Ambiti Territoriali sulla base della rilevazione del fabbisogno in termini di gravissimi di riferimento presentato entro la data stabilita annualmente dalla Direzione Politiche Sociali con specifiche comunicazioni, a condizione che i medesimi abbiano rendicontato una quota minima del 70% delle risorse integralmente trasferite a valere sul medesimo Fondo (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) a partire, per la prima programmazione ai sensi del presente provvedimento (FNA 2023), dall'annualità 2021;
- il 10% delle risorse residue rispetto all'ammontare complessivo del Fondo per la Non Autosufficienza per Assegni di cura viene assegnato, sulla base della popolazione residente, in favore degli Ambiti Territoriali che hanno rendicontato al 1° marzo di ciascun anno una quota minima del 90% delle risorse afferenti al medesimo Fondo (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) riferite al secondo anno precedente a quello di riferimento (a partire dall'anno 2020);
- il restante 20% delle risorse di cui trattasi viene ripartito sulla base della popolazione residente in favore di tutti gli Ambiti Territoriali, al fine di garantire maggiore omogeneità territoriale all'accesso alle prestazioni per le persone con disabilità gravissima, nonché a garanzia di un livello minimo di risorse disponibili anche per gli Ambiti che non presenteranno entro i termini la programmazione di Ambito;
- l'accantonamento del 2,5% delle risorse annualmente programmate per poter riconoscere l'assegno di cura/voucher per eventuali casi di estrema gravità ed urgenza che dovessero emergere in corso d'anno; tale quota sarà liquidata all'Ambito su richiesta in relazione a specifici casi che si manifesteranno in corso d'anno e debitamente motivati.

Le risorse accantonate e non utilizzate saranno erogate nel corso dell'anno di programmazione successivo in favore degli Ambiti che presentano un livello di rendicontazione per tutte le annualità precedenti pari al 100% (ivi incluse le misure finalizzate al programma Vita indipendente) e ne facciano motivata richiesta.

La Giunta può, all'esito dell'andamento della attuazione del programma, adeguare con propria deliberazione dopo il primo anno, i criteri di assegnazione e riparto.

All'esito del monitoraggio del livello di spesa, la DG Politiche Sociali può, a salvaguardia della possibilità per la generalità dei cittadini e degli Ambiti sociali di disporre delle risorse finanziarie, rimodulare le assegnazioni, in modo da garantire il livello di rendicontazione richiesto dai provvedimenti ministeriali per i trasferimenti del FNA.

10. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni di cura o i voucher sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico o in casi straordinari e nelle more della formalizzazione dell'amministratore di sostegno o tutore il caregiver familiare formalmente individuato, ovvero nelle more di attivazione di conto corrente cointestato) con cadenza bimestrale. Essi decorrono con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I. per la durata di 12 mesi, eventualmente prorogabili in presenza di copertura finanziaria. La data di pagamento del primo bonifico deve essere fissata entro max 30 giorni successivi alla data di notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione. Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S., il primo assegno di cura/voucher deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni ovvero loro riduzione. Allo stesso tempo, le prestazioni non devono essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A. L'assistente Sociale, delegato a rappresentare l'Ambito in seno alla UVI, oltre ad effettuare la valutazione sociale (All. C Scheda SVAMA – SVAMDI) deve: – accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad ricevere i Bonifici (coordinate bancarie del conto corrente ed eventuale nomina di un familiare o care giver come amministratore di sostegno o tutore giuridico); – indicare in allegato al P.A.I. dell'UVI la data d'inizio ed il termine del pagamento dell'assegno di cura/voucher e la procedura per il pagamento, acquisendo la firma per accettazione dell'assistito o di un suo familiare di riferimento / care giver e rilasciarne copia, con i recapiti dell'Ufficio incaricato della pratica; – comunicare all'interessato l'avvenuta

notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione e attivare la prassi concordata preventivamente per il pagamento. Ugualmente, al termine delle risorse disponibili per l'assegno di cura o voucher, gli uffici dell'ambito sociale provvedono a darne comunicazione all'interessato e ad attivare le prestazioni professionali dell'assistenza domiciliare o comunque idonee all'assistenza della persona disabile o non autosufficiente. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura o voucher e prestazioni domiciliari, in particolar modo degli OSS per le cure domiciliari. I Beneficiari di assegno di cura o voucher hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate in forma diretta a vantaggio degli assegni di cura o voucher, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. e potranno ricevere l'assegno di cura o il voucher per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili. In caso di decesso del beneficiario, il diritto all'assegno di cura/voucher cessa dal mese successivo al decesso, e trattandosi di prestazione sostitutiva di assistenza diretta gli eredi non hanno diritto al percepimento di eventuali rate non ancora erogate, salvo che non possano dimostrare di aver comunque sostenuto le spese per le prestazioni di assistenza previste in favore del beneficiario nel progetto personalizzato o nel PAI.

11. MONITORAGGIO E CONTROLLO

L'ambito sociale assicura il monitoraggio dell'avanzamento della spesa attraverso l'alimentazione del sistema informativo SIOSS, nonché attraverso il rilascio di dichiarazioni di spesa.

Il Case manager del caso periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza almeno semestrale, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura o del voucher, l'effettiva assistenza del care giver familiare e redige una breve relazione di monitoraggio.

L'Ambito sociale acquisisce, dal beneficiario o suo care giver o tutore, e verifica semestralmente la documentazione comprovante le spese sostenute, con riferimento all'effettiva effettuazione dell'assistenza, alla coerenza delle spese documentate con il PAI. In caso di parziale incoerenza e difformità della documentazione a supporto riconosce soltanto gli importi corrispondenti a spese coerenti e ammissibili. L'Ambito sociale garantisce comunque attraverso i propri servizi di segretariato sociale supporto alla famiglia per la predisposizione della documentazione da produrre.

Secondo le previsioni del Piano nazionale, gli Ambiti sottopongono progressivamente a controllo gli Assegni e i Voucher. Pertanto, per il primo anno di attuazione devono essere documentati campione di almeno il 30% dei beneficiari, fino al 100% nel biennio successivo.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziati del FNA attraverso: il Sistema SIOSS; apposite schede di monitoraggio in formato digitale; – Dichiarazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio Servizi Sociali sulle spese sostenute e sul numero di utenti assistiti; – relazione dello stesso dirigente sul percorso di accesso e valutazione degli utenti, il buon andamento dei progetti di assegno di cura/voucher, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio, verifiche a campione anche sui progetti personalizzati e sulle spese riconosciute.

La Regione inoltre attua, in prosecuzione a quanto già avviato nel precedente triennio, un programma di audit, al fine di accompagnare gli Ambiti nell'appropriatezza degli interventi e delle procedure.