

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 929 DEL 16 GIUGNO 2023

FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

DOCUMENTO PROGRAMMATICO DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA PER IL TRIENNIO 2022-2024

Sommario

1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria	3
➤ 1.1 Il quadro di contesto	3
➤ 1.2 L'integrazione sociosanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)	7
1.2.1 Ambiti territoriali:.....	13
1.2.2. Punti Unici di Accesso	17
1.2.3 Valutazione multidimensionale	18
1.2.4 Progetto personalizzato	21
2. Le modalità di individuazione dei beneficiari	23
➤ 2.1 Provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione delle persone in condizioni di disabilità gravissima.....	23
➤ 2.2 Individuazione dei criteri e delle modalità adottati per l'individuazione dei disabili gravi.....	25
➤ 2.3 Individuazione dei criteri e delle modalità adottati per l'individuazione delle persone non autosufficienti e le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione	26
3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati	28
➤ Generalità.....	28
➤ 3.1 Gli interventi per le persone anziane non autosufficienti e per le persone anziane fragili.....	29
➤ 3.2 Gli interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissima	31
3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia.....	32
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)	33
➤ 3.3 Gli interventi per le persone in condizioni di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato	34
4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162.....	38
5. Il monitoraggio dei flussi finanziari.....	43
6. Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente	44

1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria

➤ 1.1 Il quadro di contesto

- Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi in materia di non autosufficienza delle persone anziane e vita indipendente.
- L'articolo 1 del presente decreto prevede che le regioni adottano il Piano *“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 comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità”*.

Descrivere com'è avvenuto il confronto, la consultazione e il coinvolgimento.

➤ **Norme regionali in materia di disabilità, di non autosufficienza e vita indipendente**

Le politiche in favore della popolazione non autosufficiente, anziana e con disabilità, attuate dalla Regione Friuli-Venezia Giulia nel corso di questi anni, hanno portato alla definizione di un articolato e complesso sistema di servizi e interventi, erogati dai Servizi sociali dei Comuni, dalle Aziende Sanitarie e dalle Aziende pubbliche di servizi alle persone, con modalità spesso integrate, con il concorso delle famiglie, del terzo settore, del volontariato e di altri soggetti senza scopo di lucro.

Le leggi regionali di riferimento sulle quali, negli ultimi anni, è stato costruito tale sistema sono:

La legge regionale **31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)** che rappresenta un quadro normativo organico in materia di interventi e servizi sociali ampiamente intesi, comprensivi dei servizi socioassistenziali, socioeducativi e sociosanitari, che dà attuazione alla legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328). In particolare è previsto che il sistema integrato fornisca risposte omogenee sul territorio regionale attraverso misure per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio delle persone, anche attraverso il sostegno all'assistenza familiare e l'offerta semiresidenziale e residenziale temporanea, l'integrazione sociale delle persone disabili, la valorizzazione del ruolo delle persone anziane, il sostegno socioeducativo e il soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale delle persone non autosufficienti.

La legge di riforma sanitaria regionale **LR 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”** evidenzia l'importanza della personalizzazione degli interventi rivolti alla persona e la necessità di operare in forma integrata e sinergica tra i diversi servizi proponendo una riconfigurazione dei dispositivi di cura che dovrà assumere tre approcci: quello preventivo e promozionale, quello di una governance multilivello per una reale integrazione degli attori, quello di una innovazione e riconversione dei servizi in chiave generativa e relazionale.

Una disamina più approfondita merita la legge regionale di tutela delle persone con disabilità **LR 25 settembre 1996, n. 41 “Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104**, recentemente abrogata da una nuova disciplina.

Nel corso del tempo infatti le modifiche apportate al testo normativo della LR 41/1996 si sono in genere limitate a singoli aggiustamenti ed integrazioni che non ne hanno aggiornato in profondità l'impianto rispetto all'evoluzione che ha interessato sia i modelli di servizio per la disabilità che gli stessi assetti di sistema della

responsabilità istituzionale, che sono stati in parte portati avanti in altre sedi, con una disciplina nell'area sociale (L.R. 6/2006) ed in quella sanitaria (DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, L.R. 27/2018 e L.R. 22/2019) sopravvenute a costituire un quadro di riferimento esterno cui dover raccordare la lettura delle datate disposizioni della legge 41, con evidenza talora di vuoti di regolazione non sempre colmabili in via interpretativa.

Altri interventi in tema di disabilità sono stati introdotti con le politiche promosse da leggi regionali di settore, anche attraverso singole e puntuali disposizioni inserite nei provvedimenti legislativi di natura finanziaria, alla ricerca di soluzioni individuali a situazioni valutate meritevoli che non trovavano possibilità di collocazione entro la disciplina generale, rimasta ancorata ad una tipologia di offerta rigida e sostanzialmente incentrata sulla residenzialità in struttura, con correlata attrazione del sistema di finanziamento regionale.

Si segnalano brevemente i provvedimenti normativi che hanno portato alla ridefinizione nel corso del tempo del sistema dei servizi per le persone con disabilità:

- nel 2015, la Regione FVG ha realizzato una preliminare ricognizione del sistema di offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità e, in particolare, della rete dei servizi coinvolti nella presa in carico, delle fonti di finanziamento e delle tipologie di servizi previste dalla normativa vigente (L.R. 41/1996).
- DGR 1331/2017 "L 112/2016, art 3, comma 3. indirizzi di programmazione per l'utilizzo del fondo 2016 per l'assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare": La Regione ha adottato l'atto di indirizzo di programmazione per l'utilizzo delle risorse e ha definito i criteri e le modalità per l'erogazione dei relativi finanziamenti, individuando negli enti gestori della disabilità i soggetti attuatori, in quanto coinvolti pienamente nei percorsi di tutela delle persone disabili ma aperti al confronto con gli altri attori, pubblici e privati.
- DGR 1036/2017 "Flusso informativo per il governo del sistema residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità": è stato avviato un flusso informativo tra la Regione FVG e gli enti gestori di servizi residenziali e semiresidenziali previsti dalla L.R. 41/1996, finalizzato a garantire in via continuativa le informazioni necessarie al governo del sistema e alle relative decisioni di carattere pianificatorio e programmatico in tema di disabilità
- decreto 3 agosto 2017 n. 1050: avvio del percorso per la valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi semiresidenziali e residenziali previsti dalla L.R. 41/1996, e adozione in via sperimentale dello strumento per la valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità (Q-VAD).
- DGR 1134/2020: introduzione dell'art.20 bis della L.R. 41/1996 recante "Sperimentazioni per l'innovazione del sistema dei servizi per le persone con disabilità", che disciplina le procedure di ammissione alla sperimentazione di percorsi innovativi facendo leva sulle capacità degli attori pubblici e privati del sistema regionale dei servizi di cooperare in partenariato, al fine di massimizzare la qualità dell'offerta e l'efficacia d'impiego delle risorse.

Nel corso del 2022, la Regione ha posto rimedio alle criticità derivanti dalla citata LR 41/1996 e ha provveduto a emanare **la legge regionale n. 16 del 14 novembre 2022 "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia.**

La nuova legge di riforma della disabilità ha permesso di ricondurre ad un nuovo, unitario impianto programmatico l'intervento regionale, al fine di garantire anche quella flessibilità necessaria ad assicurare possibilità di inquadramento e regolazione all'evoluzione ed innovazione dei modelli di servizio che, partendo dai bisogni delle persone, porti a una riorganizzazione della filiera dei servizi e ridefinisca gli assetti organizzativi, finanziari e gestionali.

In tema di anziani e anziani non autosufficienti le normative regionali sono le seguenti:

- la **LR 19 maggio 1998 n. 10 "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali"** che detta le norme per la tutela della salute e la promozione sociale delle persone anziane, nonché le conseguenti disposizioni in materia di pianificazione sociosanitaria integrata.

Si tratta di un sistema articolato su tre livelli di intervento: domiciliare, semiresidenziale e residenziale che nel corso del tempo si è sviluppato e aggiornato con l'introduzione di ulteriori step normativi, al fine di armonizzarsi con le evidenze socio-demografiche emergenti (invecchiamento della popolazione, calo demografico, trasformazione della struttura e delle dinamiche di sviluppo della famiglia, aumento delle persone con patologie cronico degenerative comportanti una situazione di disabilità) e con gli orientamenti ministeriali in tema di integrazione sociosanitaria.

- **Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP) LR 31 marzo 2006, art. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"**. Ultimo Regolamento attuativo emanato con **Decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 "Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine"**.

Il FAP è il principale strumento di sostegno indiretto, promosso dalla Regione, atto a favorire, attraverso i Servizi sociali dei Comuni, l'assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti che, per la loro condizione, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

Il FAP è stato attuato per la prima volta nel 2007 ed è passato da 3.000 persone beneficiarie a oltre 9000 nel 2021, con un investimento che da 17 milioni di euro del 2007 (di cui 14 regionali e 3 statali provenienti dal FNA) ha raggiunto oltre 51 milioni di euro nel 2022 (di cui 36 regionali e 15 statali provenienti dal FNA).

Gli ultimi provvedimenti normativi in tema di anziani e anziani non autosufficienti hanno puntato ad una maggiore qualità nei servizi, alla promozione dell'invecchiamento attivo, alla prevenzione delle situazioni di fragilità e alla sperimentazione di servizi innovativi con il coinvolgimento del terzo settore e delle comunità d'appartenenza:

- LR 14 novembre 2014, n. 22 *"Contrasto alla solitudine e promozione dell'invecchiamento attivo"*: la Regione ha inteso affrontare e contrastare il fenomeno della solitudine, mediante una programmazione triennale di interventi coordinati e integrati a favore delle persone in stato di solitudine e delle persone anziane nei diversi ambiti della salute e della sicurezza, della partecipazione, della formazione e del lavoro, della cultura e del turismo sociale, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato, al fine di promuovere una nuova cultura delle relazioni umane e di comunità e favorire la realizzazione di progetti, con enti locali e terzo settore, volti a promuovere l'invecchiamento attivo e il contrasto alla solitudine. Si è giunti alla terza annualità di programmazione, partecipando anche a progetti europei, promuovendo l'informazione, l'orientamento per cittadini, associazioni ed enti locali attraverso la predisposizione di un portale dedicato www.invecchiamentoattivo.regione.fvg.it, e finanziando progetti di comunità;
- Progetto Prisma 7 *"Progetto di screening per individuare la fragilità nelle persone anziane"*: la Regione ha promosso dal 2018 un percorso di rilevazione della fragilità, al fine di far emergere disturbi o disagi sottovalutati o non riconosciuti e procedere ad una presa in carico precoce. Viene utilizzato un questionario, PRISMA-7, composto da sette domande, elaborato da gruppi di ricercatori universitari del Quebec (Canada). Lo scopo è riuscire a prevenire un peggioramento dello stato di fragilità, favorendo così un invecchiamento nel benessere fisico e sociale;
- DGR 1625/2019 *"LR 17/2014, art.24, - Linee guida per la promozione e la realizzazione di forme sperimentali di abitare inclusivo. Aggiornamento delle sperimentazioni di cui alla DGR 2089/2017 in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa"*: con l'obiettivo di promuovere la domiciliarità e prevenire

l'istituzionalizzazione attraverso il sostegno alle persone non autosufficienti che intendono rimanere nel proprio domicilio e la promozione della sperimentazione di interventi innovativi in campo sociosanitario, quali l'abitare possibile e la domiciliarità innovativa. La Regione sostiene i progetti individuali dedicati alle persone non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo attraverso la definizione del budget personale integrato, quale budget di salute per il finanziamento delle sperimentazioni stesse. Il budget di salute è formato da una componente di derivazione sanitaria e da una componente di rilevanza sociale finanziata attraverso il Fondo per l'autonomia possibile (LR n. 6/2006);

- DGR 1519/2021 "*Piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile 2021- 2023*": la situazione pandemica attuale ha reso maggiormente evidenti alcune fragilità del sistema di cura che richiedono risposte organizzative territoriali (domiciliari e residenziali) flessibili e innovative. In tal senso, la Regione ha predisposto un piano che intende perseguire importanti obiettivi di sistema volti a promuovere l'invecchiamento attivo, mappare la fragilità (Progetto Prisma 7) e prevedere un rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria attraverso l'accesso unitario alla rete dei servizi e la presa in carico della persona. Ulteriori obiettivi sono rappresentati dalla estensione della copertura dell'assistenza sociosanitaria (LEA) per le persone anziane non autosufficienti, dai processi di accreditamento degli enti pubblici e privati che partecipano alla rete dei servizi e degli interventi e dalla riqualificazione e innovazione del sistema residenziale;
- DGR 1964 del 23/12/21 "*Linee di indirizzo per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria - disciplina delle modalità attuative*": la Regione ha inteso definire le modalità di attuazione dei percorsi sperimentali di assistenza domiciliare sostenuti dal budget di salute, per interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali, ponendo a carico del Servizio sanitario i trattamenti terapeutico riabilitativi e assistenziali, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale. Si intende valorizzare la descrizione del contesto e degli elementi di innovazione della sperimentazione stessa, l'individuazione del target di utenza e gli elementi portanti di co-programmazione e co-progettazione;
- DPR 107 e 108 del 19/08/22: con i due decreti l'Amministrazione regionale ha approvato modifiche al regolamento per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani e il regolamento per l'accreditamento delle strutture, allo scopo di promuovere il miglioramento della qualità dell'offerta e della sicurezza recependo le diverse indicazioni in merito condivise a livello nazionale.

