

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA TRIENNIO 2020 – 2022

1. QUADRO NORMATIVO ED ATTUAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

1.1. Il contesto normativo

Il Piano Regionale per la non Autosufficienza si inquadra nel contesto normativo della L.R. n. 11/2007 e s.m.i. “Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale” che disciplina la programmazione e la erogazione dei servizi sociali e sociosanitari. Il Piano tiene conto delle disposizioni contenute nei regolamenti regionali attuativi della citata legge e delle numerose deliberazioni che hanno dettato specifici indirizzi al fine di garantire, nell'applicazione della disciplina di riferimento, uniformità e coerenza con le finalità del legislatore.

Il Piano per la non Autosufficienza è assunto in stretto raccordo con il Piano triennale Sociale Regionale, infatti, quest'ultimo prevede tra le azioni strategiche del triennio 2019-2020 la promozione della presa in carico integrata delle persone non autosufficienti, al fine di contenere il ricorso all'istituzionalizzazione e favorire l'incremento delle risorse e degli interventi di assistenza domiciliare, anche attraverso gli assegni di cura.

Il conseguimento della suddetta finalità prevede lo stretto raccordo tra Comuni ed ASL per una concreta integrazione sociosanitaria, tema al quale la stessa norma nazionale dedica ampio spazio. Difatti, in attuazione dell'art. 19 della L.R. 11/2007, i soggetti competenti a sostenere le politiche in materia sociale sono stati individuati gli ambiti territoriali, non a caso coincidenti con uno o più Distretti Sanitari di una stessa ASL. In fase di prima applicazione la Giunta Regionale, con Delibera n. 320 del 3/7/2012 ha definito i primi Ambiti Territoriali che, in esito alle diverse modifiche, di assetto e/o di forma giuridica, attualmente risultano in un numero pari a 60.

Lo strumento di programmazione e di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Piano di Zona che, attraverso la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ASL include anche la programmazione dei servizi sociosanitari in regime di compartecipazione alla spesa, tra i quali l'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti.

Particolare rilievo, nell'ambito che ci occupa, assumono gli sportelli di segretariato sociale e i servizi sociali dell'ambito territoriale che hanno il compito di intercettare i bisogni espressi dai cittadini non autosufficienti.

1.2. L'integrazione sociosanitaria

Il Titolo V della legge regionale n. 11/2007 (art. 37 - 42) è dedicato ai “Servizi sociali e sanitari integrati per la non autosufficienza” e disciplina i principi della programmazione sociosanitaria degli interventi e della integrazione organizzativa, gestionale e professionale da parte dei Comuni associati in ambiti e delle ASL.

L'art. 41 della predetta L.R. 11/2007 prevede l'istituzione della Porta Unitaria di Accesso (P.U.A.) alle prestazioni socio sanitarie e delle Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) mediante un regolamento adottato da Comuni ed ASL in allegato al Piano di Zona.

Al fine di dare puntuale attuazione alla disciplina normativa in esame la Giunta Regionale ha dettato diverse Deliberazioni, proposte dagli Uffici competenti rispettivamente in materia sociale e sanitaria, che hanno contribuito a costruire percorsi integrati in piena sinergia a sostegno della non autosufficienza.

La DGR 41 del 14/2/2011 recante “Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania” fornisce indicazioni operative a Comuni ed ASL per l'attuazione dell'art. 41 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, prevedendo per ciascun livello le prestazioni di competenza sanitaria e sociale e le relative figure professionali.

Oltre alla già citata DGR 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 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 che presentano un bisogno sociosanitario complesso che richiede l'apporto congiunto di interventi sanitari e socioassistenziali.

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.

2. LE MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI

I beneficiari degli interventi finanziati con il F.N.A. sono persone che presentano un bisogno sociosanitario complesso che richiede una presa in carico integrata tra ASL e Comuni dell'Ambito Territoriali. Sono individuate attraverso la valutazione sociosanitaria operata delle Unità di valutazione Integrata (U.V.I.).

2.1 Gli strumenti utilizzati dalle UVI.

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 (Allegato C), 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 attraverso alcune scale 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.

La scala di valutazione sanitaria Barthel é stata individuata con il primo Programma Regionale di Assegni di Cura, (Decreto 261/2016), come lo strumento necessario a rilevare il livello di intensità del bisogno assistenziale e quindi idoneo a distinguere disabili gravissimi e disabili gravi, parametrando di conseguenza l'importo mensile dell'assegno. Tale criterio resta ancora valido per individuare i criteri di ammissione agli assegni di cura dei disabili gravi cioè coloro che, oltre alla certificazione della L.104/92, a seguito di valutazione abbiano riportato un punteggio Barthel minimo di 55 punti su 100.

Solo di recente, con il secondo Programma regionale ex D.D. 223/2019, sono state invece adottate le scale di valutazione sanitaria approvate con D.M. del 26/9/2016, in aggiunta alle

schede SVAMA e SVAMDI, per l'individuazione delle persone con disabilità gravissime e l'accesso agli assegni di cura.

