

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'Equipe 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 , Hoehn 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% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari 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

Risorse FNA	Co-finanziamento	Totale
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.