➤ ***Descrizione del confronto, della consultazione e del coinvolgimento 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 comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.***

Il presente documento è stato redatto dopo condivisione con le parti interessate, di seguito elencate, tramite appositi tavoli di confronto, nei mesi di febbraio e marzo 2023:

- Ambiti sociali;
- Consulta regionale delle associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie;
- Parti sociali (sindacati anziani);
- Aziende sanitarie e distretti.

Si evidenzia inoltre che l'iter di approvazione per l'adozione del documento da parte della Giunta regionale prevede il parere istituzionale da parte del Consiglio delle Autonomie locali (CAL), ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera b) della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 e della Consulta regionale delle associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie, che nella nostra regione è un organo istituzionale rappresentativo e di

coordinamento dell'associazionismo nel settore della disabilità, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, della legge regionale 16/2022.

Nello specifico la Consulta effettua, tra l'altro, le seguenti attività:

- a) partecipa alla Commissione regionale per le politiche sociali di cui all'articolo 27 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- b) partecipa all'attività di pianificazione in materia sanitaria e sociosanitaria ai sensi dell'articolo 42 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006);
- c) formula proposte in materia di politiche regionali per le persone con disabilità;
- d) promuove iniziative di sensibilizzazione, informazione, formazione e aggiornamento professionale, finalizzate alla diffusione della cultura e dei principi della progettazione universale, volti a garantire la piena accessibilità e fruibilità di spazi, oggetti e servizi;
- e) esprime parere su ogni altro atto legislativo o amministrativo relativo all'azione regionale in materia di disabilità;
- f) sostiene le attività di coordinamento, formazione e divulgazione dei soggetti giuridici che la costituiscono.

➤ 1.2 L'integrazione sociosanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)

➤ Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione sociosanitaria;

➤ **Disciplina regionale attuativa dell'integrazione sociosanitaria**

Come già descritto nella parte relativa al contesto normativo vigente, l'integrazione sociosanitaria viene fortemente evidenziata nelle due principali norme, relative al sistema sociale – LR. 6/2006 – e al sistema sanitario e sociosanitario –LR 22/2019 – della Regione.

In particolare, si precisa che il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali, concorrono congiuntamente, in forma strutturata, a garantire una risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, superando il modello di interazione basato sull'esercizio separato delle proprie competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni.

Il modello assistenziale proposto deve rispondere a modalità organizzative innovative di presa in carico, orientate verso modelli che integrano i determinanti di salute e di benessere, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. I percorsi assistenziali integrati sono orientati all'inclusione sociale al fine di sostenere, su base di uguaglianza, la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone con bisogni complessi. Inoltre, sono prioritariamente realizzati nei contesti naturali di vita delle persone sulla base di progetti personalizzati che, nel rispetto della libertà di scelta della persona e dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto familiare, valorizzano le dimensioni della domiciliarità e dell'abitare inclusivo, anche per contenere gli esiti di istituzionalizzazione e di residenzialità in struttura.

E' quindi necessario valorizzare la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tal fine, devono considerarsi parte integrante della rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute.

Si prevede, infine, l'adozione di modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliere che territoriali.

Particolare attenzione viene quindi focalizzata su:

1. Accesso all'assistenza sociosanitaria
2. Presa in carico
3. Unità di valutazione multidimensionale
4. Progetto personalizzato
5. Budget personale di progetto e budget di salute

Questi elementi ricomprendono appieno quanto previsto nel DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, nella L.234/21 commi 159-171, nel DM 77/2022 recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale e nell'intesa sul Piano nazionale della Non autosufficienza 22-24 (PNNA).

Il quadro sinottico che segue, evidenzia tutti gli elementi necessari ad identificare il modello organizzativo di presa in carico e d'integrazione sociosanitaria da realizzarsi, mettendo in evidenza i punti di convergenza tra le diverse normative nazionali e regionali e prefigura le azioni di rafforzamento necessarie, a livello regionale, anche di tipo organizzativo/gestionale, per garantire una rete operativa dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, efficace, efficiente e rispondente ai bisogni complessi della non autosufficienza.

Modalità gestionali e operative
Punti unici d'accesso

DPCM 12/01/2017
LEA

Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

L. 234/2022
LEPS

L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».

DM 77/2022

Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario presente nella Casa della comunità sia hub che spoke.

PNNA 22 -24

L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti sociali e sanitarie si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata. Funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psico-sociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica.

LR 22/2019 e LR 6/2006

Accesso all'assistenza sociosanitaria e al sistema integrato: L'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari è organizzato mediante integrazione strutturale o funzionale dei servizi sanitari con quelli sociali. Al fine di favorire l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari la Regione sostiene la realizzazione di modalità proattive di conoscenza e presa in carico dei bisogni inespresi. (v. Progetto Prisma 7)

Valutazione multidimensionale

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale

Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni

Si fa riferimento ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali. Tale valutazione utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona e ha la finalità di individuare

Il bisogno assistenziale terapeutico e riabilitativo della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con analisi delle risorse e delle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura, nonché delle opportunità offerte dal contesto di vita. La valutazione multidimensionale è effettuata con modalità,

		non strettamente necessarie	interventi appropriati, sostenibili e personalizzati.		procedure e strumenti che esitano nell'individuazione del profilo di bisogno in relazione all'intensità dei sostegni.
Equipe multiprofessionali	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	E' composta da: MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie. E' prevista l'integrazione con i servizi sociali. L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.	L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'équipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI. Il coordinamento strutturato tra l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni e dei contesti di vita.	Un'apposita equipe costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale effettua la valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e di coloro che se ne prendono cura. Per la realizzazione di tale equipe e della conseguente presa in carico è necessario definire: a) ruolo degli attori istituzionali e non istituzionali coinvolti; b) modalità di regolazione delle interdipendenze tra gli attori; c) metodologie e strumenti professionali e gestionali da applicare, con particolare riguardo alle componenti della valutazione del bisogno, della costruzione del progetto personalizzato e delle risorse dedicate;

Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)

Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico - riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

L'équipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

Il Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

d) articolazione della tipologia di percorso in rapporto al profilo di bisogno e alla rete dei servizi e delle opportunità disponibili.

La valutazione dei bisogni, guida l'elaborazione del progetto personalizzato. Il progetto è elaborato dall'équipe di valutazione in modalità di coprogettazione con la persona e la famiglia ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.

I contenuti e le modalità di costruzione del progetto sono definiti con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate. L'équipe di valutazione riconsidera il profilo di bisogno della persona in relazione alle diverse fasi del progetto.

Budget per la persona

Budget di salute e di comunità:

Il budget di salute è inteso come valutazione delle risorse impegnate: sia cliniche che messa a disposizione di istituzioni/enti coinvolti

Il budget di comunità è composto dalle risorse pubbliche aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità.

Budget di cura

Progressiva costruzione dei Budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale.

Budget personale di progetto e budget di salute

La realizzazione del progetto personalizzato della persona con bisogno complesso è sostenuta da apposito budget integrato, denominato **budget personale di progetto**, che è costituito dal concorso di risorse economiche e prestazionali, considerando il valore delle prestazioni e dei servizi resi a titolo di livello essenziale di assistenza, rese da tutte le componenti coinvolte, ivi compresa la persona e la sua famiglia. È prevista la possibilità di enucleare all'interno del budget di progetto una quota, denominata **budget di salute**, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, destinata a sostenere gli oneri di cogestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del Terzo settore, a sostegno di percorsi d'inclusione innovativi.

➤ Descrivere specificamente i seguenti aspetti, su cui sono intervenuti norme e indirizzi nazionali:

1.2.1 Ambiti territoriali:

L'articolo 1 comma 160 della legge di bilancio prevede che "al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio... omissis i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8 comma 3, lett. a), della legge 8 novembre 2000 n.328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, in servizi ed attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23, del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147

Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

La LR 6/2006 identifica le funzioni e l'organizzazione territoriale dei Servizi sociali dei Comuni, corrispondenti agli ambiti territoriali sociali.

I Comuni esercitano le funzioni comunali garantendo l'erogazione dei servizi e delle prestazioni facenti parte del sistema integrato, in forma associata, quale requisito per accedere agli incentivi regionali, negli ambiti territoriali individuati con deliberazione della Giunta regionale, aventi dimensione demografica non inferiore a 45.000 abitanti, ridotti a 25.000 qualora più della metà siano residenti in comuni montani o parzialmente montani.

In ogni territorio di gestione associata è istituita l'Assemblea dei Sindaci del Servizio sociale dei Comuni, che ha funzioni di indirizzo e regolazione in materia di sistema integrato locale e le sue deliberazioni sono vincolanti nei confronti degli Enti gestori.

L'Assemblea dei Sindaci elabora le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali, nonché dei programmi e delle attività del Servizio sociale dei Comuni, promuove il processo per la definizione del Piano di zona e per la stipulazione del relativo accordo di programma con approvazione del Piano attuativo annuale, monitora e verifica l'attività dell'Ente gestore. Infine partecipa al processo di programmazione sociosanitaria e alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute con riferimento al proprio territorio.

Il supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci è assicurato da un ufficio di direzione, programmazione e controllo, presieduto dal responsabile del Servizio sociale dei Comuni e composto dai referenti delle diverse aree d'intervento.

Dal punto di vista dell'organizzazione interna, l'articolo 17 bis della LR 6/2006 prevede che il SSC sia diretto da un responsabile con compiti di coordinamento e raccordo funzionale, organizzativo e gestionale del servizio e che sia articolato in modo da garantire il presidio professionale e il coordinamento delle attività per aree di utenza con specifico riguardo a minori e famiglia, soggetti a rischio di esclusione sociale e persone con disabilità o non autosufficienti. Il responsabile deve inoltre garantire il presidio amministrativo e finanziario contabile delle attività nonché il supporto informativo alla pianificazione e alla progettazione locale e il soddisfacimento dei diversi bisogni informativi locali, regionali e nazionali, ottimizzando l'impiego dei sistemi informativi in uso.

Il responsabile del Servizio sociale dei Comuni deve essere in possesso del diploma di laurea almeno quadriennale o l'iscrizione alla sezione A dell'albo professionale dell'Ordine degli assistenti sociali, nonché l'aver svolto attività direttiva o di coordinamento per un periodo non inferiore a cinque anni nel settore socioassistenziale.

Il Servizio sociale dei Comuni è disciplinato da una convenzione promossa dall'Assemblea dei Sindaci del Servizio sociale dei Comuni e approvata con deliberazioni conformi dei Consigli comunali, adottate a maggioranza assoluta dei componenti. Nella convenzione viene individuata la forma di collaborazione tra gli enti locali per la realizzazione del Servizio sociale dei Comuni, scegliendola tra la delega a un Comune capofila individuato nella

medesima convenzione, la delega agli enti del servizio sanitario regionale che assicurano l'assistenza territoriale, la delega a un'Azienda pubblica di servizi alla persona con sede legale e strutture sul territorio di ambito distrettuale, la delega alle Unioni territoriali intercomunali ovvero ad altra tra le forme associative di cui alla normativa vigente, di seguito denominati Enti gestori.

Gli ATS della nostra Regione sono 18, di seguito la loro descrizione con la forma associativa prescelta dalle Assemblee dei Sindaci.