Va tuttavia considerato che accedono prioritariamente al programma di assegni di cura le persone con disabilità gravissima e quindi, data la disponibilità finanziaria dell'Ambito, solo una quota minoritaria di utenti in condizioni di disabilità grave riceve l'assegno di cura e secondo il criterio prioritario del più alto punteggio della scala Barthel a partire da un minimo di 55 punti. Ovviamente per i gravi che non ricevono assegno di cura restano in vigore le prestazioni assistenziali degli O.S.S.

2.2 La valutazione delle condizioni economiche

La valutazione delle condizioni economiche del paziente ha un ruolo determinante per l'accesso agli assegni di cura in quanto costituisce un secondo criterio di priorità a parità di punteggio Barthel. Non è invece utilizzata per determinare la quota di assegno mensile, in quanto essa è parametrata solo in base alla gravità clinica. Questo elemento differenzia gli assegni di cura dalle prestazioni assistenziali fornite dagli O.S.S. per le quali è prevista una quota di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, come del resto per tutte le prestazioni sociosanitarie. Le fasce di reddito per la compartecipazione sono state definite con il D.C.A. n. 6/2010.

2.3 Le scale di valutazione ex art. 3 del D.M. del 26/09/2016

Un approfondimento specifico va fatto per il lungo e complesso percorso di rilevazione dei gravissimi mediante le scale ex DM 26/9/16.

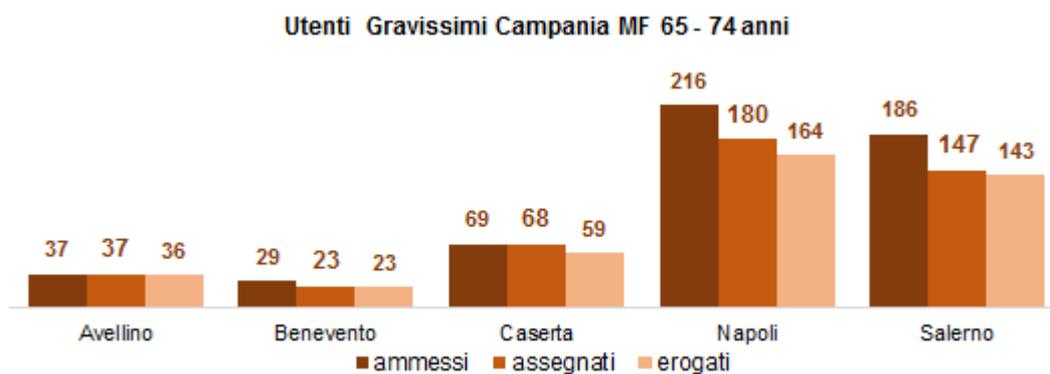
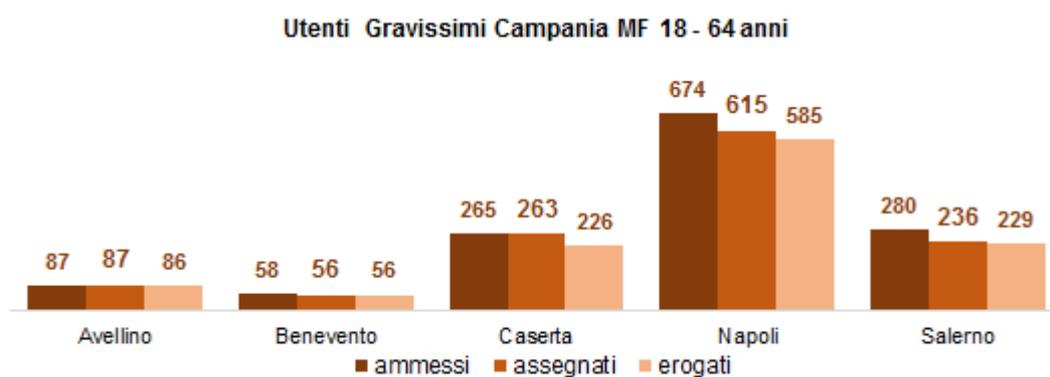
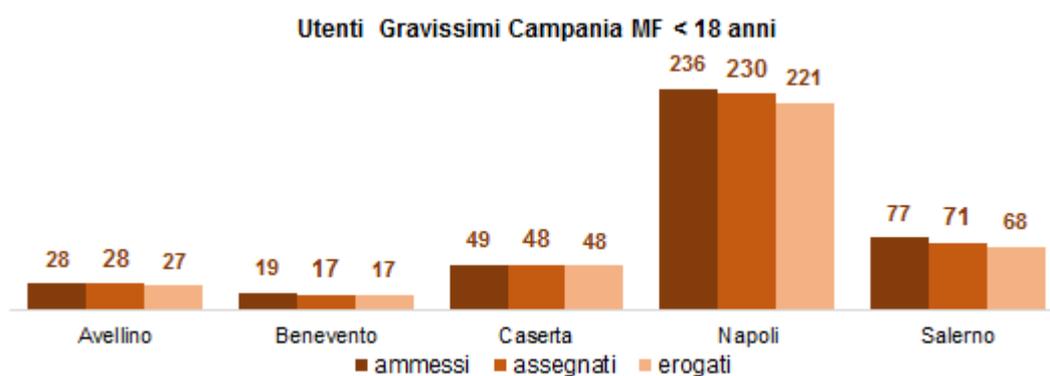
Sono state utilizzate per la prima volta nel corso del 2017 per effettuare una rilevazione del numero di persone con disabilità gravissime valutate dalle UVI e prese in carico indipendentemente dal tipo di servizio offerto. La rilevazione nasceva a seguito delle indicazioni ministeriali, dalla esigenza di mappare il fabbisogno regionale ma ha visto un percorso complesso per le difficoltà di integrazione tra le diverse strutture regionali preposte alla stessa e, ad ogni modo i dati reperiti seppur interessanti sono risultati incompleti e disomogenei.