Denominazione ATS	Attuatori convenzione associativa	Comuni aderenti
Agro Aquileiese	Comune di Cervignano del Friuli	Comuni 17 Aiello del Friuli, Aquileia, Bagnaria Arsa, Bicinicco, Campolongo-Tapogliano, Cervignano del Friuli, Chiopris-Viscone, Fiumicello Villa Vicentina, Gonars, Palmanova, Ruda, Santa Maria la Longa, San Vito al Torre, Terzo d'Aquileia, Torviscosa, Trivignano Udinese, Visco
Carnia	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)	Comuni 28 Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Cavazzo Carnico, Cercivento, Comeglians, Enemonzo, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Lauco, Ovaro, Paluzza, Paularo, Prato Carnico, Preone, Ravascletto, Raveo, Rigolato, Sappada, Sauris, Socchieve, Sutrio, Tolmezzo, Treppo Ligosullo, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio
Carso Giuliano	Comune di Muggia	Comuni 5 Duino Aurisina, Muggia, Monrupino, San Dorligo della Valle, Sgonico
Carso Isonzo Adriatico	Comune di Monfalcone	Comuni 10 Doberdò del Lago, Fogliano Redipuglia, Grado, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Staranzano, Turriaco
Collinare	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)	Comuni 14 Buja, Colloredo di Monte Albano, Coseano, Dignano, Fagagna, Flaibano, Forgaria del Friuli, Majano, Moruzzo, Ragogna, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Treppo Grande
Collio-Alto Isonzo	Comune di Gorizia	Comuni 15 Capriva del Friuli, Cormòns, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Sagrado, San Floriano del Collio, San Lorenzo Isontino, Savogna d'Isonzo, Villesse
Friuli Centrale	Comune di Udine	Comuni 9 Campoformido, Martignacco, Pagnacco, Pasian di Prato, Pavia di Udine, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Tavagnacco, Udine
Gemonese/Canal del Ferro-Val Canale	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli	Comuni 15 Artegna, Bordano, Chiusaforte, Dogna,

	Centrale (ASUFC)	Gemona del Friuli, Malborghetto Valbruna, Moggio Udinese, Montenars, Osoppo, Pontebba, Resia, Resiutta, Tarvisio, Trasaghis, Venzone
Livenza-Cansiglio-Cavallo	Comune di Sacile	Comuni 7 Aviano, Brugnera, Budoia, Caneva, Fontanafredda, Polcenigo, Sacile
Mediofriuli	Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Daniele Moro"	Comuni 11 Basiliano, Bertolo, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Codroipo, Lestizza, Mereto di Tomba, Mortegliano, Sedegliano, Talmassons, Varmo
Natisone	Comune di Cividale del Friuli	Comuni 17 Buttrio, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Manzano, Moimacco, Premariacco, Prepetto, Pulfero, Remanzacco, San Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Torreano
Noncello	Comune di Pordenone	Comuni 16 Cordenons, Porcia, Pordenone, Roveredo in Piano, San Quirino, Zoppola
Riviera Bassa Friulana	Comune di Latisana	Comuni 12 Carlino, Latisana, Lignano Sabbiadoro, Marano Lagunare, Muzzana del Turgnano, Palazzolo dello Stella, Pocenia, Porpetto, Precenicco, Rivignano Teor, Ronchis, San Giorgio di Nogaro
Sile e Meduna	Comune di Azzano Decimo	Comuni 6 Azzano Decimo, Chions, Fiume Veneto, Pasiano di Pordenone, Prata di Pordenone, Pravisdomini
Tagliamento	Comune di San Vito al Tagliamento	Comuni 8 Casarsa della Delizia, Cordovado, Morsano al Tagliamento, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, San Vito al Tagliamento, Sesto al Reghena, Valvasone-Arzene
Torre	Comune di Tarcento	Comuni 11 Attimis, Cassacco, Faedis, Lusevera, Magnano in Riviera, Nimis, Povoletto, Reana del Rojale, Taipana, Tarcento, Tricesimo
Triestino	Comune di Trieste	Comuni 1 Trieste
Valli e Dolomiti friulane	Comunità di montagna Prealpi Friulane orientali	Comuni 23 Andreis, Arba, Barcis, Castelnuovo del Friuli, Cavasso Nuovo, Cimolais, Claut, Clauzetto, Erto e Casso, Fanna, Frisanco, Maniago, Meduno, Montereale Valcellina, Pinzano al Tagliamento, Sequals, Spilimbergo, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto, Travesio, Vajont, Vito d'Asio, Vivaro

Presso l'ente delegato è costituita una pianta organica aggiuntiva nella quale è inserito il personale che svolge compiti relativi alle funzioni e ai servizi esercitati in forma associata, nonché quello di eventuale nuova assunzione. Si stabilisce, tra l'altro, che:

- venga istituita una Pianta organica aggiuntiva presso l'Ente gestore del SSC, comprensiva del personale delegato dai singoli Comuni ed eventuali nuove assunzioni;
- venga mantenuto lo status giuridico e il trattamento salariale dei dipendenti;
- in caso di revoca della delega, il personale inserito nella pianta organica aggiuntiva, sia trasferito al nuovo Ente gestore o ai Comuni deleganti.

Il Servizio sociale dei Comuni garantisce l'informazione, l'orientamento e l'accesso agli interventi e ai servizi del sistema integrato con la presenza diffusa sul territorio della gestione associata del servizio di Segretariato sociale e del Servizio sociale professionale.

Viene individuato uno standard per quanto riguarda gli operatori professionali ed in particolare viene stabilita la presenza di **almeno un assistente sociale ogni 3.000 abitanti** e di un **operatore sociosanitario ogni 2.500**.

Il Servizio sociale dei Comuni è diretto da un responsabile, con compiti di coordinamento e raccordo funzionale, organizzativo e gestionale del Servizio ed è articolato in modo da assicurare:

- a) il supporto alla pianificazione e alla progettazione locale del sistema integrato, mediante attività di elaborazione, monitoraggio, controllo e valutazione delle attività, degli interventi e dei servizi sociali;
- b) il presidio professionale e il coordinamento delle attività, degli interventi e dei servizi sociali per aree di utenza, con particolare riguardo a minori e famiglia, soggetti a rischio di esclusione sociale e persone con disabilità o non autosufficienti;
- c) il presidio amministrativo e finanziario-contabile delle attività, degli interventi e dei servizi sociali;
- d) il supporto informativo alle attività di cui alla lettera a) e il soddisfacimento dei fabbisogni informativi locali, regionali e nazionali, ottimizzando l'impiego dei sistemi informativi in uso.

Il Fondo sociale regionale concorre a sostenere finanziariamente la gestione dei servizi socioassistenziali, socioeducativi e sociosanitari di competenza dei Comuni associati, attraverso l'impiego di risorse regionali stanziare annualmente con legge di bilancio e di risorse destinate dallo Stato alla realizzazione di interventi e servizi sociali.

Per quanto riguarda i servizi e gli interventi erogati dagli ATS della Regione in favore di persone non autosufficienti o con disabilità, nell'anno 2021 a fronte di una popolazione anziana (con 65 anni o più) di 319.677 individui, pari al 26,8% del totale della popolazione, si registrano complessivamente 26.153 utenti anziani presi in carico, che rappresentano l'8,2% dei residenti anziani. Con riferimento alle persone portatrici di disabilità certificata ai sensi della L.104/92, sono stati presi in carico 16.130 utenti, in prevalenza anziani per il 54,5%, adulti per il 28,3% e minori per il restante 17,2%.

Le principali forme di sostegno presenti in ogni ambito territoriale sono rappresentate dal servizio di assistenza domiciliare (SAD) e dal servizio di distribuzione pasti. Nel 2021 sono stati attivati complessivamente 7.000 interventi di SAD e sono stati somministrati 3.000 pasti a domicilio (non inclusi nel SAD). Di tali interventi l'85% è stato erogato in favore della popolazione anziana.

Un altro degli elementi caratterizzanti l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema regionale dei servizi è l'approccio integrato fra le varie politiche. Innanzitutto, l'integrazione sociosanitaria è assicurata dalla coincidenza dell'ambito territoriale del SSC con l'area territoriale su cui insiste il distretto sanitario, prevista dall'articolo 6, comma 3, della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale). Si è inoltre previsto che qualora l'articolazione territoriale dei distretti sanitari non dovesse coincidere con l'ambito territoriale del Servizio sociale dei Comuni, ma rappresenti un multiplo ovvero una frazione del territorio di uno o più ambiti territoriali, come del resto previsto dal nuovo DM 77/2022, la

convenzione deve individuare le modalità per garantire l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della programmazione e della realizzazione del sistema integrato.

Adempimenti della Regione

In relazione agli adempimenti della Regione per quanto attiene il riconoscimento degli ATS e l'adempimento relativo al LEPS di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti, si ritiene di aver ottemperato a quanto previsto dal Piano nazionale politiche sociali e dal PNNA e si persegue il consolidamento della governance degli ATS e dello standard di personale.

Si ritiene fondamentale il ruolo di accompagnamento, di supporto e di monitoraggio agli ATS da parte della Regione per quanto attiene il raggiungimento degli obiettivi legati alla progettazione relativa al PNRR Missione 5 punto 1.1.2 e punto 1.1.3, nonché le sinergie con la Missione 6, in particolare per la realizzazione delle Case della Comunità, i PUA e il raccordo con le COT.

Nella funzione di pianificazione della Regione vanno perseguiti gli obiettivi previsti dagli atti nazionali di pianificazione e programmazione dei settori, con particolare riferimento agli sviluppi innovativi per il potenziamento della governance e l'attuazione di interventi e servizi in grado di soddisfare e integrare Lea e Leps. Va, quindi, rafforzata la pianificazione e programmazione in materia sociale, sociosanitaria e sanitaria regionale attraverso una implementazione del processo di sviluppo dei Piani di Zona degli ATS, che deve trovare collocazione speculare nel Piano Attuativo Territoriale delle Aziende sanitarie, per assicurare prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale finalizzate a garantire entro un quadro unitario percorsi integrati per il benessere della persona.

A tale scopo l'accordo di programma previsto dal PNNA tra ATS, Distretto sanitario e Assemblea dei Sindaci intende rafforzare il processo di integrazione dei servizi e tra servizi definendo:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

1.2.2. Punti Unici di Accesso

L'articolo 1 comma 163 dispone che il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate « Case della comunità ».

Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione e in particolare la costituzione o il rafforzamento dei PUA.

Al fine di assicurare la presa in carico delle persone, i servizi sociali e sanitari attuano forme di accesso unitario e integrato (LR 31 marzo 2006 n. 6, art 5, comma 3). Tale accesso è organizzato ai sensi dell'art 6 della LR 12 dicembre 2019 n. 22 mediante integrazione strutturale o funzionale. La prima si realizza con la presenza di punti

di accesso unitari e identificabili, che vedono la presenza congiunta e stabile di professionisti sanitari e sociali. La seconda invece, è caratterizzata da un front-office disgiunto, ma da un back-office integrato. Tale modalità di integrazione si attiva a fronte dell'intercettazione del bisogno complesso di natura sociosanitaria da parte di un professionista sociale o sanitario che attiva successivamente anche l'altra componente.

Allo scopo di diffondere i PUA sul territorio regionale in maniera omogenea, la Regione FVG con DGR 321 dell'11 marzo 2022 (Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario nazionale) stabilisce che:

Preliminarmente e al fine di acquisire le informazioni necessarie alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e allo sviluppo dei modelli organizzativi richiesti dal PNRR, nel corso del 2022 ogni azienda territoriale dovrà dare corso ad una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e ciò allo scopo di analizzare lo stato di uniformità o difformità delle procedure aziendali in uso per la presa in carico integrata nonché allo scopo di definire un modello organizzativo e operativo standard a cui i processi aziendali di presa in carico integrata dovranno conformarsi. Tale attività di analisi e di elaborazione dovrà, altresì, svolgersi nel rispetto di quanto disposto dalla recente previsione normativa introdotta dall'art. 1 della legge 234/2021, che al comma 163 individua le Case della comunità quali articolazioni del Servizio Sanitario dove è posta la sede operativa dei punti unici di accesso (PUA); la stessa disposizione normativa ribadisce che presso i PUA è garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, assicurando la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il modello organizzativo e operativo definito dall'Azienda deve dare anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale così come previsto e già richiesto dall'art. 22 della legge regionale n. 22/2019, funzione di governo valorizzata e specializzata nelle articolazioni operative costituite dalle Centrali Operative Territoriali, previste dal PNRR per ogni bacino di utenza di centomila abitanti, e coordinata e integrata con la gestione dei servizi operata nelle Case della Comunità secondo le previsioni del PNRR. L'analisi delle uniformità o difformità delle procedure aziendali in uso dovrà dare adeguata informazione anche delle attività di assistenza domiciliare, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", pre-pandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.