Nel 2019, con il Decreto n. 223 del 1/07/2019 "Programma regionale di Assegni di cura" sono invece recepite e adottate per l'accesso ai P.A.I. di Cure Domiciliari che prevedono un assegno di cura. Entro la data del 30/10/19, fissata per la presentazione dei progetti, è pervenuto un dato parziale corrispondente alla rilevazione effettuata dalle UVI fino a quella data (ma che è proseguita oltre) per 49 Ambiti Territoriali su 59. Sebbene si tratti di una rilevazione assolutamente incompleta, per la scadenza temporale ma soprattutto per la limitatezza del territorio di riferimento che non include aree densamente popolate come la città di Napoli, ha già permesso di evidenziare a quella data un numero di 2.162 gravissimi e 798 gravi individuati come potenziali beneficiari di assegni di cura.

Il Monitoraggio del FNA 2017 ha invece individuato su tutto il territorio regionale un numero di 2979 gravissimi beneficiari di assegno di cura ma individuati secondo le vecchie procedure con il punteggio della Scala Barthel. Il dato è in costante crescita poiché le rilevazioni sono in corso e si potrà conoscerne l'esito nel corso del 2020 in vista della presentazione dei nuovi progetti di Ambito Territoriale per l'ammissione al finanziamento del FNA 19.

Utenti FNA 2017 Gravissimi																
	<18 anni			18-64 anni			65-74 anni			>74 anni			Totale			
	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	Am	As	Er	
Avellino	28	28	27	87	87	86	37	37	36	118	118	116	270	270	265	
Benevento	19	17	17	58	56	56	29	23	23	134	101	100	240	197	196	
Caserta	49	48	48	265	263	226	69	68	59	145	133	116	528	512	449	
Napoli	236	230	221	674	615	585	216	180	164	583	443	419	1.709	1.468	1.389	
Salerno	77	71	68	280	236	229	186	147	143	287	257	240	830	711	680	
Campania	409	394	381	1.364	1.257	1.182	537	455	425	1.267	1.052	991	3.577	3.158	2.979	

LEGENDA: Am = ammessi; As = assegnati; Er = erogati



3. LA DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI PROGRAMMATI

3.1 Il Fondo Non Autosufficienza.

Il FNA è sempre stato destinato alla stessa tipologia d'intervento per gravissimi e gravi.

Nei primi anni di utilizzo, il fondo è stato destinato ad incrementare gli interventi domiciliari ed in particolare "le prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" che in base ai L.E.A. sono di competenza dei comuni al 50% dei costi. L'ADI è stata finanziata con il totale FNA per gli anni 2007 – 2010 e con quota parte dei riparti del FNA 2013 e 2014, in base alle scelte di programmazione degli stessi Comuni attraverso i Piani Sociali di Zona.

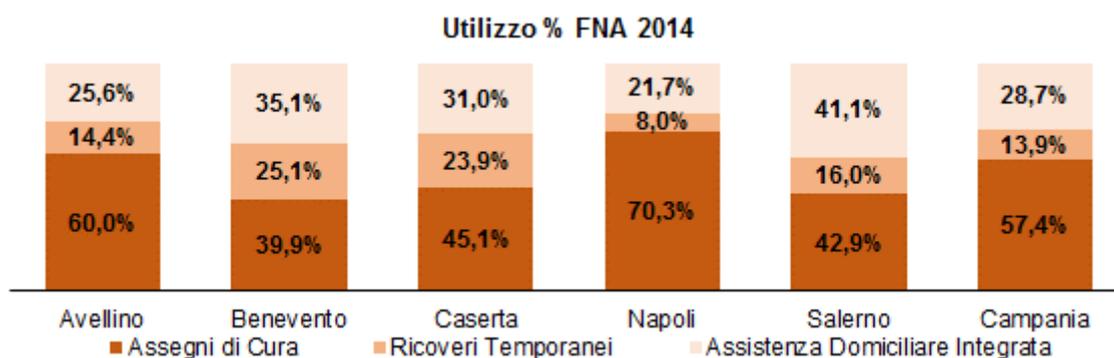
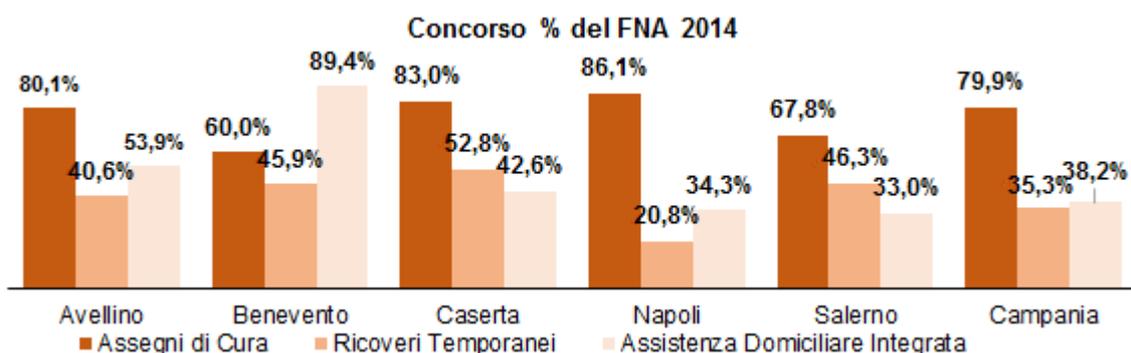
Sulla base del fabbisogno territoriale il Piano di Zona poteva prevedere l'incremento degli interventi domiciliari sia attraverso le prestazioni domiciliari ma anche attraverso il pagamento di un assegno di cura mensile oppure un periodo di ricovero temporaneo per eventuali esigenze familiari.