La programmazione e la normativa nazionale richiedono quindi la progressiva attivazione in ogni azienda territoriale delle Centrali Operative Territoriali e delle Case delle Comunità; ogni azienda territoriale è, pertanto, tenuta ad elaborare apposito documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per il conseguimento di tali finalità, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale e - non appena disponibili criteri e standard ancora in via di definizione in ambito nazionale - Casa di Comunità (*Hub o Spoke*) prevista dalla programmazione regionale e aziendale.

1.2.3 Valutazione multidimensionale

l'articolo 1 comma 163 prevede:omissis presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità

bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Descrivere l'impegno della Regione. Nella realizzazione del LEPS di processo..

La presa in carico delle persone con disabilità attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, effettuata da équipe multidisciplinari e multiprofessionali, è una prassi indicata da tempo nei diversi strumenti di programmazione sociosanitaria regionale, fin dal 1996 con la LR 25 settembre 1996, n. 41 e la successiva LR 19 maggio 1998, n. 10.

L'art. 8 della sopracitata LR 41/96 disciplina il ruolo dell'équipe multidisciplinare (EMH). Essa viene rappresentata quale punto di riferimento dell'intera rete dei servizi sociosanitari coinvolti nella presa in carico delle persone con disabilità. In particolare, l'équipe multidisciplinare, costituita da operatori sociali e sanitari, si occupa della valutazione dei bisogni emergenti, dell'elaborazione di progetti di vita, della continuità degli interventi e del coinvolgimento attivo della persona con disabilità e della sua famiglia nel processo di presa in carico. Essa è composta dalle seguenti figure professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, fisioterapista, educatore e assistente sociale; nella trattazione dei singoli casi, l'équipe può essere integrata dal medico specialista competente per la patologia considerata, dal medico di medicina generale e dai servizi sociali di base.

Nella presa in carico delle persone anziane, all'art 25 della LR 10/98 si stabilisce che l'Unità di valutazione distrettuale (UVD) è costituita presso ciascun distretto ed è stabilmente composta da un medico del territorio, di preferenza geriatra, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali e da una figura infermieristica, e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario. L'UVD è l'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale. Successivamente con la DGR 8 settembre 2006 n. 2089 si stabilisce che il metodo della valutazione multidimensionale è lo strumento fondamentale di cui si avvale l'equipe multidisciplinare distrettuale dell'UVD per valutare i bisogni dell'anziano e definire il setting assistenziale più appropriato.

Con l'approvazione del regolamento attuativo del FAP (DPRReg. 7/2015) viene ridefinita la composizione dell'unità di valutazione, stabilendo che un'équipe multiprofessionale integrata (Unità di Valutazione Multiprofessionale – UVM) composta da almeno un assistente sociale del Servizio sociale del Comune e un operatore sanitario del distretto, predisponga un progetto personalizzato condiviso con l'assistito, o con chi ne fa le veci, e il suo medico curante.

Nel corso del tempo la composizione dell'equipe multidisciplinare è andata via via semplificandosi fino ad arrivare alla composizione prevista dalla LR 12 dicembre 2019 n. 22, in cui si ribadisce che la valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi è effettuata da apposita équipe costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale e con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito.

L'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale comporta per i professionisti che compongono l'équipe l'impiego di strumenti di valutazione che siano in grado, non solo di indagare la gravità della condizione di non autosufficienza, ma anche di valorizzare le competenze personali, nonché di effettuare la dovuta relazione tra la condizione individuale e il contesto di vita (Val.Graf. - FVG, sperimentazione estesa dell'ICF e Q-VAD).

Con DGR 16 maggio 2003 n. 1389 è stato adottato il sistema Val.Graf. - FVG quale metodo di valutazione multidimensionale degli anziani a valere su tutto il territorio regionale. Tale strumento consente l'identificazione quali - quantitativa dei problemi / bisogni attuali del soggetto esaminato e delle sue capacità funzionali residue e, conseguentemente, permette la pianificazione e l'avvio di una strategia di azione personalizzata, verificandone

nel tempo l'efficacia in termini di risultati raggiunti. Dal 2003 ad oggi, con riferimento a quanto stabilito con le DGR 14 settembre 2007 n. 2147 e DGR 15 ottobre 2010 n. 2052, lo strumento è stato sottoposto ad un processo di revisione, verifica, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori di sintesi (RUG - III, ADL RUG - III, CPS e DRS), che ha portato all'ultima versione, denominata "Val.Graf FVG 2019", approvata con DGR 25 gennaio 2019 n. 92. Il nuovo strumento è stato ridefinito per permettere la valutazione anche di persone con meno di 65 anni ed è diversificato in tre versioni modulari: 1) per l'ingresso in struttura (slim edition), 2) per la valutazione di persone già ospiti in strutture (residenziale), 3) per la valutazione di persone a domicilio (domiciliare). Tutte le versioni forniscono il profilo di bisogno per lo specifico setting.

Le versioni si differenziano in base al setting di utilizzo, alla numerosità degli item che le compongono e agli indicatori ed output che producono, come riportato nella seguente tabella di sintesi:

	Slim	Residenziale	Domiciliare
ITEM	80	107	115
Profili di bisogno	X	X	X
Profilo funzionale	X	X	X
Profilo cognitivo-comportamentale	X	X	X
Profilo sanitario	X	X	X
ADL Barthel mod	X	X	X
ADL KATZ	X	X	X
IADL			X
DRS	X	X	X
CPS versione 2	X	X	X
NORTON	X	X	X

Un successivo aggiornamento consentirà di produrre gli indicatori delle scale BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening), CDR (Clinical Dementia Rating Scale) e LAPMER (Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation).

In linea con gli sviluppi internazionali delle valutazioni multidimensionali l'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa sull'analisi di tre aree principali: 1) capacità funzionali, 2) problemi sanitari, 3) aspetti cognitivo-comportamentali.

Ognuna di queste aree ha un suo indicatore specifico che genera quattro livelli di intensità di assistenza, prodotti con modalità di calcolo ricavate da modelli già ampiamente collaudati a livello internazionale. Dall'incrocio dei livelli di intensità delle tre aree principali si ottiene il profilo di bisogno, che costituisce l'output finale.

Per quanto riguarda specificamente la valutazione delle persone con disabilità, con DGR 3 marzo 2017 n. 370, la Regione ha avviato un percorso per la valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali, costruendo uno strumento a partire da un approccio teso a superare la logica del "bisogno assistenziale" per tendere all'affermazione di un impianto che guardi ai percorsi assistenziali delle persone e che sappia esplorare dimensioni altrimenti escluse, come la qualità della vita, le opportunità, le aspettative e le preferenze delle persone valutate.

Con Decreto 3 agosto 2017 n. 1050, la Regione ha adottato in via sperimentale lo strumento di valutazione in seguito denominato Q-VAD (Questionario sulle Condizioni di Vita della persona adulta con Disabilità). Esso è caratterizzato da alcuni tratti salienti:

- la formulazione in prima persona, per sottolineare che il riferimento e protagonista della rilevazione è la persona con disabilità e che lo sforzo deve essere quello di rappresentare in modo fedele la sua condizione e il suo punto di vista;
- la formulazione degli item è organizzata con linguaggio accessibile in modo da facilitare risposte circoscritte e chiaramente definite con margini ristretti di interpretazione;
- il cuore della rilevazione ruota su tre macrofattori: sostegni al funzionamento, qualità di vita e opportunità di vita, che prendono in considerazione, tra le altre, anche l'area della cura della propria persona, della mobilità, della comunicazione e altre attività cognitive, nonché delle attività strumentali e relazionali per la vita quotidiana.

Successivamente, con Decreto 27 dicembre 2018 n. 2071, è stato adottato il flusso informativo per il governo del sistema residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità e il percorso per la sua attuazione. Per quanto riguarda, in particolare il sotto-flusso "Condizioni di Vita", si è aperta così una nuova fase di sperimentazione dello strumento Q-VAD per il quale è prevista l'obbligatorietà di utilizzo per la valutazione di tutte le persone destinatarie di progetti finanziati dalla Legge 22 giugno 2016 n.112, di servizi residenziali e semiresidenziali finanziati dalla Regione FVG tramite l'art. 20 della L.R. 41/1996, di servizi finanziati dalla Regione FVG tramite l'art.18 della L.R. 41/1996, di servizi finanziati dalla Regione FVG ai sensi della LR 18/1997 (disabilità visiva) e infine di servizi sperimentali (DGR 1462/2016 e DGR 1463/2016).

È attualmente in corso la validazione degli algoritmi che permetteranno la produzione di profili di bisogno a partire dalle informazioni raccolte con lo strumento Q-VAD.

1.2.4 Progetto personalizzato

L'articolo 1 comma 163 omissis...prevede che Sulla base della valutazione dell'UVM con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS...

Il progetto personalizzato, già in parte introdotto con la LR 25 settembre 1996 n. 41, ha trovato gradualmente una sua più puntuale definizione nelle discipline che si sono via via succedute. L'art. 14 della Legge 8 novembre 2000 n. 328 e l'art. 57 della LR 31 marzo 2006 n. 6, infatti, individuano il progetto individuale/personalizzato, quale strumento fondamentale al fine della piena integrazione delle persone anziane non autosufficienti e di quelle con disabilità. Tale strumento, redatto sulla base di una valutazione multidimensionale e con un approccio multidisciplinare, comprende diversi elementi tra cui: le prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, il piano educativo individualizzato, i servizi alla persona e le misure economiche.

Una sua più compiuta definizione, come riportata più avanti nel documento, si ritrova nell'articolo 3 del "Regolamento di attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine", emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7.

Ancorché introdotto e perfezionato nella veste attualmente in uso ai sensi della menzionata disciplina, il progetto personalizzato funge ormai da paradigma per la messa a punto delle risposte assistenziali in tutte le situazioni complesse, che postulano una valutazione multidimensionale e una presa in carico integrata.

In questo quadro, l'art. 8 della LR 12 dicembre 2019 n. 22 interviene a dare compiuta rilevanza legislativa allo strumento, mettendone in chiaro gli aspetti funzionali, il legame con obiettivi di abilitazione e capacitazione della persona assistita, la modalità di costruzione sulla base della valutazione multidimensionale e di co-progettazione con la persona e la famiglia, la necessaria flessibilità in termini di rimodulabilità, con la previsione che contenuti e modalità di costruzione specifici «sono definiti per area di bisogno, con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate».

In coerenza con l'attuazione della Legge 22 giugno 2016 n.112, la Regione FVG ha inoltre iniziato un percorso di sviluppo di uno strumento a supporto della presa in carico, finalizzato a ridare impulso alla progettazione personalizzata, come indicato dal Decreto ministeriale del 23 novembre 2016. Tale strumento permette la raccolta omogenea dei dati relativi ai progetti personalizzati delle persone con disabilità, con particolare riferimento all'individuazione del case manager ed al suo ruolo, all'esplicitazione delle aspettative della persona con disabilità, alla definizione di obiettivi, interventi ed esiti attesi, all'indicazione del budget di progetto, alla definizione dei tempi e del sistema di monitoraggio e verifica del progetto stesso. Tale modulistica, oltre a essere frutto dell'esperienza e delle buone pratiche censite a livello locale nell'ambito della disabilità, raccogliendo gli stimoli proposti anche nelle discipline relative alle altre condizioni di fragilità (salute mentale, neuropsichiatria infantile, ecc.), si prefigge di diventare uno strumento omogeneo in tutte le aree dell'integrazione socio-sanitaria.

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

➤ L'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 stabilisce che *“Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013”* e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto. Indicare i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale.

➤ 2.1 Provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione delle persone in condizioni di disabilità gravissima

La Regione Friuli-Venezia Giulia si colloca tra le regioni che in questi anni hanno investito più risorse nella spesa sociale territoriale. Tale impegno finanziario ha comportato nel corso del tempo la costruzione di un sistema di servizi e interventi a favore delle persone non autosufficienti e delle persone con disabilità grave e gravissima con la conseguente realizzazione di un quadro di contesto già di per sé consolidato e pienamente funzionale sia nei setting residenziale e semiresidenziale che in quello domiciliare.

Parallelamente alle forme di assistenza diretta, descritte più avanti nel presente documento, una cospicua parte delle risorse sono investite in forme di assistenza indiretta tramite assegni di cura facenti capo ai seguenti fondi:

- Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità, di cui alla LR 17/2008, art. 10, co. 72-74 (cd. Fondo gravissimi);
- Programma di attuazione degli interventi della Regione Friuli-Venezia Giulia in tema di SLA, di cui alla DGR 2376/2011 (cd. Fondo SLA);
- Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP), di cui alla LR 41/2006, art. 41.

Nello specifico, le prime due misure descritte sono dedicate in via esclusiva alle disabilità gravissime mentre il Fondo per l'Autonomia Possibile è trasversale rispetto a tutte le forme di non autosufficienza, comprendendo un target di utenza composto da persone anziane e persone con disabilità, sia grave che gravissima.

Come già esposto nelle linee di indirizzo di cui alla DGR 1732 del 20 novembre 2020, conseguenti al Piano triennale 2019, la definizione di gravissima disabilità di cui al DPCM 26 settembre 2016 non coincide con quella prevista dai regolamenti regionali i quali, al momento attuale, stabiliscono criteri più restrittivi per l'individuazione dei beneficiari, sia per quanto attiene al fondo Gravissimi che per il fondo SLA.

Infatti, tutti i beneficiari del fondo SLA e del fondo gravissimi presentano le caratteristiche stabilite dal DPCM, tuttavia non è vero il contrario, essendo più restrittivi i criteri per l'accesso ai fondi regionali; ne consegue che esiste un gruppo di persone che non possono accedere ai fondi SLA e gravissimi, pur rientrando nel target ministeriale. Per questo motivo la programmazione del FNA di questi ultimi anni ha sempre destinato anche al FAP una quota delle risorse riservate alle persone con gravissima disabilità.

In altre parole, la scelta di indirizzare parte di queste risorse anche al FAP è stata fatta proprio per riuscire a soddisfare quella quota di gravissime disabilità rispondenti alla definizione ministeriale che non rientra nello specifico target relativo al fondo gravissimi e al fondo SLA.

Sul tema dell'individuazione delle persone con gravissima disabilità la Regione FVG intende comunque procedere verso una modifica dei propri regolamenti al fine di armonizzarli con quanto previsto dalla normativa nazionale.

Tuttavia, il percorso di implementazione regionale della definizione delle persone in condizioni di gravissima disabilità, che doveva trovare compimento nel 2021, ha subito un rallentamento a causa della situazione pandemica e si auspica che possa essere approvato nel corso del 2023.

La previsione è di andare verso un'armonizzazione che, da un lato, mantenga e rafforzi i fondamenti di carattere sociosanitario già presenti nelle politiche regionali, dall'altro recepisca i punti chiave ministeriali integrandoli in un contesto già di per sé consolidato e pienamente funzionale, frutto di un processo che ha richiesto un confronto continuo con tutti gli stakeholders (enti locali, parti sociali, organizzazioni di rappresentanza, ecc.) che ha portato a soluzioni soddisfacenti e pienamente condivise.

L'idea è quella di andare verso un'unificazione dei fondi oggi esistenti, con la creazione di un fondo unico regionale per la non autosufficienza, che vada a beneficio sia delle persone con gravissima disabilità che di quelle con grave disabilità, diversificato in più misure con caratteristiche ben definite a formare specifici assegni di cura che rispondano ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e composti da un livello essenziale (risorse FNA) e un livello aggiuntivo (finanziamento regionale).

Nello specifico si prevede di abrogare i rispettivi regolamenti di fondo gravissimi e fondo SLA modificando contemporaneamente il regolamento del FAP e introducendo al suo interno una misura denominata Assegno di cura per le persone in condizione di disabilità gravissima.

Il nuovo fondo, così unificato, manterrà quindi una struttura simile a quella del FAP prevedendo inoltre sul tema gravissime disabilità:

- Di ammettere alla misura le persone in condizione di gravissima disabilità, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica e quelle in condizione di grave demenza, secondo la definizione ministeriale di cui all'articolo 3, comma 2, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA 2016), secondo il livello di gravità di cui alle scale riportate negli allegati 1 e 2 dello stesso decreto;
- Di stabilire che la condizione di gravissima disabilità è accertata dall'UVM tramite i distretti sanitari, che hanno il compito di effettuare la valutazione dei casi avvalendosi delle figure professionali competenti nella somministrazione delle suddette scale;
- Di stabilire che le Aziende sanitarie regionali siano tenute a rendere disponibili annualmente, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio nel proprio territorio, per tipologia di disabilità misurata secondo le menzionate scale, indicando altresì se le stesse siano o meno già beneficiarie di contributi regionali.

➤ Come evidenziato nel PNA, *“il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficienze «gravi», ad oggi però non meglio specificate a livello nazionale e quindi rimesse nei termini definitori alla programmazione regionale”*. Indicare pertanto i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità grave e descriverne sinteticamente i contenuti. In particolare, specificare se ai fini dell'accesso alle prestazioni è utilizzata una scala di valutazione multidimensionale (es. SVAMA/SVAMDI, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche.

➤ 2.2 Individuazione dei criteri e delle modalità adottati per l'individuazione dei disabili gravi

Come evidenziato in precedenza, in Regione FVG i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari in condizione di disabilità grave, al momento attuale, sono individuati principalmente dalla disciplina afferente al Fondo per l'Autonomia Possibile.

Il FAP, diversificato in 5 misure economiche in relazione alla modalità di utilizzo ed al target dei beneficiari, prevede dei requisiti d'accesso condizionati dalla gravità della condizione di non autosufficienza, nonché dalla condizione economica.

Per l'accesso al FAP la persona deve possedere la certificazione di cui all'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, nonché una condizione di non autosufficienza con la perdita di almeno 2 ADL (indice di Katz).

Accanto a tali criteri il regolamento prevede che i territori possano adottare ulteriori strumenti di valutazione ritenuti maggiormente sensibili e quindi più idonei alla valutazione della gravità in riferimento ai minori e alle persone affette da deficit sensoriali.

Come già anticipato nel paragrafo 1.2.3 (valutazione multidimensionale), per quanto riguarda specificamente la valutazione delle persone con disabilità, con DGR 3 marzo 2017 n. 370, la Regione ha avviato un percorso per la valutazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali, costruendo uno strumento a partire da un approccio teso a superare la logica del "bisogno assistenziale" per tendere all'affermazione di un impianto che guardi ai percorsi assistenziali delle persone e che sappia esplorare dimensioni altrimenti escluse, come la qualità della vita, le opportunità, le aspettative e le preferenze delle persone valutate.

Con Decreto 3 agosto 2017 n. 1050, la Regione ha adottato in via sperimentale lo strumento di valutazione in seguito denominato Q-VAD (Questionario sulle Condizioni di Vita della persona adulta con Disabilità). Esso è caratterizzato da alcuni tratti salienti:

- la formulazione in prima persona, per sottolineare che il riferimento e protagonista della rilevazione è la persona con disabilità e che lo sforzo deve essere quello di rappresentare in modo fedele la sua condizione e il suo punto di vista;
- la formulazione degli item è organizzata con linguaggio accessibile in modo da facilitare risposte circoscritte e chiaramente definite con margini ristretti di interpretazione;
- il cuore della rilevazione ruota su tre macrofattori: sostegni al funzionamento, qualità di vita e opportunità di vita, che prendono in considerazione, tra le altre, anche l'area della cura della propria persona, della mobilità, della comunicazione e altre attività cognitive, delle attività strumentali e relazionali per la vita quotidiana.

È attualmente in corso la validazione degli algoritmi che permetteranno la produzione di profili di bisogno a partire dalle informazioni raccolte con lo strumento Q-VAD.

- L'articolo 1, comma 162 della legge 234/21, individua specificamente tra i benefici dei servizi socioassistenziali integrati da interventi di natura sociosanitaria, le persone anziane non autosufficienti, le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione.
- Indicare pertanto, i criteri e le modalità per l'individuazione di tale tipologia di beneficiari.

➤ 2.3 Individuazione dei criteri e delle modalità adottati per l'individuazione delle persone non autosufficienti e le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione

Per l'individuazione delle persone anziane non autosufficienti la valutazione è effettuata tramite scheda Val.Graf-FVG (vedere paragrafo 1.2.3), strumento di valutazione in grado non solo di indagare la gravità della condizione di non autosufficienza, ma anche di valorizzare le competenze personali, nonché di effettuare la dovuta relazione tra la condizione individuale e il contesto di vita.

Vengono considerate in condizione di non autosufficienza le persone impossibilitate a svolgere almeno 2 attività di base della vita quotidiana – Activities of Daily Living (ADL), misurata secondo la scala ADL di Katz o in condizione di demenza almeno di grado 2 (CDR 2) misurata secondo la Clinical Dementia Rating Scale – CDRs.

La valutazione effettuata tramite Val.Graf-FVG, oltre a fornire sia l'indice di Katz che il grado della CDRs, produce un profilo di bisogno assistenziale sul quale viene poi costruito il progetto personalizzato.

L'ultima versione dello strumento, approvata con DGR 25 gennaio 2019 n. 92, è diversificata in tre modelli modulari: 1) per l'ingresso in struttura (slim edition), 2) per la valutazione di persone già ospiti in strutture (residenziale), 3) per la valutazione di persone a domicilio (domiciliare). Tutte le versioni forniscono il profilo di bisogno per lo specifico setting.

Le versioni si differenziano in base al setting di utilizzo, alla numerosità degli item che le compongono e agli indicatori ed output che producono; in linea con gli sviluppi internazionali nelle valutazioni multidimensionali l'algoritmo che determina i profili di bisogno si basa sull'analisi di tre aree principali: 1) capacità funzionali, 2) problemi sanitari, 3) aspetti cognitivo-comportamentali.

Ognuna di queste aree ha un suo indicatore specifico che genera quattro livelli di intensità di assistenza, prodotti con modalità di calcolo ricavate da modelli già ampiamente collaudati a livello internazionale. Dall'incrocio dei livelli di intensità delle tre aree principali si ottiene il profilo di bisogno, che costituisce l'output finale.

Con particolare riferimento alle persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, la Regione ha avviato già nel 2018 una sperimentazione al fine di intercettare precocemente i bisogni di salute e di intervenire proattivamente nella presa in carico, in risposta al crescente aumento della popolazione anziana. Il Friuli-Venezia Giulia, infatti, si posiziona al decimo posto fra le regioni più "anziane" dell'Unione Europea, con il 26 % della popolazione che ha più di 65 anni. L'invecchiamento della popolazione ha reso, dunque, prioritario attivare percorsi di prevenzione della non autosufficienza.

Il "progetto di screening per la conduzione di un programma – intervento di sorveglianza attiva nella popolazione anziana a rischio di fragilità" denominato "Prisma 7" si inserisce, dunque, tra le attività della medicina d'iniziativa, che hanno lo scopo di promuovere una migliore qualità della vita nelle persone, prevenire il manifestarsi di problemi di salute e relative complicanze, gestire condizioni croniche, ritardare il decadimento psico-fisico, la perdita dell'autonomia e, conseguentemente, l'istituzionalizzazione.

Allo stesso tempo lo screening rappresenta un percorso di conoscenza dello stato di salute della popolazione anziana, fornendo una mappa sempre aggiornata della potenziale fragilità su tutto il territorio regionale, utile anche a indirizzare le relative politiche regionali. In particolare, vengono indagate quelle situazioni spesso non autonomamente riconosciute di anziani non ancora presi in carico dalla rete dei servizi.

Il progetto si compone di due fasi:

- fase 1 di "screening" per identificare gli anziani non noti ai servizi territoriali, ma che si trovano a rischio di fragilità;

- fase 2 di “programma-intervento” per valutare-confermare la condizione di fragilità nelle persone intercettate con lo screening e avviare le azioni di sorveglianza attiva con le risorse presenti, disponibili e più appropriate, facendo attenzione a garantire un approccio integrato.

Lo screening viene condotto utilizzando lo strumento “Prisma 7”: si tratta di un questionario composto da sette domande, elaborato da gruppi di ricercatori universitari del centro St-Augustin de Beauport del Québec (Canada) e del Centro di ricerca sull’invecchiamento dell’Istituto Universitario Geriatrico - Sherbrooke University Institute of Geriatrics.