Nel complesso per le tre tipologie di intervento furono programmati € 32.126.977,10, così come riportato nella seguente tabella.

Dotazioni degli interventi finanziati anche con il FNA 2014				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	1.266.930,90	601.395,80	802.732,17	2.671.058,87
Benevento	789.268,01	649.285,58	465.715,50	1.904.269,09
Caserta	1.333.180,47	1.110.204,98	1.786.671,56	4.230.057,01
Napoli	6.552.859,27	3.080.292,03	5.084.998,89	14.718.150,19
Salerno	2.446.737,59	1.337.293,21	4.819.411,14	8.603.441,94
Campania	12.388.976,24	6.778.471,60	12.959.529,26	32.126.977,10

L'importo del FNA 2014 per ciascuna delle tipologie è riportato nella tabella seguente, mentre nel grafico successivo si presenta il suo concorso percentuale ed in quello seguente la sua distribuzione tra esse.

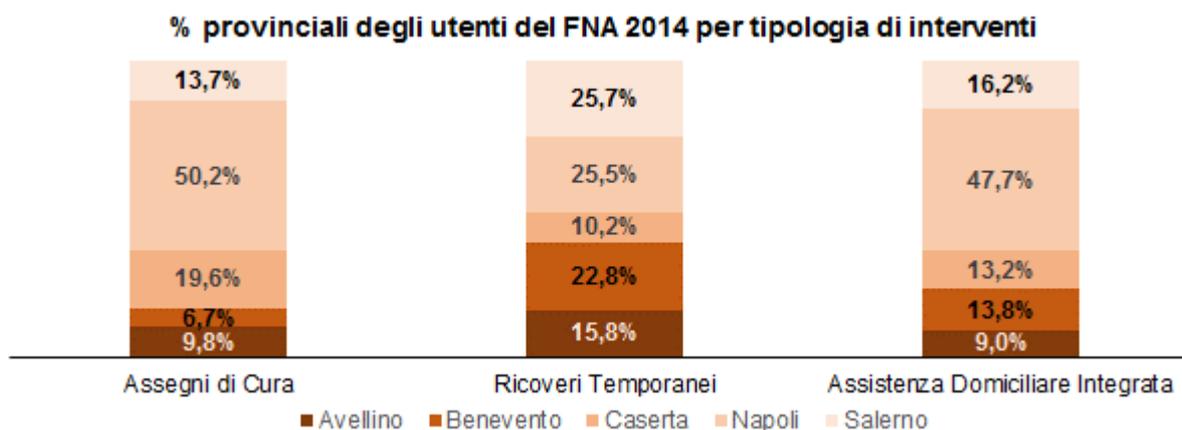
Importo del FNA destinato agli interventi				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	1.014.930,90	244.062,76	432.886,70	1.691.880,36
Benevento	473.593,84	298.135,95	416.463,95	1.188.193,74
Caserta	1.106.130,60	586.721,38	760.556,33	2.453.408,31
Napoli	5.640.215,38	641.774,82	1.744.947,57	8.026.937,77
Salerno	1.659.473,07	619.612,96	1.591.320,09	3.870.406,12
Campania	9.894.343,79	2.390.307,87	4.946.174,64	17.230.826,30