Il questionario viene somministrato telefonicamente, attraverso il Call Center Regionale per la Salute, a tutti gli anziani di età uguale o superiore a 75 anni residenti sul territorio regionale e non ancora conosciuti dalla rete territoriale dei servizi.

Gli obiettivi dello screening sono:

- identificare le persone anziane a rischio di fragilità over 75 con lo strumento Prisma 7 (con score ≥ 3);
- segnalare le persone identificate come a rischio di fragilità alla rete dei servizi territoriali.

L’esito è trasmesso ai Distretti delle Aziende sanitarie e condiviso con i MMG.

Nella seconda fase il distretto sanitario diventa il soggetto responsabile nella definizione del programma-intervento nonché della sua attuazione e verifica, con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale e dei servizi sociali.

In visione prospettica è imprescindibile un approccio sempre più integrato tra aziende sanitarie e servizi sociali dei comuni. Questi ultimi assumono un ruolo importante soprattutto negli score più bassi, rappresentativi per lo più di bisogni “sociali” di emarginazione e solitudine.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

- 3.1 L'articolo 1, comma 162 prevede che "Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:
 - a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
 - b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.
 - c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda 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.

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per anziani non autosufficienti mettendo in evidenza le modalità di realizzazione dei LEPS di erogazione dei servizi di cui alle lettere a-b-c del comma appena citato

➤ Generalità

Da quanto detto fin qui risulta evidente che la descrizione degli interventi si colloca all'interno di un contesto già funzionante, complesso e articolato, che in gran parte opera mediante meccanismi analoghi, ma non sempre sovrapponibili, a quelli previsti dal PNNA 2022-2024.

Per raggiungere gli obiettivi del piano, nel rispetto dei contenuti di cui ai commi 162, 163, 164 e 166 della legge di bilancio 234/2021 è indispensabile procedere con delle modalità operative che da un lato garantiscano comunque la continuità dei servizi esistenti, al fine di scongiurare un'interruzione dei servizi, dall'altro una loro "rimodulazione" al fine di renderli il più possibile aderenti all'impianto disegnato dal piano.

Gli interventi possono prevedere, a seconda dei casi, forme di assistenza diretta o indiretta o, più spesso, un mix tra le due, anche se, come è emerso dalle indagini statistiche del Piano triennale 2019-2021, la Regione FVG è tra quelle che hanno utilizzato, nel corso del tempo, le risorse del FNA quasi esclusivamente come forma di assistenza indiretta, a finanziamento o cofinanziamento dei preesistenti fondi regionali già descritti (Fondo per l'autonomia possibile (FAP), Fondo gravissimi e Fondo SLA), mentre i servizi di assistenza diretta erogati dagli ATS sono stati finanziati con risorse regionali.

L'intenzione del PNNA 2022-2024 di utilizzare le risorse del Fondo per le non autosufficienze 2022-2024 per promuovere gradualmente forme di assistenza diverse dalle erogazioni monetarie comporta pertanto, accanto al mantenimento della continuità degli assegni di cura in essere, la destinazione di una parte di risorse per il finanziamento dei servizi di assistenza diretta, a garanzia dei LEPS di erogazione ovvero degli Obiettivi di servizio nel caso delle persone con disabilità.

➤ 3.1 Gli interventi per le persone anziane non autosufficienti e per le persone anziane fragili

Nello specifico, per le persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e per le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione con basso bisogno assistenziale (anziani fragili), si prevede pertanto il finanziamento di:

- a) L'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (L. 234/2021, comma 162, lettera a) - Linea 1.1 della strategia di intervento del Piano), con l'ulteriore sviluppo, attraverso le risorse del FNA, dei seguenti servizi:
 - i. il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) - strumento principale con cui il Servizio Sociale dei Comuni garantisce la permanenza a domicilio delle persone anziane, attraverso un insieme di interventi e prestazioni atte a favorire la massima autonomia e benessere possibili, anche con interventi integrativi come la fornitura di pasti, le pulizie, i trasporti;
 - ii. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) – insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, integrati con i servizi socioassistenziali, forniti all'anziano non autosufficiente a domicilio e attivati a seguito di valutazione multidimensionale effettuata in equipe, con predisposizione di un progetto personalizzato che identifica gli obiettivi di cura e assistenza e definisce un programma di interventi da erogare tramite diverse figure professionali;
 - iii. L'abitare inclusivo, di cui alla DGR 1625/2019 "LR 17/2014, art.24, - Linee guida per la promozione e la realizzazione di forme sperimentali di abitare inclusivo. Aggiornamento delle sperimentazioni di cui alla DGR 2089/2017 in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa": incentivo alla domiciliarità e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso il sostegno a progetti sperimentali di soluzioni abitative innovative. La Regione sostiene i progetti individuali dedicati alle persone non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo attraverso la definizione del budget personale integrato, quale budget di salute per il finanziamento delle sperimentazioni stesse. Il budget di salute è formato da una componente di derivazione sanitaria e da una componente di rilevanza sociale che si prevede di finanziare utilizzando le risorse del FNA assieme a quelle regionali afferenti al FAP;
 - iv. il servizio di Telesoccorso-Telecontrollo e custodia chiavi è attivo per fornire un'assistenza a distanza, 24 ore su 24, che consente alle persone in stato di bisogno di contattare personale qualificato pronto a intervenire in qualsiasi situazione di bisogno o di emergenza;

- v. rafforzamento delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane tramite interventi che prevedono l'ascolto e l'orientamento, il monitoraggio della popolazione anziana a rischio di fragilità a supporto della progettualità Prisma 7 (vedi paragrafo 1.1), la formazione generale e l'affiancamento a caregiver e assistenti familiari, l'alfabetizzazione digitale e un intervento sperimentale di rigenerazione sociale a supporto degli anziani fragili e delle loro famiglie. In particolare, per le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione la Regione ha avviato un percorso di co progettazione con Enti del Terzo Settore (ETS) per rafforzare ulteriormente la rete formale e informale a sostegno degli anziani fragili. È stato così finanziato con risorse del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali il progetto SI FA RETE, per la realizzazione di interventi per la presa in carico leggera e di contrasto alla solitudine a supporto di persone anziane in condizioni di fragilità, anche derivanti dagli effetti della pandemia.

Per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie si prevede il finanziamento di:

- b) I Servizi sociali di sollievo (L. 234/2021, comma 162, lettera b) - Linea 1.2 della strategia di intervento del Piano), con il rafforzamento e l'implementazione di:
 - i. I servizi di pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, attraverso i professionisti dei servizi sociali dei comuni o il personale qualificato afferente al Terzo settore;
 - ii. I servizi semiresidenziali per anziani, anche con la possibilità di utilizzare le risorse del FNA per l'abbattimento dei costi delle rette e consentirne la frequentazione anche alle persone meno abbienti;
 - iii. I servizi di sostituzione temporanea degli assistenti familiari tramite appositi accordi tra il servizio sociale di ambito e gli enti del Terzo settore o del privato sociale.
- c) I Servizi sociali di supporto (L. 234/2021, comma 162, lettera c) - Linea 1.3 della strategia di intervento del Piano), con l'ampliamento delle seguenti attività:
 - i. Per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari sono attivi gli sportelli SI.CON.TE. La Regione FVG si propone di sostenere le famiglie attraverso azioni volte a facilitare la conciliazione tra impegni lavorativi e responsabilità di cura dei propri cari. Il Servizio SI.CON.TE ha un duplice obiettivo: offrire un servizio specialistico di incontro domanda e offerta nell'ambito del lavoro domestico e di assistenza alla persona, ovvero fornire consulenza alle famiglie sugli strumenti che facilitano l'equilibrio fra la vita professionale e la vita familiare;
 - ii. Servizi di assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie, attivi in regione attraverso accordi di collaborazione con enti del Terzo settore o del privato sociale.
- d) Contributi e assegni di cura (L. 234/2021, comma 164 - Linea 1.4 della strategia di intervento del Piano), da erogare con le modalità proprie del Fondo per l'autonomia possibile (FAP), dei quali va garantita la continuità, e che, per l'anziano non autosufficiente, prevedono le seguenti modalità:
 - i. L'accesso avviene tramite i PUA o anche attraverso segnalazione diretta dei servizi territoriali che possono agire proattivamente acquisendo il relativo consenso della persona interessata o di chi ne fa le veci;
 - ii. È destinato alle persone anziane in condizione di non autosufficienza (perdita di almeno 2 ADL dell'indice di Katz) valutate con il sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf-FVG, che fornisce il relativo profilo di bisogno a supporto della presa in carico;
 - iii. Il progetto personalizzato e partecipato è disposto in UVM e deve contenere tutti gli elementi elencati più avanti nella descrizione dell'assegno dedicato alle gravissime disabilità;

- iv. È compatibile e si integra con gli interventi di assistenza diretta, fermo restando che è prevista per alcune fattispecie una rimodulazione in caso di frequenza di servizi semiresidenziali;
- v. Per quanto concerne i ricoveri di sollievo, dal sessantunesimo giorno di ricovero, anche non continuativo nel ciclo di 12 mesi, l'assegno viene sospeso pro quota giornaliera;
- vi. Non si ritiene di identificare parametri di priorità di accesso in caso di risorse non sufficienti rispetto al livello minimo, in quanto si prevede che l'assegno sia comunque garantito interamente con risorse a carico della Regione;
- vii. In relazione all'attuazione del progetto, l'UVM esercita, almeno annualmente, funzioni di monitoraggio attraverso attività di verifica dell'efficacia del progetto e la qualità della sua realizzazione, con particolare riguardo agli elementi qualificanti, quali le condizioni dell'utente, il ruolo del caregiver, il rispetto delle modalità di utilizzo delle risorse, i tempi di attuazione e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Le misure contributive afferenti al FAP disponibili per l'anziano non autosufficiente sono:

<p>Assegno per l'autonomia (APA)</p>	<p>È un intervento economico avente lo scopo di rendere possibile e sostenibile l'accudimento a domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza tramite progetti supportati direttamente dalla famiglia, dal vicinato, dal volontariato, da soggetti del terzo settore, anche con il concorso di personale di assistenza senza le caratteristiche previste per il CAF.</p> <p>L'entità del contributo è graduata in base al livello di non autosufficienza e all'ISEE (min <u>annuo</u> 1.548 euro - max <u>annuo</u> 6.204 euro)</p> <p>Il contributo va rendicontato per almeno il 50% dell'entità del contributo annuo.</p> <p>E' inoltre compatibile e cumulabile con il contributo a favore del caregiver familiare, finanziato con le risorse dell'apposito Fondo nazionale; gli indirizzi regionali prevedono la corresponsione di 300 euro mensili per un periodo massimo di 12 mesi.</p>
<p>Contributo per l'aiuto familiare (CAF)</p>	<p>È un intervento economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui, per l'accudimento delle persone in condizioni di grave disabilità e non autosufficienza, ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare.</p> <p>Gli addetti all'assistenza possono essere messi a disposizione anche da agenzie interinali e da soggetti, operanti nell'ambito dei servizi alla persona, appartenenti al settore pubblico, privato e del privato sociale, o da soggetti costituiti in forme associative che, in coerenza con i programmi di sviluppo delle economie del territorio e dell'imprenditorialità locale previsti dai Piani di Zona (PDZ) di cui all'articolo 24 della legge regionale 6/2006, agiscono nel campo dell'assistenza a domicilio.</p> <p>L'entità del contributo viene determinata tenendo conto delle ore di lavoro settimanali svolte dall'addetto all'assistenza familiare (minimo 20), della gravità della condizione e della fascia ISEE (min <u>annuo</u> 2.760 euro – max <u>annuo</u> 10.920 euro).</p> <p>Il contributo va rendicontato interamente.</p>

➤ 3.2 Gli interventi per le persone in condizioni di disabilità gravissima

Gli interventi previsti per le persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;

Nelle more delle procedure per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni previste dalla legge delega in materia di disabilità, n. 227/2021, gli interventi a favore delle persone con disabilità grave e gravissima, di seguito descritti, si configurano come obiettivi di servizio.

3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

L'assegno per l'autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI e predisposto dall'équipe multidisciplinare. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;

- può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);
- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi.

Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.

Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

Come già anticipato al punto 2, l'amministrazione regionale è intenzionata ad andare verso la creazione di un fondo unico regionale per la non autosufficienza, che vada a beneficio sia delle persone con gravissima disabilità che di quelle con grave disabilità, diversificato in più misure con caratteristiche ben definite a formare specifici assegni di cura che rispondano ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e composti da un livello essenziale (risorse FNA) e un livello aggiuntivo (finanziamento regionale).

Per quanto riguarda le persone con gravissima disabilità, l'assegno di cura a loro dedicato prevede le seguenti specifiche:

- L'accesso avviene tramite i PUA o anche attraverso segnalazione diretta dei servizi territoriali che possono agire proattivamente acquisendo il relativo consenso della persona interessata o di chi ne fa le veci;
- E' destinato alle persone in condizione di gravissima disabilità, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica e quelle in condizione di grave demenza, secondo la definizione ministeriale di cui all'articolo 3, comma 2, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA 2016), secondo il livello di gravità di cui alle scale riportate negli allegati 1 e 2 dello stesso decreto;
- La condizione di gravissima disabilità è accertata dall'UVM tramite i distretti sanitari, che hanno il compito di effettuare la valutazione dei casi avvalendosi delle figure professionali competenti nella somministrazione delle suddette scale;
- Il progetto personalizzato e partecipato è disposto in UVM e deve contenere almeno i seguenti elementi:
 - a) la valutazione sintetica del bisogno e della sua natura;
 - b) i risultati attesi;
 - c) gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni assistenziali;
 - d) l'individuazione del responsabile del progetto (case manager);
 - e) le fasi temporali e le scadenze dei monitoraggi;

- f) l'impegno sottoscritto dell'assistito o di chi ne fa le veci a realizzare il progetto, con le relative modalità;
- g) l'impegno sottoscritto, in caso di assunzione di personale di assistenza, di far partecipare gli addetti all'assistenza familiare alle iniziative di formazione avviate o promosse dal proprio territorio di appartenenza.
- Il progetto è inoltre definito per area di bisogno con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate; al riguardo l'UVM censisce e determina le risorse economiche e prestazionali rese da tutte le componenti coinvolte e costituisce il budget integrato di progetto, a sostegno del progetto stesso, identificando:
 - le risorse professionali ed economiche messe rispettivamente a disposizione dal settore sociale e da quello sanitario;
 - le risorse attivate e messe a disposizione dalla famiglia in modo formale e informale;
 - le risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato.
- E' prevista una soglia di accesso ISEE di 60.000 euro, con estensione a 65.000 in caso di beneficiari minorenni;
- Gli importi spettanti ai beneficiari dipendono dal livello di intensità assistenziale derivante dalla somministrazione della scheda Q-VAD e sono opportunamente modulati a seconda della fascia ISEE. Nello specifico, similmente a quanto già accade nella disciplina del Fondo SLA; si prevedono due classi di intensità del sostegno: un primo livello (elevato sostegno) con importi compresi tra 500 e 1.125 euro/mese, un secondo livello (elevatissimo sostegno) con importi che vanno da un minimo di 850 a un massimo di 1.800 euro mensili. Si prevede che gli importi siano costituiti da un livello essenziale di almeno 400 euro mensili, proveniente dalla quota gravissime disabilità del FNA, e da una quota aggiuntiva regionale;
- Non si ritiene di identificare parametri di priorità di accesso in caso di risorse non sufficienti rispetto al livello minimo, in quanto si prevede che l'assegno sia comunque garantito interamente con risorse a carico della Regione;
- Si prevede che, in considerazione dell'elevato carico assistenziale gravante sia sui caregiver familiari che sul personale di assistenza, l'assegno percepito, fatte salve eccezioni predefinite a livello progettuale, debba venir rendicontato limitatamente alle spese direttamente connesse all'assunzione del personale di assistenza.

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)

Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.

In Regione Friuli-Venezia Giulia sono previsti per le persone con disabilità gravissima i seguenti servizi di assistenza diretta, riconducibili al comma 162, lettera a) della Linea 1.1 del Piano, atti a favorire la domiciliarità:

- L'assistenza domiciliare integrata (ADI) – insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, integrati con i servizi socioassistenziali, forniti alla persona a domicilio e attivati a seguito di valutazione multidimensionale effettuata in equipe, con predisposizione di un progetto personalizzato che identifica

gli obiettivi di cura e assistenza e definisce un programma di interventi da erogare tramite diverse figure professionali. Nell'ambito della programmazione degli interventi può essere attivato uno specifico servizio afferente al settore sanitario o sociale, quale:

- i. il Servizio Infermieristico Domiciliare erogato dal Distretto sanitario (SID), che garantisce gli interventi infermieristici domiciliari;
- ii. il Servizio Riabilitativo Domiciliare erogato dal Distretto sanitario (SRD), che garantisce interventi riabilitativi a domicilio, al fine di consentire alla persona il mantenimento dell'autonomia motoria residua e di educare i familiari alla corretta mobilitazione della persona;
- iii. il Servizio di assistenza protesica, di competenza distrettuale, per la fornitura di ausili, protesi e ortesi con l'obiettivo di migliorare l'autonomia delle persone o la gestione da parte dei caregiver;
- iv. il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) - strumento principale con cui il Servizio Sociale dei Comuni favorisce la permanenza a domicilio delle persone con gravissima disabilità in condizioni di massima autonomia e benessere possibili, così da evitare ricoveri impropri e supportare i familiari dell'utente impegnati nel lavoro di cura.

I servizi di assistenza diretta possono integrarsi con gli assegni di cura di cui al paragrafo 3.2.1 senza alcuna conseguenza sull'entità degli assegni.

- Sul tema degli interventi complementari di sollievo, riconducibili al comma 162, lettera b) della linea 1.2 del Piano, è previsto il finanziamento di:
 - i. Servizi di pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, attraverso i professionisti dei servizi sociali dei comuni o il personale qualificato afferente al Terzo settore;
 - ii. Servizi di sostituzione temporanea degli assistenti familiari tramite appositi accordi tra il servizio sociale di ambito e gli enti del Terzo settore o del privato sociale;
 - iii. strutture attrezzate per ospitare persone con gravissima disabilità per ricoveri di sollievo, complementari al percorso domiciliare. I ricoveri di sollievo sono compatibili con gli assegni di cura e non comportano alcuna decurtazione fino al sessantesimo giorno di ricovero, anche non continuativo nel ciclo di 12 mesi; dal sessantunesimo giorno l'importo viene decurtato pro quota giornaliera.
- Per quanto concerne gli interventi di supporto, riconducibili al comma 162, lettera c) della linea 1.3 del Piano, sono previste le seguenti attività:
 - i. Per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari sono attivi gli sportelli SI.CON.TE. La Regione FVG si propone di sostenere le famiglie attraverso azioni volte a facilitare la conciliazione tra impegni lavorativi e responsabilità di cura dei propri cari. Il Servizio SI.CON.TE ha un duplice obiettivo: offrire un servizio specialistico di incontro domanda e offerta nell'ambito del lavoro domestico e di assistenza alla persona, ovvero fornire consulenza alle famiglie sugli strumenti che facilitano l'equilibrio fra la vita professionale e la vita familiare;
 - ii. Servizi di assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie, attivi in regione attraverso accordi di collaborazione con enti del Terzo settore o del privato sociale.

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

Descrivere gli interventi previsti.

Il sistema di servizi e interventi a favore delle persone con disabilità grave si colloca nel quadro di contesto già descritto precedentemente e si attua attraverso forme di assistenza diretta e indiretta nei setting residenziale e semiresidenziale, nonché in quello domiciliare.

In particolare, relativamente al setting domiciliare, i principali interventi che prevedono l'assistenza diretta delle persone nel contesto familiare, riconducibili al comma 162, lettera a) della Linea 1.1 del Piano, similmente a quelli descritti per le persone con gravissima disabilità si configurano come obiettivi di servizio e sono:

- L'assistenza domiciliare integrata (ADI), attivata per i casi complessi;
- il Servizio Infermieristico Domiciliare erogato dal Distretto sanitario (SID);
- il Servizio Riabilitativo Domiciliare erogato dal Distretto sanitario (SRD);
- il Servizio di Assistenza protesica erogato dal Distretto sanitario;
- il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) - strumento principale con cui il Servizio Sociale dei Comuni garantisce la permanenza a domicilio delle persone con grave disabilità, attraverso un insieme di interventi e prestazioni atte a favorire la massima autonomia e benessere possibili, anche con interventi integrativi come la fornitura di pasti, le pulizie, i trasporti;
- il servizio di Telesoccorso-Telecontrollo, stabilito dalla LR 26 luglio 1996, n. 26 e successive modificazioni, è attivo per fornire un'assistenza a distanza, 24 ore su 24, che consente alle persone in stato di bisogno di contattare personale qualificato pronto a intervenire in qualsiasi situazione di bisogno o di emergenza;

I principali interventi complementari di sollievo riconducibili al comma 162, lettera b) della linea 1.2 del Piano, analoghi a quelli previsti per le persone con gravissima disabilità, sono:

- i. Servizi di pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, attraverso i professionisti dei servizi sociali dei comuni o il personale qualificato afferente al Terzo settore;
- ii. Servizi di sostituzione temporanea degli assistenti familiari tramite appositi accordi tra il servizio sociale di ambito e gli enti del Terzo settore o del privato sociale;
- iii. strutture attrezzate per ospitare persone con gravissima disabilità per ricoveri di sollievo, complementari al percorso domiciliare. I ricoveri di sollievo sono compatibili con gli assegni di cura e non comportano alcuna decurtazione fino al sessantesimo giorno di ricovero, anche non continuativo nel ciclo di 12 mesi; dal sessantunesimo giorno l'importo viene decurtato pro quota giornaliera.

Gli interventi di supporto, riconducibili al comma 162, lettera c) della linea 1.3 del Piano, sovrapponibili a quelli già descritti per le persone con gravissima disabilità, prevedono:

- i. incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari tramite gli sportelli SI.CON.TE. La Regione FVG si propone di sostenere le famiglie attraverso azioni volte a facilitare la conciliazione tra impegni lavorativi e responsabilità di cura dei propri cari. Il Servizio SI.CON.TE ha un duplice obiettivo: offrire un servizio specialistico di incontro domanda e offerta nell'ambito del lavoro domestico e di assistenza alla persona, ovvero fornire consulenza alle famiglie sugli strumenti che facilitano l'equilibrio fra la vita professionale e la vita familiare;
- ii. Servizi di assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie, attivi in regione attraverso accordi di collaborazione con enti del Terzo settore o del privato sociale.

Parallelamente, le persone con disabilità grave possono usufruire del più volte citato assegno di cura afferente al Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

Il FAP si configura come uno degli strumenti a disposizione dei Servizi, che possono indicarne l'utilizzo solo all'interno degli interventi complessivamente dettagliati nel progetto personalizzato.

Per quanto riguarda il FAP per le persone con grave disabilità si prevede che:

- L'accesso avviene tramite i PUA o anche attraverso segnalazione diretta dei servizi territoriali che possono agire proattivamente acquisendo il relativo consenso della persona interessata o di chi ne fa le veci;
- È destinato alle persone in condizione di grave disabilità, valutate con il sistema Q-VAD (vedere paragrafo 1.2.3);
- L'ammissibilità è condizionata per le persone con grave disabilità dal possesso della certificazione di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 e contestuale collocazione nella opportuna classe di profilo che verrà elaborato dalla scheda Q-VAD;
- Il progetto personalizzato e partecipato è disposto in UVM e deve contenere tutti gli elementi già elencati nella descrizione dell'assegno dedicato alle gravissime disabilità;
- È compatibile e si integra con gli interventi di assistenza diretta;
- Non si ritiene di identificare parametri di priorità di accesso in caso di risorse non sufficienti rispetto al livello minimo, in quanto si prevede che l'assegno sia comunque garantito interamente con risorse a carico della Regione;
- In relazione all'attuazione del progetto, l'UVM esercita, almeno annualmente, funzioni di monitoraggio attraverso attività di verifica dell'efficacia del progetto e la qualità della sua realizzazione, con particolare riguardo agli elementi qualificanti, quali le condizioni dell'utente, il ruolo del caregiver, il rispetto delle modalità di utilizzo delle risorse, i tempi di attuazione e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il FAP per le persone con gravi disabilità, alla luce del processo di revisione già ampiamente descritto, oltre all'assegno di cura dedicato alle gravissime disabilità, di cui si è detto poc'anzi, si articolerà nelle seguenti tipologie d'intervento, non cumulabili tra loro:

Assegno per l'autonomia (APA)	Già descritto nel paragrafo 3.1
Contributo per l'aiuto familiare (CAF)	Già descritto nel paragrafo 3.1
Sostegno alla vita indipendente	<p>È un intervento che concorre a finanziare i progetti di vita indipendente riguardanti persone con grave disabilità, secondo gli indirizzi del piano FNA 2019-2021.</p> <p>Vi si riservano risorse per almeno il 15% dell'intero budget regionale a disposizione (nel 2022 risorse dedicate per 5 milioni di euro).</p> <p>L'entità del contributo è graduata in UVM in base al tipo di progetto (min <u>annuo</u> 3.000 euro - max <u>annuo</u> 22.000 euro).</p>
Sostegno ai progetti dedicati ai minori	<p>È un intervento nuovo, che si prevede di dedicare ai minori e alle famiglie e che concorre a finanziare progetti a favore dei nuclei familiari con minori in condizione di grave disabilità.</p> <p>Per la realizzazione dei progetti in questione, è previsto un contributo che può andare da un minimo di 3.504 euro annui a un massimo di 12.000 euro annui.</p>

Per tutte le fattispecie descritte la soglia ISEE è di 30.000 euro, eccezion fatta per vita indipendente che prevede una soglia ISEE di 60.000 euro.