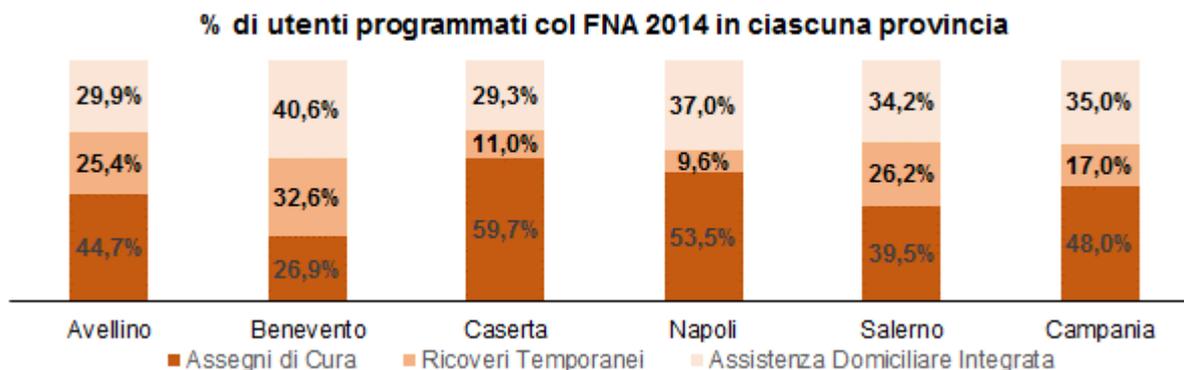
Nel complesso per gli interventi finanziati anche con il FNA 2014 furono previsti 2.941 beneficiari, presenti nelle 5 province.

N. beneficiari previsti dei servizi finanziati anche con il FNA 2014				
	Assegni di Cura	Ricoveri Temporanei	Assistenza Domiciliare Integrata	TOTALE
Avellino	139	79	93	311
Benevento	94	114	142	350
Caserta	277	51	136	464
Napoli	710	127	491	1.328
Salerno	193	128	167	488
Campania	1.413	499	1.029	2.941

Di seguito si riporta la distribuzione nelle 5 province del numero di beneficiari di ciascuna tipologia di intervento.



Infine il grafico seguente descrive la distribuzione percentuale delle tre tipologie di intervento in ciascuna provincia e nell'intera regione.



3.2 Gli assegni di cura

Gli assegni di cura sono stati introdotti in via sperimentale nel 2013 con la DGR n. 34 del 8/2/13 per i soli malati di SLA con le risorse del FNA 2011, poi estesi dal 2014 a tutte le persone con gravi disabilità attraverso Indicazioni Operative rese in tal senso per l'adozione dei piani di Zona ed utilizzando le risorse afferenti al riparto del FNA 2013 e 2014.

Il successo dell'iniziativa e l'elevato interesse per questo tipo d'intervento da parte dei diretti interessati e delle associazioni di tutela ha indotto la Regione a prevedere gli assegni di cura tra gli obiettivi strategici del III P.S.R. 2016 – 2018 e tra le azioni strategiche per la promozione della presa in carico integrata delle persone non autosufficienti del IV P.S.R. in corso di attuazione per il triennio 2019 – 20121.

Dopo i primi anni di programmazione si è inteso sistematizzare tale intervento attraverso un documento condiviso con gli uffici della sanità e le principali associazioni di tutela dei disabili per dare indicazioni operative dettagliate agli Ambiti Territoriali.

Con il Decreto n. 261 del 18/7/2016 è stato varato il primo "Programma Regionale di Assegni di Cura" finanziato fino ad oggi con tutti i successivi riparti del FNA opportunamente integrato con una quota di compartecipazione regionale.

Sulla base dell'esperienza maturata anche attraverso il monitoraggio degli interventi e dei flussi finanziari (vedi sotto) ed in recepimento delle indicazioni ministeriali di cui al D.M. 26/9/2016 , con il Decreto n. 223 del 1/7/29019 è stato adottato il secondo PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA PER DISABILI GRAVISSIMI E GRAVI , attualmente in vigore, che recepisce la definizione di "disabilità gravissima" ex art. 3 del D.M. 26/9/2016 e adotta le relative scale di valutazione sanitaria per l'accesso agli assegni di cura e la definizione della relativa quota mensile.

Il DD 223/2019 riprende alcuni elementi della prima esperienza di programmazione ex DGR 34/2013 per i soli ammalati di SLA prevedendo che le risorse FNA siano correlate all'effettivo fabbisogno di ciascun Ambito Territoriale. Infatti il riparto avviene in base al numero di non autosufficienti valutati dalle UVI, ammessi ad usufruire di un P.A.I. di Cure Domiciliari ed ai relativi costi calcolati per 12 mesi.

Gli assegni di cura rappresentano una forma di assistenza domiciliare indiretta e concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari di Cure Domiciliari definiti dalle U.V.I. sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S. (operatore sociosanitario) e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza P.A.I. di competenza dei Comuni, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Sono nel contempo aggiuntivi e complementari ad ogni altra prestazione esclusivamente sociale erogata dall'Ambito Territoriale, ad esclusione di altre misure di sostegno al reddito, per

favorire una presa in carico globale delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

Con tale intervento la Regione intende favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti, per una migliore qualità di vita degli stessi, contrastando i ricoveri inappropriati ed assicurando un sostegno economico adeguato alle loro famiglie che ne hanno assunto il carico di cura quando anche siano in condizioni di difficoltà economica.

Costituiscono infatti un titolo di riconoscimento delle “prestazioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico” svolte dai familiari degli ammalati, sulla base delle indicazioni fornite dai medici dell'UVI. Si tratta di un riconoscimento fondamentale molto richiesto e sollecitato dalle associazioni di tutela delle persone con disabilità in quanto permette all'interessato di essere assistito con continuità da un familiare di fiducia evitando il turn over di operatori professionali “estranei”, nella considerazione che il rapporto di relazione, di confidenza intima e di fiducia sia essenziale alla qualità dell'assistenza e alla vita della persona non autosufficiente. Allo stesso tempo tale riconoscimento permette di compensare le gravi situazioni familiari conseguenti alla perdita del lavoro o alla riduzione dei tempi di lavoro da parte del familiare care giver.

Gli assegni di cura possono essere utilizzati anche per l'acquisto di presidi sanitari di qualità adeguata alle necessità dell'assistito che non siano fornite dal S.S.N. oppure all'acquisto presso terzi di ore di prestazioni assistenziali, lasciando in tale prospettiva all'ammalato la possibilità di scelta dell'operatore professionale, dei tempi, delle modalità di assistenza e degli strumenti più adeguati alle proprie condizioni, nella prospettiva di garantire il rispetto del principio di “autodeterminazione” sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

3.3. Criticità della pregressa esperienza.

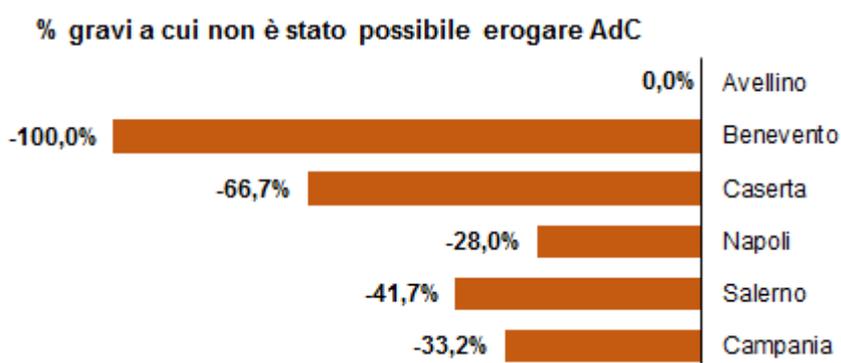
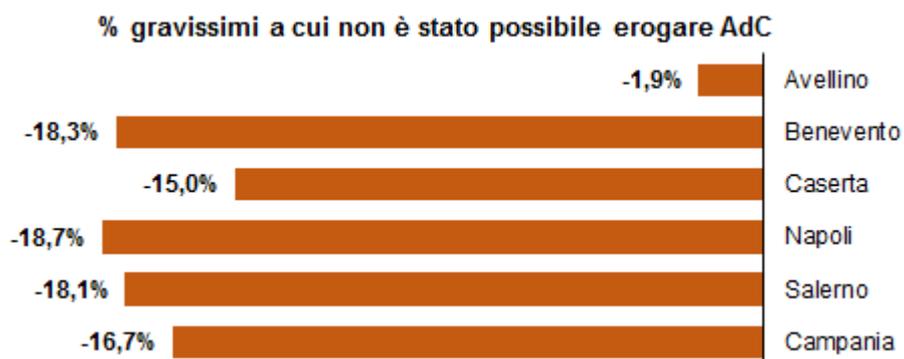
La principale criticità concerne difficoltà organizzative degli Uffici di Piani di Zona o la modifica e la riorganizzazione degli stessi assetti territoriali. Più in generale in alcuni territori negli anni pregressi non è stata compresa la finalità degli assegni di cura di attuare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Si consideri ad esempio che dai dati del Monitoraggio del FNA 2017 risulta che alla data del 31/12/2019 solo 15 Ambiti hanno speso l'intero ammontare della dotazione e che complessivamente la percentuale di spesa su base regionale è del 79,6%.

Erogazione FNA 2017						
	N. Ambiti presenti	N. Ambiti con 100% spesa	% Ambiti con 100% spesa	Risorse FNA liquidate agli Ambiti	Risorse FNA liquidate dagli Ambiti	% Risorse FNA liquidate dagli Ambiti
Avellino	6	1	16,7%	3.970.599,96	2.879.966,21	72,5%
Benevento	5	1	20,0%	2.767.421,32	2.200.392,18	79,5%
Caserta	10	3	30,0%	6.425.649,94	4.464.542,06	69,5%
Napoli	25	4	16,0%	19.706.742,78	16.015.570,09	81,3%
Salerno	13	6	46,2%	9.261.286,00	7.977.427,04	86,1%
Campania	59	15	25,4%	42.131.700,00	33.537.897,58	79,6%

Utenti FNA 2017						
	Gravissimi			Gravi		
	ammessi	assegnati	erogati	ammessi	assegnati	erogati
Avellino	270	270	265	3	3	3
Benevento	240	197	196	1	0	0
Caserta	528	512	449	33	11	11
Napoli	1709	1468	1.389	261	224	188
Salerno	830	711	680	36	33	21
Campania	3577	3158	2979	334	271	223

Nei grafici seguenti si presentano le percentuali di cittadini gravissimi e gravi ai quali, benché siano stati ammessi alla fruizione di AdC, non è stata possibile l'erogazione per mancanza di risorse.



Una seconda criticità verte su ritardi nella rilevazione delle persone con disabilità gravissima da parte delle UVI. L'assenza di indicazioni congiuntamente emanate per Comuni ed ASL ha determinato innanzitutto problemi di comunicazione tra gli enti territoriali preposti alla presa in carico delle persone non autosufficienti e notevoli ritardi nelle procedure.

Il percorso ha impattato con le consuete procedure di valutazione già regolamentate da Comuni ed ASL dal 2012, con la carenza di personale dei Distretti Sanitari preposto alle UVI, con difficoltà di recepimento dovute anche alla settorialità delle scale che sono adottate per il solo utilizzo del FNA, ma non incidono in alcun modo sul complesso sistema di valutazione per l'ammissione all'intervento sociosanitario di Cure Domiciliari. Le indicazioni ministeriali rivolte alla Direzione Politiche Sociali richiederebbero una rivisitazione delle delibere congiunte del 2012 con le quali sono state adottate le schede SVAMA e SVAMDI, in assenza della quale le sole indicazioni sociali possono incontrare molteplici ritardi e difficoltà organizzative nel comparto sanitario.

4. OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE E PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE

Obiettivo strategico del Piano Regionale Non Autosufficienze in linea con il IV P.S.R. è l'incremento del numero di persone non autosufficienti che beneficiano di assegni di cura .

In via prioritaria si prevede di incrementare i P.A.I. per le Cure Domiciliari mediante assegni di cura, in coerenza con le precedenti programmazioni del FNA. In via secondaria si prevede la possibilità di estendere gli assegni di cura come intervento esclusivamente sociale anche a coloro che non ricevono assistenza domiciliare da parte della ASL ma presentano condizioni di disabilità gravissima o grave e necessitano di assistenza e sorveglianza continuativa nelle 24 ore come ad es. i malati di alzheimer, al fine di sostenere il carico di cura delle famiglie.

A tal fine le risorse del riparto FNA 2019, 2020 e 2021 sono destinate all'attuazione del Programma Regionale di Assegni di Cura (ALLEGATO B) per il triennio 2020 – 2022.

Le risorse saranno trasferite ai Comuni capofila / Consorzi degli Ambiti Territoriali, sulla base dell'effettivo fabbisogno territoriale e quindi del numero di persone non autosufficienti prese in carico congiuntamente nelle Cure Domiciliari sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata dalla U.V.I.

Le somme che saranno trasferite agli enti territoriali dovranno essere, come di consueto, prioritariamente destinate agli interventi per gravissimi; infatti Il Programma Regionale prevede che accedano prioritariamente agli assegni di cura le persone che a seguito di valutazione da parte delle UVI risultino in condizioni di disabilità gravissima ex art. 3 del D.M. 26/9/2016. Inoltre, a fronte della rilevazione delle persone con disabilità gravissima effettuata dalle UVI e della programmazione territoriale di assegni di cura la Giunta si riserva di definire i criteri di riparto del fondo per ciascuna annualità, al fine di attuare misure idonee a garantire il diritto all'assistenza delle persone non autosufficienti con particolare riguardo alle persone con disabilità gravissima.

Per il raggiungimento di tale obiettivo è altresì necessario attivare le seguenti azioni strategiche: **la compartecipazione regionale al FNA; il potenziamento della integrazione tra Comuni ed ASL; il rafforzamento del monitoraggio degli interventi e delle risorse.**

4.1 Risorse regionali di compartecipazione al F.N.A.

Se molto è stato fatto per attuare la normativa nazionale per i non autosufficienti restano ancora dei punti incompiuti.

L'art. 42 della legge regionale n. 11/2007 prevede anche un fondo regionale per la non autosufficienza per le prestazioni sociosanitarie integrate, compresi gli assegni di cura, cui è stata data in parte esecuzione a partire dal 2016. Il ricorso agli assegni di cura è in sensibile aumento, pertanto, in prospettiva si potrebbero integrare le risorse del FNA attraverso una attenta ed orientata programmazione delle somme che complessivamente concorrono al sostegno del sistema sociale campano.

4.2 Potenziamento dell'integrazione sociosanitaria

Per l'incremento degli assegni di cura si rende necessario perseguire il rafforzamento del percorso integrato di accesso e valutazione mediante le UVI, attraverso azioni concordate tra le due Direzioni Regionali preposte, che permetta di fornire indicazioni univoche alle ASL ed ai Comuni, a partire da una revisione degli strumenti di valutazione per l'accesso alle Cure Domiciliari. Allo stesso tempo è opportuno provvedere insieme alla Direzione Tutela della Salute ad avviare un sistema di monitoraggio del percorso di accesso e valutazione per le Cure Domiciliari e della funzionalità delle UVI.

Si rende infine opportuno valorizzare il ruolo chiave degli assistenti sociali responsabili della valutazione sociale in sede di U.V.I., della presa in carico sociale delle persone non autosufficienti e del monitoraggio degli interventi. Si tratta di divulgare tra gli operatori che sono a più diretto contatto con l'utenza le strategie regionali del presente Piano, diffondere modalità univoche di risposta alle legittime aspettative dei cittadini e favorire uno scambio di buone prassi per una corretta presa in carico delle persone non autosufficienti. Allo scopo è opportuno prevedere incontri formativi oltre che materiale divulgativo del presente Piano Regionale, ma in linea generale promuovere un raccordo diretto tra gli assistenti sociali e gli uffici regionali per superare i disguidi organizzativi sperimentati a livello locale (cfr. punto 3) che hanno determinato differenti modalità di attuazione della misura regionale tra un Ambito Territoriale e l'altro o una difformità di risposte alle richieste dei diretti interessati.

Si ritiene pertanto opportuno individuare tempistiche stringenti per la definizione del procedimento volto a garantire l'esito delle valutazioni a cura delle U.V.I., anche nell'ottica di miglioramento del sistema e di maggiore efficienza del servizio complessivamente reso all'utenza. In particolare dalla data della richiesta, completa sul piano formale e sostanziale da parte di

ciascun Ambito territoriale e/o Consorzio, entro i successivi 45 giorni è necessario che l'UVI concluda le attività di competenza. In caso di mancato rispetto del termine, su segnalazione di parte alla Direzione Generale Salute e/o alla Direzione Generale Politiche sociali e sociosanitarie, verrà informata l'ASL di riferimento per l'adozione delle misure conseguenziali, previa possibilità di presentazione di osservazioni o motivazioni a cura del distretto sanitario di riferimento.

Gli Ambiti di riferimento, dal loro canto, avranno l'onere di attivare il procedimento volto alla richiesta di valutazione ai fini del riconoscimento dell'assegno di cura entro 30 giorni dall'istanza. In caso di inosservanza del termine, su segnalazione di parte alla Direzione Generale Salute e/o alla Direzione Generale Politiche sociali e sociosanitarie, verrà attivata procedura di contraddittorio e, in caso di comprovate inadempienze verranno attivate misure in condivisione con il comitato di coordinamento istituzionale di riferimento o comunque con gli organi di governo dell'ambito di riferimento, utilizzando gli ordinari strumenti normativi e disciplinari nei casi di disservizio all'utenza.

4.3 Monitoraggio delle risorse e degli interventi

Per superare le criticità pregresse è necessario rafforzare gli strumenti ed il procedimento che permette di monitorare l'andamento della spesa e la presa in carico delle persone non autosufficienti.

Per il triennio 2020-2022 è previsto un nuovo e più articolato strumento di monitoraggio che permetta di rilevare le informazioni di dettaglio sui beneficiari degli interventi previste nel Piano Nazionale (All E) oltre ad ulteriori informazioni di carattere finanziario che permettano con cadenza periodica di controllare l'adozione degli atti amministrativi connessi all'utilizzo del FNA e lo stato di avanzamento della spesa, compulsando gli enti territoriali ad una celere ed efficace attuazione del Piano Regionale.

Il Monitoraggio assume un ruolo fondamentale strettamente connesso alla programmazione annuale delle risorse del FNA. Infatti, in linea con la strategia del Piano Nazionale per il riparto delle risorse FNA, è necessario costruire un percorso rigoroso che imponga agli enti territoriali celerità ed efficienza nel trasferimento delle risorse ai diretti interessati, a salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza.

Si prevede quindi di condizionare il trasferimento delle risorse per il triennio 2020-2022 alla effettiva capacità di spesa degli enti territoriali, evitandone la dispersione, o limitando da parte di alcuni enti l'accumulo di quote residue o addirittura un uso "improprio".

Anche per il triennio 2020- 2021 Il monitoraggio sarà effettuato mediante la compilazione di un FILE che permette la elaborazione dei dati per indagini conoscitive utili alla programmazione regionale oltre che per rispondere alle informazioni richieste dal Monitoraggio Nazionale e sarà accompagnato da una Dichiarazione di spesa firmata dal responsabile del Piano di Zona.

A differenza dei precedenti anni, sarà predisposto un FILE che conterrà un maggiore dettaglio delle informazioni e la rilevazione avverrà con cadenza semestrale. La Dichiarazione di spesa dovrà essere allegata anche alla programmazione territoriale di assegni di cura, divenendone strumento propedeutico ed essenziale alla programmazione regionale delle risorse.

A questi strumenti si aggiunge la richiesta di una relazione a cura del Responsabile dell'Ambito territoriale che sintetizzi le relazioni degli assistenti sociali e permetta di tracciare il percorso e valutazione degli utenti (dalla domanda di assegni di cura alla effettiva presa in carico integrata), il buon andamento dei progetti ed eventuali criticità rilevate.

Il monitoraggio sarà assicurato attraverso una scheda predisposta dalla Direzione Generale delle Politiche sociali che potrà essere adeguata ed aggiornata in base alle esigenze connesse alla corretta attuazione della misura.