Si ritiene che, coerentemente con la finalità dell'azione statale di promozione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche per questi interventi vada previsto un livello essenziale, da finanziarsi con le risorse ministeriali, e un livello aggiuntivo regionale, in relazione all'intensità del bisogno assistenziale e all'ISEE.

Si ritiene utile richiamare l'attenzione sulla misura di sostegno alla vita indipendente, che in Regione FVG è attiva dal 2007 con il primo regolamento attuativo del FAP e che costituisce uno strumento già consolidato e diffuso capillarmente su tutto il territorio regionale a beneficio di tutti gli ambiti sociali e sul quale lo Stato dal 2013 ha inteso mettere a disposizione delle risorse ad hoc per promuovere progetti sperimentali, solo per alcuni ambiti sociali, in attuazione del primo *Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*. Tali risorse, come risulta dai monitoraggi e rendiconti inviati dalla Regione negli anni passati, sono state utilizzate su nuove progettualità, in conformità alle linee di indirizzo del primo Programma biennale. Essendo tuttavia vita indipendente già inserita nella normale programmazione regionale tramite il FAP, l'auspicio è che in futuro i progetti attivati con le risorse nazionali possano andare a beneficio di tutti i territori con la possibilità di utilizzare dette risorse quale possibile livello essenziale dei progetti ordinari di vita indipendente.

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

Come già anticipato nella descrizione degli interventi programmati, di cui al capitolo precedente, nonché come ampiamente descritto nel paragrafo 1.2 sull'integrazione sociosanitaria, le normative regionali vigenti hanno portato nel corso del tempo alla realizzazione di un sistema di presa in carico integrata che ricalca sostanzialmente quello del PNNA 2022-2024.

Basti pensare alla presa in carico dell'anziano non autosufficiente e della persona con disabilità grave o gravissima, che prevede già oggi uno schema tipo simile a quello del Piano, con accesso tramite PUA, con funzione conoscitiva e di orientamento, una prima valutazione, con la raccolta dei dati e il riconoscimento del tipo di bisogno, semplice o complesso; nel caso di bisogno semplice o di possibile situazione di fragilità vi è un invio ai servizi competenti, nel caso di bisogno complesso viene attivata l'UVM, per la successiva valutazione multidimensionale, la predisposizione del progetto personalizzato e l'attivazione dei servizi e degli interventi appropriati.

Si può dire pertanto che il LEPS di processo relativo al Percorso Assistenziale Integrato è già operativo e funzionante sul territorio regionale, si tratta solo di orientare le macrofasi in modo da armonizzarle esattamente con le previsioni del Piano, nonché di promuovere gli accordi interistituzionali previsti, a garanzia dei LEPS di processo, che sono essenziali e propedeutici alla realizzazione dei LEPS di erogazione ovvero agli Obiettivi di servizio per le persone con disabilità. La Regione garantisce pertanto il suo impegno nell'operazione di orientamento e accompagnamento agli ATS e alle Aziende sanitarie al fine di raggiungere gli obiettivi di servizio che di seguito si riassumono:

- 2022 (con azioni da attuarsi nel 2023): costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario;
- 2023 (con azioni da attuarsi nel 2024): strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario;
- 2024 (con azioni da attuarsi nel 2025): strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Regolamento unico di ambito per i servizi sociosanitari. Protocolli per la costruzione delle reti di comunità. Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

Per quanto concerne le Azioni di supporto:

- a) rafforzamento degli ambiti territoriali sociali;
- b) sviluppo del sistema dei servizi.

Fermo restando che le azioni di sviluppo del sistema dei servizi di cui al punto b) saranno garantite dalle strutture del MLPS, al rafforzamento degli ATS saranno destinate le risorse previste nel triennio per la nostra regione per il reclutamento del personale afferente ai PUA, di cui alla Tabella 3 del decreto ministeriale di riparto (480.000 € per il 2022 e 1.520.000 per il 2023 e per il 2024). La base prevista di 40.000 € per ogni operatore sociale assunto a tempo indeterminato porterebbe, previa verifica delle possibilità previste dalle rispettive piante organiche, a un'acquisizione di 38 unità di personale a regime, con 12 nuovi operatori a valere sulle risorse 2022 e di ulteriori 26 a valere sulle risorse 2023.

Con riferimento ai LEPS di erogazione, come già ampiamente descritto nei precedenti paragrafi, dai quali si evince come già oggi vi sia sul territorio regionale una buona copertura dei bisogni delle persone tramite i servizi di assistenza diretta finanziati con risorse regionali, la Regione Friuli-Venezia Giulia intende programmare le risorse assegnate in modo da mantenere la continuità degli assegni di cura e contestualmente promuovere e rafforzare i servizi di assistenza diretta, destinando una quota complessiva del 10% delle risorse assegnate a valere sull'annualità 2022, da distribuire sulle tre tipologie di servizi secondo le quote indicate nelle tabelle contenenti la matrice di programmazione.

Per le successive annualità, 2023 e 2024, la quota base del 10% complessivo, calcolata sulle rispettive assegnazioni, verrà implementata rispettivamente del 10% e del 20% della quota medesima, con una distribuzione sulle tre tipologie di servizi come rappresentato nelle matrici di programmazione.

Per tutte e tre annualità il 50% delle somme destinate agli assegni di cura saranno programmate a favore delle persone con gravissima disabilità.

PROGRAMMAZIONE 2022

Risorse considerate: euro 18.424.000,00 (riparto FNA) + 480.000,00 (unità di personale PUA)

Quota servizi assistenza diretta: 10% dell'assegnazione complessiva, pari a 1.842.400,00 euro, distribuiti sui tre servizi come sotto rappresentato.

Quota contributi = 16.581.600,00 euro, di cui il 50% per le gravissime disabilità

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 lettera a) 4% 736.960,00 €	200.000,00 €	400.000,00 €	Obiettivi di servizio	70.000,00 €	66.960,00 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162, lettera b) 5,50% 1.013.320,00 €	800.000,00 €			120.000,00 €	93.320,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162, lettera c) 0,50% 92.120,00 €	50.000,00 €			20.000,00 €	22.120,00 €
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164 90% 16.581.600,00 €	6.000.000,00 €			8.290.800,00 €	2.290.800,00 €
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					

**per il rafforzamento degli ATS è destinato l'importo di 480.000,00 euro, di cui all'art. 5 del decreto ministeriale di riparto

PROGRAMMAZIONE 2023

Risorse considerate: euro 18.736.000,00 (riparto FNA) + 1.520.000,00 (unità di personale PUA)

Quota servizi assistenza diretta: 10% dell'assegnazione complessiva, 1.873.600,00 euro + 10% (187.360,00) = 2.060.960,00 euro (distribuiti sui tre servizi come sotto rappresentato)

Quota contributi = 16.675.040,00, di cui il 50% per le gravissime disabilità

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 lettera a) 4,40% 824.384,00 €	240.000,00 €	430.000,00 €	Obiettivi di servizio	80.000,00 €	74.384,00 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162, lettera b) 6,05% 1.133.528,00 €	880.000,00 €			132.000,00 €	121.528,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162, lettera c) 0,55% 103.048,00 €	55.000,00 €			22.000,00 €	26.048,00 €
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164 89% 16.675.040,00 €	6.037.520,00 €			8.337.520,00 €	2.300.000,00 €
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					

**per il rafforzamento degli ATS è destinato l'importo di 1.520.000,00 euro, di cui all'art. 5 del decreto ministeriale di riparto

PROGRAMMAZIONE 2024

Risorse considerate: euro 19.866.000,00 (riparto FNA) + 1.520.000,00 (unità di personale PUA)

Quota servizi assistenza diretta: 10% dell'assegnazione complessiva, 1.986.600,00 euro + 20% (397.320,00) = 2.383.920,00 euro (distribuiti sui tre servizi come sotto rappresentato).

Quota contributi = 17.482.080,00, di cui il 50% per le gravissime disabilità

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 lettera a) 4,80% 953.568,00 €	300.000,00 €	460.000,00 €	Obiettivi di servizio	100.000,00 €	93.568,00 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162, lettera b) 6,60% 1.311.156,00 €	968.000,00 €			180.000,00 €	163.156,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162, lettera c) 0,60% 119.196,00 €	65.000,00 €			25.000,00 €	29.196,00 €
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164 88% 17.482.080,00 €	6.341.040,00 €			8.741.040,00 €	2.400.000,00 €
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					

**per il rafforzamento degli ATS è destinato l'importo di 1.520.000,00 euro, di cui all'art. 5 del decreto ministeriale di riparto

5. Il monitoraggio dei flussi finanziari

Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento.

Per una ottimale gestione del sistema di monitoraggio dei flussi finanziari si prevede di allocare le risorse provenienti dal FNA su cinque distinti capitoli di spesa appositamente dedicati:

- 1) Servizi e interventi di cui alla legge 234/2021, comma 162, lett. a), b) e c);
- 2) Contributi di cui alla legge 234/2021, comma 164, dedicati alle disabilità gravissime;
- 3) Contributi di cui alla legge 234/2021, comma 164, dedicati alle non autosufficienze e disabilità gravi;
- 4) Vita indipendente;
- 5) Rafforzamento personale PUA.

Il trasferimento delle risorse agli ATS sarà effettuato tramite uno o più decreti di spesa; gli allegati contabili ai decreti rendono immediatamente disponibili i dati relativi ad ogni singolo capitolo, sia delle somme complessivamente prelevate, sia dei singoli trasferimenti effettuati ad ogni ATS attraverso i mandati di pagamento.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del Piano, l'erogazione agli ambiti territoriali è comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro 30 giorni dall'effettivo trasferimento delle risorse secondo le modalità di cui all'allegato C al DPCM medesimo.

Ai sensi dell'articolo 3 del DPCM, la Regione FVG si impegna a rendicontare e monitorare le risorse del FNA, con i dati richiesti di cui all'allegato D al DPCM, nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS), avendo come unità di rilevazione l'ambito territoriale, fermo restando che l'erogazione delle risorse da parte dello Stato è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75% su base regionale. Si sottolinea inoltre l'impegno della Regione a rendicontare le eventuali somme non rendicontate entro la successiva erogazione.

La Regione si impegna altresì a rilevare, a livello di ambito territoriale, il numero e le caratteristiche delle persone assistite al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'allegato E al DPCM, rendendole disponibili entro il 31 maggio dell'anno successivo.

Con riferimento allo specifico monitoraggio delle persone in condizione di gravissima disabilità, si richiama quanto già esposto nel paragrafo 2.1, per cui le Aziende sanitarie regionali sono tenute a rendere disponibili annualmente, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio nel proprio territorio, per tipologia di disabilità, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica e quelle in condizione di grave demenza, secondo la definizione ministeriale di cui all'articolo 3, comma 2, del DM 26 settembre 2016 di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA 2016), secondo il livello di gravità di cui alle scale riportate negli allegati 1 e 2 dello stesso DM, indicando altresì se le stesse siano o meno già beneficiarie di contributi regionali.

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

Indicare le risorse destinate ai progetti di vita indipendente, inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il co-finanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio.

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>
320.000,00	80.000,00	400.000,00
Indicazione n. Ambiti aderenti		
<i>n. 4</i>		
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
1. SSC Ambito Natisone		
2. SSC Ambito Friuli Centrale		
3. SSC Ambito Agro Aquileiese		
4. SSC Ambito Tagliamento		

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE