

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A)

**ATTO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
2019-2021**

Elementi richiesti e indicazioni per la redazione

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

1.1 Il quadro di contesto

- *Indicare le norme regionali che disciplinano gli interventi in materia di non autosufficienza e vita indipendente.*

Tutela della dignità della persona umana

Il presente Piano, in armonia con le previsioni della LR n.32/2014 "*Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia*", persegue l'obiettivo di programmare e organizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi concernenti la non autosufficienza nel rispetto della dignità, della socialità e della libertà della persona e dell'uguaglianza di trattamento, per favorire il mantenimento a domicilio e in famiglia delle persone non autosufficienti e lo sviluppo dell'autonomia personale.

LR n.32/2014, art. 22 - Anziani non autosufficienti

Con LR n.32/2014 la Regione Marche affronta la tematica specifica della non autosufficienza facendo riferimento ad un target molto preciso di destinatari, ovvero gli anziani over 65 non autosufficienti. Ai sensi della legge regionale, le politiche di assistenza a favore delle persone anziane non autosufficienti devono prioritariamente "privilegiare" e sostenere la permanenza al proprio domicilio dell'anziano fragile e/o non autosufficiente anche per evitare ricoveri impropri presso strutture residenziali.

La LR n.32/2014 inoltre ha istituito il "Fondo per gli anziani non autosufficienti" - FRNA, di seguito denominato FRNA, al fine "*di garantire una più efficace tutela sia delle persone non autosufficienti sia delle loro famiglie*". Il Fondo regionale annualmente è utilizzato per integrare le risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza - FNA, di seguito denominato FNA.

Gli interventi a favore della non autosufficienza nella Regione Marche

La Regione Marche annualmente ripartisce tra i 23 Ambiti Territoriali Sociali il FNA e il FRNA secondo criteri stabiliti con deliberazione di Giunta regionale. Il FNA e il FRNA sostengono interventi a favore della "disabilità gravissima" e interventi a favore delle persone anziane over 65 (Assegno di cura e Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD di seguito denominato SAD). Gli interventi consistono prevalentemente in trasferimenti monetari a favore dei beneficiari (Assegno di cura e contributo per la disabilità gravissima) e in misura minore nell'erogazione diretta da parte del Comune e/o di Cooperative sociali di servizi socio assistenziali (SAD) effettuati al domicilio del beneficiario. Dal 2017 tale fondo è ripartito in parti uguali tra i due interventi (Disabilità gravissima, anziani over 65 anni).

Il Piano Sociale Regionale 2020 - 2022

Il Piano Sociale Regionale 2020 - 2022, approvato con Deliberazione Amministrativa n. 109 del 12/05/2020, ha sviluppato nove "Direttrici trasversali di Sviluppo" al fine di articolare la

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

programmazione regionale per tema. Le Diretrici trasversali di Sviluppo sono state pensate per adottare un approccio “fortemente trasversale” e per favorire l’integrazione degli interventi sociali, sanitari, educativi, formativi, per il lavoro. Il Piano Sociale Regionale ha individuato, tra le Diretrici trasversali di Sviluppo, una specifica direttrice che affronta il tema della non autosufficienza denominata “Sostegno alle persone in situazione di non autosufficienza”. Tra le Linee di Azione in cui si articola la Direttrice sulla non autosufficienza, la Linea di Azione “Gestione del Fondo nazionale per le non autosufficienze” affronta alcune criticità presenti nell’attuale sistema concernente gli interventi a favore della non autosufficienza e avanza alcune proposte e obiettivi da perseguire. In particolare si sottolineano le seguenti criticità e gli obiettivi da raggiungere:

1) con riferimento al SAD si riscontra un’accentuata eterogeneità territoriale sia nelle norme che regolamentano il servizio che nella gestione/erogazione dello stesso. Il servizio, infatti, essendo gestito dai Comuni sulla base di propri regolamenti che disciplinano, tra l’altro, il livello di compartecipazione del beneficiario e il livello ISEE da applicare, presenta importanti differenze tra comuni soprattutto con riferimento alla individuazione dei beneficiari. Il Piano Sociale Regionale ha individuato in apposite Linee guida regionali lo strumento più idoneo per uniformare sul territorio il sistema di erogazione del SAD;

2) occorre avviare di un percorso di ripensamento della “classica” dicotomia regionale tra non autosufficienza definita come “Disabilità gravissima” e non autosufficienza definita come “anziani over 65” per arrivare ad una distinzione della non autosufficienza secondo il livello di gravità (gravissimo, grave, medio grave, etc.) superando pertanto il criterio dell’età anagrafica.

Il sistema attuale consente ad un anziano over 65 non autosufficiente, se riconosciuto come disabile gravissimo, di poter scegliere tra l’intervento Assegno di cura e l’intervento disabilità gravissima (i due interventi sono alternativi) sulla base di considerazione di “convenienza economica” che prescindono da valutazione di carattere sociale o socio sanitaria. In pratica si sceglie l’intervento che eroga un contributo più elevato.

3) l’attività quotidiana di cura e assistenza del caregiver familiare a favore del proprio caro non è adeguatamente riconosciuta e valorizzata. Per sostenere e potenziare effettivamente la domiciliarità e sostenere con aiuti concreti il caregiver occorrono adeguati interventi legislativi e il supporto di una rete sociale territoriale strutturata.

Integrazione degli interventi

Il rafforzamento del livello di integrazione degli interventi è uno degli “obiettivi strategici” previsti dal Piano Sociale Regionale. Integrazione da realizzare “prioritariamente” tra la componente sociale del sistema regionale e la componente sanitaria e socio-sanitaria, attraverso il ruolo tecnico di governo dell’Unità Operativa Sociale e Sanitaria - U.O.SeS, di seguito denominato U.O.SeS, istituita con DGR 110/15, e politico dei Comitati dei sindaci degli ATS e con altri settori del welfare, a cominciare dalle politiche attive del lavoro, della formazione e dell’istruzione, fino alle politiche per la casa e all’agricoltura sociale.

Potenziare il sistema integrato dei servizi, in particolare socio-sanitari territoriali, significa rafforzare i presidi territoriali nella forma di Punti Unici di Accesso – PUA alle prestazioni, attivare le Unità Valutative Multidisciplinari - UVI, predisporre Piani assistenziali personalizzati - PAI in grado di programmare e pianificare interventi per rispondere alle richieste della persona assistita. L’obiettivo specifico è aumentare l’efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento tra assistenza sanitaria e sociale.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2020/2022, approvato con Deliberazione Amministrativa n. 107 del 04/02/2020, riafferma la necessità di consolidare i “cardini” dell’integrazione sociale e sanitaria

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

della Regione Marche rappresentati dall'U.O.SeS di Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali e dai percorsi del "governo della domanda di salute": PUA, UVI, PAI.

Interventi in materia di Vita Indipendente

La Regione Marche, in ottemperanza alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 ed alla L. 104/1992, ha avviato a partire dal 2007 fino al 2018 la sperimentazione di Piani personalizzati di vita indipendente volti all'inclusione nella società delle persone con disabilità. Nel corso di questi anni, attraverso i Progetti personalizzati di vita indipendente, si è garantito alle persone con disabilità il diritto all'autodeterminazione della propria esistenza. L'assistenza autogestita ha evitato la loro istituzionalizzazione favorendone la domiciliarità e valorizzando sia le condizioni umane che le residue capacità lavorative. I beneficiari dell'intervento hanno testimoniato il miglioramento della qualità della loro vita attraverso le attività svolte con il sostegno dell'assistente personale nella sfera familiare, lavorativa, di cura e di svago. Il costante aumento dei beneficiari e contestualmente dei nuovi richiedenti ha spinto il legislatore regionale ad approvare il 28 giugno 2018 la legge n. 21 "*Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità*". Le persone con disabilità che hanno beneficiato del progetto regionale sono progressivamente aumentate nel corso degli anni: si è passati infatti da 42 persone nel 2007 a 227 nel 2018 fino alle attuali 336 nel 2019.

- 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.

Al fine di elaborare il presente Piano regionale, nel mese di settembre del 2019 si è costituito un gruppo di lavoro composto da funzionari regionali, Coordinatori di ATS, da esperti in materia di non autosufficienza del mondo dell'Università e dell'Istituto Nazionale Ricovero e Cura - INRCA e responsabili dell'integrazione sociale sanitaria dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale - ASUR Marche con il preciso obiettivo di avviare una collaborazione su diversi aspetti che riguardano la non autosufficienza. Dal confronto sono emersi i punti di forza e le criticità dell'attuale sistema regionale e sono state avanzate proposte di cambiamento. Le indicazioni, i suggerimenti e le osservazioni sono state recepite dal presente Piano regionale.

Elaborata la proposta del Piano regionale per la non autosufficienza sono state avviate le consultazioni con le parti sociali, con il Terzo settore e con le organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria

Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria

Le principali norme regionali che disciplinano l'integrazione socio - sanitaria sono:

- LR n.13/2003 "*Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*";
- Deliberazione n. 38 dell'Assemblea Legislativa Regionale "*Piano socio-sanitario 2012-2014*";
- LR n.32/2014 "*Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia*";
- DGR n.110/2015 "*Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Istituzione e modalità operative dell'Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)*";

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DGR n.111/2015 “Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”.
- Deliberazione Amministrativa. n. 107 del 04/02/2020 “Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2022”;
- Deliberazione Amministrativa. n. 109 del 20/05/2020 “Piano Sociale Regionale 2020-2022”;

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

1.2.1 Ambiti territoriali: L'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, prevede che “*Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego.* Analogo impegno era stato assunto dalle Regioni con l'articolo 4, comma 1, lett. d) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza. Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

La coincidenza tra Ambiti Territoriali e Distretti Sanitari è stata garantita nella nostra Regione fino all'approvazione della riforma della governance sanitaria regionale avvenuta con LR n.13/2003 “*Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*” con la quale veniva istituita l'Asur Marche e individuate aree vaste di livello provinciale con conseguente riduzione del numero dei Distretti Sanitari che da 24 sono passati a 13.

A fronte di questa situazione la criticità è stata affrontata distinguendo, nel rapporto tra i due livelli territoriali, una fase più propriamente programmatoria da realizzarsi a livello di area geografica distrettuale e quindi in molti casi invitando gli ATS a programmare congiuntamente e una fase a carattere più gestionale affidata ai singoli ATS.

Successivamente sono state avanzate ipotesi di ridisegno complessivo sia degli ATS che dei Distretti Sanitari attraverso una linea di mediazione che prevedeva una riduzione degli ATS compatibile con le caratteristiche territoriali e un lieve incremento dei Distretti sanitari uniformando tutti intorno a 17 livelli territoriali uniformi e coincidenti a cui poi aggiungere – cosa questa in parte fatta – nuove articolazioni territoriali dei centri per l'impiego.

Si sono verificate difficoltà in fase decisionale in quanto risulta abbastanza complesso rivedere situazioni consolidate a livello territoriale.

Ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro previsti

1) nell'ambito dell'U.O.SeS

L'istituzione nel 2015 dell'U.O.SeS rappresenta un significativo intervento regionale volto a potenziare l'organizzazione e la gestione comune tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario per gli interventi integrati socio-sanitari.

L'U.O.SeS è stata istituita con l'obiettivo di realizzare concretamente l'integrazione socio sanitaria a livello di Ambito Territoriale Sociale e di Distretto sanitario. Si tratta di una “struttura” integrata finalizzata al coordinamento, alla progettazione, alla organizzazione e alla gestione dell'integrazione sociale e sanitaria nel territorio del Distretto Sanitario e dell'/degli Ambito/i Territoriale/i Sociale/i. Ai sensi della DGR n.110/2015, l'U.O.SeS dovrebbe rappresentare il nodo

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

centrale di un sistema di rete integrata di servizi socio-sanitari, di attività, di prestazioni, di processi dove concorrono soggetti pubblici, del privato sociale e del volontariato.

Le competenze dell'U.O.SeS riguardano pertanto il coordinamento di tutti i contenuti dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria e soprattutto la programmazione, l'organizzazione e la gestione del "Governo della domanda" ovvero del PUA - Punto Unico di Acceso, dell'UVI - Unità di Valutazione Integrata e del PAI - Piano Assistenziale Individualizzato.

L'U.O.SeS è stata formalizzata su tutto il territorio regionale attraverso un Accordo di programma triennale sottoscritto dal Presidente del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale e dal Direttore dell'Area Vasta in rappresentanza dell'ASUR. I responsabili della gestione e del coordinamento sono individuati nel Direttore di Distretto e nel Coordinatore di ATS. Alle attività dell'U.O.SeS partecipano stabilmente i responsabili dei Dipartimenti e dei Servizi sanitari (dipendenze patologiche, salute mentale, riabilitazione, prevenzione, etc), i rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri, i dirigenti dei Servizi sociali dei Comuni.

L'Accordo definisce in dettaglio le finalità, le aree di competenza, le funzioni, i processi operativi, gli attori, le azioni, gli obblighi dei Comuni degli ATS e dell'Area Vasta, le sedi operative e le attrezzature.

L'istituzione e il funzionamento dell'U.O.SeS rappresenta pertanto un primo concreto tentativo di realizzare quanto richiesto dal D.Lgs n.147/2017 art. 23 ovvero ambiti territoriali di programmazione omogenei.

2) nel Piano Sociale Regionale 2020/2022

Il Piano Sociale Regionale 2020/2022, ispirandosi alle disposizioni riportate nella LR n. 32/2014 e nel D.Lgs n.147/2017, individua otto "Obiettivi strategici di sistema" che devono guidare la programmazione regionale del triennio e tra questi due riguardano il sistema degli ATS:1) l'obiettivo strategico "Rafforzamento del sistema degli ATS" (OS1); 2) l'obiettivo strategico "Rafforzamento del livello di integrazione degli interventi"(OS2). Il Piano Sociale Regionale ha individuato per ogni obiettivo strategico le "Azioni di sistema" che ne delineano le modalità attuative.

Si riportano di seguito le "Azioni di Sistema" relative ai due obiettivi di cui sopra volte a rafforzare la programmazione di Ambito:

Obiettivo strategico "Rafforzamento del sistema degli ATS":

- 1) predisposizione di Linee guida per la programmazione territoriale di ATS (Piano d'Ambito) da integrare con le linee di programmazione in capo all'U.O.SeS (OS1-A2);
- 2) aggiornamento del sistema degli ATS per favorire la "coincidenza" territoriale con i Distretti sanitari e laddove possibile con i Centri per l'impiego in modo che diventino (gli ATS) luoghi di programmazione omogenea e di gestione associata per il comparto sociale, sanitario e delle politiche attive del lavoro (OS1-A6).

Obiettivo strategico "Rafforzamento del livello di integrazione degli interventi":

- 1) attivare e rafforzare l'U.O.SeS (OS2-A2).

1.2.2 Punti Unici di Accesso: L'articolo 4, comma 1, lett. a) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: "prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari".
Descrivere le modalità di attuazione dell'impegno della Regione.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La Normativa regionale sul PUA

In attuazione del Piano regionale socio – sanitario 2012-2014, la Regione Marche, con DGR n.111 del 23/02/2015, ha definito e regolamentato il PUA. In particolare la DGR n.111/2015 ha definito:

- 1) le funzioni;
- 2) le attività;
- 3) l'articolazione organizzativa;
- 4) la dotazione minima del PUA;
- 5) i processi, percorsi e procedure.

Secondo la normativa regionale il PUA deve progressivamente rappresentare il primo punto di riferimento per la persona e il suo familiare che hanno necessità di formulare una domanda rispetto ad un bisogno socio sanitario. Il PUA è definito come *"una porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali"* e realizza una *"modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone fragili con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza/urgenza"*. Con il PUA si intende attivare il processo di presa in carico unitario eliminando o semplificando i numerosi passaggi che l'assistito ed i suoi familiari devono compiere. Attraverso il processo di accesso/accoglienza/accompagnamento il PUA dà avvio alla presa in carico della persona all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale. La normativa regionale precisa che l'attività del PUA è in relazione al livello di bisogno; infatti solo nei casi in cui si presenta un bisogno "complesso" di tipo multidimensionale, sociosanitario, il PUA attiva l'UVI per effettuare la valutazione. In presenza invece di un bisogno "semplice" di tipo monodimensionale, sociale o sanitario, il PUA provvede a trasmettere ai servizi sanitari o sociali. Il bisogno socio sanitario della persona deve essere valutato nelle sue diverse dimensioni: clinico-cognitiva, comportamentale, sociale, etc.

Articolazione organizzativa

Per quanto concerne l'articolazione organizzativa gli Accordi che istituiscono l'U.O.SeS devono definire i tempi e i modi della progressiva integrazione nel PUA degli Uffici di Promozione Sociale (UPS) presenti sul territorio a copertura di tutti i comuni di riferimento. Il PUA deve essere organizzato come un sistema diffuso sul territorio di *"front office"* che garantisca accoglienza e prima risposta al cittadino (valutazione, orientamento, accompagnamento verso i servizi sociali o sanitari di competenza per i bisogni semplici, avvio della presa in carico per i bisogni complessi). Il PUA richiede contestualmente un sistema di *"back office"* (attivazione di una rete socio sanitaria) che comprende l'insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali dei rapporti per collegare le diverse interfacce della rete dei servizi.

Dotazione minima:

- *front office*: composta da personale infermieristico/assistente sanitario, personale amministrativo, personale dell'UPS e altro personale sociale dei comuni. Presenti in tutti i Comuni o comunque in luoghi facilmente raggiungibili dalla popolazione, soprattutto quella fragile. L'operatività viene definita nell'ambito della programmazione locale;
- *back office*: composta da personale "dedicato" presso la sede dell'U.O.SeS. Quando il problema rilevato è definito complesso e richiede una valutazione multidimensionale il *back office* dell'UPS attiva l'UVI.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il PUA nella programmazione degli interventi FNA

In sede di approvazione dei criteri di riparto e modalità di utilizzo del FNA annualmente si stabilisce con deliberazione regionale che l'accesso agli interventi finanziati con il FNA a favore degli anziani over 65 non autosufficienti (Assegno di cura e SAD) deve avvenire previa domanda da presentare al PUA. L'obiettivo è di rafforzare il PUA quale luogo di sintesi tra i punti sociali posti in essere dai comuni e dagli Ambiti Territoriali Sociali (UPS) e i punti socio sanitari di accesso posti in essere all'ASUR (URP e Sportelli della Salute). È importante che le deliberazioni regionali di approvazione dei criteri stabiliscano procedure uniformi per l'attivazione dei PUA su tutto il territorio. L'obiettivo è di ridurre l'eterogeneità territoriale nel rispetto delle indicazioni del Piano sociale regionale che chiede, per quanto possibile, di uniformare gli interventi nel rispetto dell'autonomia territoriale.

Per quanto riguarda l'intervento "Disabilità gravissima", le delibere regionali che approvano i criteri e le modalità attuative non forniscono indicazioni circa l'attivazione del PUA. La nuova programmazione pertanto deve assicurare l'accesso obbligatorio al PUA come unica modalità di accoglimento della domanda per tutti gli interventi sostenuti con il FNA. In particolare i nuovi criteri relativi gli interventi per i gravi e per i gravissimi dovranno fornire chiare indicazioni circa l'attivazione del PUA nel rispetto della DRG n.111/2015. Sarà importante inoltre prevedere forme di raccordo tra PUA e UVI al fine di semplificare i passaggi che devono compiere l'assistito ed i suoi familiari. Essendo comunque il PUA un'articolazione dell'U.O.SeS è auspicabile che l'Accordo triennale che ne definisce la programmazione triennale rafforzi l'organizzazione e la gestione degli stessi.

1.2.3 Valutazione multidimensionale: L'articolo 4, comma 1, lett. c) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: *“implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci. Il PNA ribadisce che agli interventi a valere sul FNA, «si accede previa valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute)». La valutazione multidimensionale va oltre lo specifico dell'analisi del bisogno assistenziale (la mNA di cui alle pagine precedenti) e «analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita, ed in particolare, almeno le seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione e altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana». Descrivere l'impegno della Regione.*

Con DGR n.111/2015 la Regione Marche ha disciplinato il funzionamento dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI). La DGR definisce l'UVI come *"un'equipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato)".*

L'UVI svolge le seguenti principali funzioni:

- Valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie della persona con approccio multidimensionale;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Individua il referente formale della presa in carico “*case manager*”;
- Individua la figura di riferimento informale del processo di assistenza “*care giver*”;
- Definisce il percorso assistenziale (domiciliare, diurno, residenziale);
- Fornisce indicazioni sulla predisposizione del PAI

L’UVI nella programmazione degli interventi FNA

Con riferimento all'intervento FNA a favore degli anziani non autosufficienti i criteri regionali stabiliscono che, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale che richiedono la presenza di competenze sanitarie, l'assistente sociale del Comune o dell'ATS deve verificare, tramite visita domiciliare, la presenza delle condizioni operative che consentono la sottoscrizione del Patto per l'assistenza domiciliare avvalendosi delle professionalità che compongono l'UVI, di cui lo/la stesso/a fa parte. Pertanto a livello regionale vige l'obbligatorietà della collaborazione tra assistente sociale e UVI in sede di visita domiciliare per i casi di particolare gravità. Per quanto riguarda invece la normativa sulla disabilità gravissima la deliberazione regionale di approvazione dei criteri non disciplina l'intervento delle Unità multidisciplinari.

Considerato che l'U.O.SeS definisce, organizza e verifica il funzionamento delle UVI anche in questa situazione, come già sottolineato per il PUA, è importante prevedere, nell'ambito dell'Accordo triennale di programmazione dell'U.O.SeS, modalità concrete di attuazione e funzionamento delle UVI.

L’UVI nella programmazione Vita indipendente

Le unità multidisciplinari o multiprofessionali (UMEA/DSM), nel caso in cui una persona con disabilità richieda la stesura di un progetto personalizzato di Vita Indipendente, dopo aver verificato in capo al richiedente l'esistenza dei requisiti di cui all'art. 3 della L.R. 21/2018, effettuano la valutazione multidimensionale del bisogno della persona con disabilità. La valutazione multidimensionale viene redatta secondo i principi della valutazione bio-psicosociale in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute), quale strumento di Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. La valutazione multidimensionale, accompagnata da somministrazione di test, visite domiciliari, colloqui individuali, contatti con il medico di medicina generale o eventuali specialisti ecc. al fine di cogliere i molteplici aspetti della persona, le capacità e le potenzialità, anche del contesto di vita oltre che i limiti e le barriere da rimuovere. La valutazione deve essere fatta, in prospettiva del miglioramento della qualità della vita, rispetto ai seguenti otto domini: 1) Benessere Fisico; 2) Benessere Materiale; 3) Benessere Emozionale; 4) Autodeterminazione; 5) Sviluppo Personale; 6) Relazioni Interpersonali; 7) Inclusione Sociale; 8) Diritti ed Empowerment. In sede di valutazione multidimensionale, le unità multidisciplinari o multiprofessionali (UMEA/DSM) quantificano il livello di intensità assistenziale declinato in livello basso - livello medio - livello alto - livello molto alto utilizzando la scala di “Barthel Index Modificato” (BIM) da indicare nel Progetto personalizzato di Vita Indipendente.

1.2.4 Progetto personalizzato: L'articolo 4, comma 1, lett. b) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: “*attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

tecnologie". Il PNA prevede che «La valutazione ... è finalizzata alla definizione del progetto personalizzato..., [che] individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita», inclusi gli interventi a valere sul FNA. Descrivere l'impegno della Regione.

Con DGR n.111/2015 la Regione Marche ha disciplinato il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) inteso come *“uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee guida che si indirizzino verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto fragile”*. La normativa regionale attribuisce un ruolo essenziale al case manager (infermiere o assistente sociale) nella gestione del PAI e al caregiver in quanto valido aiuto per una migliore conoscenza del soggetto e per adottare soluzioni migliori grazie al confronto tra le aspettative del soggetto e le risposte che il sistema è in grado di offrire.

Il PAI nella programmazione degli interventi FNA

La deliberazione annuale di approvazione dei criteri di riparto e modalità di utilizzo del FNA a favore delle persone anziane over 65 anni stabilisce che, per poter ottenere il contributo "Assegno di cura" o per accedere al "SAD", è necessario procedere con la stesura e sottoscrizione del PAI. Nella Regione Marche pertanto è attiva la modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente attraverso un PAI redatto dall'UVI che tiene conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali, che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente usufruisce.

Per quanto riguarda la normativa sulla disabilità gravissima la deliberazione regionale di approvazione dei criteri non disciplina le fasi di redazione e attivazione dei Progetti personalizzati. Anche per il PAI si può ribadire il concetto già espresso per il PUA e l'UVI: la programmazione regionale per gli interventi a favore dei gravi e dei gravissimi deve prevedere procedure che facilitino l'applicazione di quanto stabilito dalla DGR n.111/2015. In particolare per i gravissimi i criteri dovranno stabilire le modalità organizzative generali dalla presentazione della domanda al PUA, alla presa in carica dell'UVI fino alla stesura del PAI.

Il PAI nella programmazione Vita indipendente

Il progetto personalizzato viene redatto dall'UMEA/DSM sulla base della valutazione multidimensionale d'intesa con la persona con disabilità e con l'assistente sociale dell'ente locale di residenza e/o l'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di riferimento, assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze. Nel progetto personalizzato di Vita Indipendente vanno individuate le azioni propedeutiche per garantire una maggiore autonomia e inclusione sociale della persona con disabilità, quali ad esempio la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa, al lavoro e nel tempo libero.

1.2.5 Budget di Progetto L'articolo 4, comma 1, lett. e) del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 3 del Piano per la non autosufficienza, prevede che le Regioni si impegnano a: *“formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente (es.: budget di cura).”* Il PNA prevede che il progetto personalizzato *«contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile,*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dinamica ed integrata». Descrivere l'impegno della Regione.

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.

In attuazione con quanto disposto dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016, la Regione Marche, a partire dall'annualità 2016, con deliberazione della Giunta regionale n.1578 del 19/12/2016 ha approvato i nuovi criteri che disciplinano l'intervento "Disabilità gravissima" superando pertanto l'intervento regionale denominato "particolare gravità" attivato fino all'annualità 2015.

Destinatari dell'intervento sono persone senza limiti di età in possesso dell'indennità di accompagnamento e per le quali sia presente almeno una delle condizioni (patologie) individuate dall'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016. Il compito di riconoscere la condizione di "disabilità gravissima" di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 è affidato alle Commissioni sanitarie provinciali che in passato erano preposte alla valutazione della "particolare gravità". Esse operano attraverso le scale di valutazione delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 3 del D.M. 26/09/2016.

I criteri regionali stabiliscono che le risorse complessive, nazionali e regionali, a favore dell'intervento disabilità gravissima siano ripartite tra tutti i beneficiari in maniera proporzionale alle richieste ammesse a finanziamento. I beneficiari dell'intervento ricevono un contributo economico di pari importo.

Nel caso in cui il disabile, riconosciuto in condizione di "disabilità gravissima", sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno - CSER oppure in un centro di riabilitazione pubblico o privato accreditato si procede all'assegnazione di un contributo ridotto della metà.

- 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 definitivi 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, S.I.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche.

Nell'ambito del FNA la Regione Marche include tra i c.d. "gravi" un preciso target di beneficiari: le persone anziane over 65 anni non autosufficienti. Di seguito si riportano i criteri e le modalità per l'individuazione della tipologia di beneficiari relativa ai due interventi finanziati dal FNA: 1) Assegno di cura; 2) Servizio di Assistenza domiciliare – SAD.

1)Assegno di cura

L'intervento prevede l'erogazione di un contributo mensile "Assegno di cura" rivolto a persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte dei familiari, anche non conviventi, o da parte di assistente domiciliare in possesso di regolare contratto di lavoro.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Destinatari e requisiti

Persone anziane over 65 non autosufficienti le cui famiglie attivano interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente dai familiari o attraverso assistenti familiari in possesso di regolare contratto di lavoro, volti a mantenere la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita e di relazioni nell'ambito di un programma complessivo di assistenza domiciliare (PAI).

Obbligo per le assistenti familiari (badanti)

Il servizio di assistenza erogare dalle c.d. badanti prevede che le stesse siano iscritte all'*Elenco regionale degli Assistenti familiari* gestito dai Centri per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione

Requisiti:

- aver compiuto 65 anni;
- certificazione di invalidità al 100%;
- possesso dell'Indennità di accompagnamento;
- indicatore della situazione economica equivalente - ISEE (valutazione DSU).
- fruizione di un'adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato nelle modalità verificate dall'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di riferimento, assieme all'UVI di cui l'assistente sociale è componente per i casi di particolare complessità.

Entità del contributo

L'entità dell'assegno di cura è pari ad euro 200,00 mensili e viene concesso per la durata di 12 mesi, salvo interruzioni o scorrimenti; non costituisce vitalizio, ma supporto personalizzato nell'ambito del PAI. Al termine dei 12 mesi la graduatoria di Ambito Territoriale Sociale viene ricostituita

Modalità di accesso

La domanda va presentata presso il PUA laddove esistente e di facile accesso, o presso l'*Ufficio di Promozione Sociale* (UPS) dell'Ambito Territoriale Sociale che costituisce l'unico punto di accesso alla rete degli interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.

Procedure di gestione del contributo

1) *pubblicazione del bando da parte dell'ATS:*

Ciascun Ambito Territoriale Sociale pubblica un bando e predispone una graduatoria di Ambito delle domande ammissibili redatta sulla base del minor reddito ISEE e dell'età maggiore in caso di pari ISEE. La graduatoria, approvata dal Comitato dei Sindaci, non dà immediato accesso al contributo, bensì alla presa in carico della situazione da parte dell'assistente sociale dell'Ambito e alla successiva verifica circa la possibilità di accesso all'assegno, previa stesura del PAI e del *Patto per l'Assistenza domiciliare* sottoscritto dal Coordinatore dell'Ambito con la famiglia che assiste l'anziano o l'anziano stesso;

2) *Valutazione (UVI):*

- a) Il Coordinatore dell'Ambito, una volta definita la graduatoria in base al reddito, affida la competenza della valutazione dei casi, partendo dal primo in graduatoria, all'assistente sociale dell'Ambito o del Comune capofila;
- b) L'assistente sociale verifica, tramite visita domiciliare, la presenza delle condizioni operative che consentono la sottoscrizione del "Patto per l'assistenza domiciliare" da sottoscrivere a cura delle parti. L'assistente sociale può avvalersi delle professionalità che compongono l'UVI, di cui lo/la stesso/a fa parte, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale, che

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

richiedono la presenza di competenze sanitarie;

3) Sottoscrizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):

A conclusione della fase di analisi, l'assistente sociale provvede alla stesura del PAI o al suo aggiornamento in caso di soggetti già presi in carico dalla stessa o dai servizi competenti. Nell'ambito del PAI verranno esplicitati i requisiti che consentiranno l'accesso all'assegno di cura.

4) Sottoscrizione del Patto per l'Assistenza Domiciliare

Il Coordinatore di Ambito sottoscriverà quindi, con i destinatari dell'assegno, il *Patto per l'assistenza domiciliare* nel quale vengono individuati i percorsi assistenziali a carico della famiglia, gli impegni a carico dei servizi, la qualità di vita da garantire e le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura assieme alla tempistica di concessione dello stesso

Ogni ATS/assistente sociale utilizza (laddove prevista) una propria scala di valutazione multidimensionale.

2) Servizio di Assistenza domiciliare - SAD

Intervento gestito dai Comuni o dagli Ambiti Territoriali Sociali rivolto unicamente ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti. Il SAD è costituito da un insieme di interventi di natura socio-assistenziale, tra loro coordinati e integrati, erogati al domicilio del beneficiario volto prevalentemente a soddisfare bisogni essenziali come il governo della casa, la cura della persona, le relazioni umane. L'accesso al SAD avviene previa domanda da presentare al PUA. La valutazione e la correlata presa in carico della persona/famiglia è effettuata dall'assistente sociale dell'ATS con relativa stesura del PAI. Il SAD discende quindi dalla funzione pubblica di "presa in carico" da parte del Servizio Sociale Professionale e si inserisce all'interno del PAI in forma organica ed integrata, assieme a tutti gli altri servizi/interventi di cui la stessa famiglia beneficia, prima fra tutti, il supporto del Servizio Sociale Professionale. Ogni ATS gestisce il servizio adottando propri regolamenti. Il servizio può essere gestito direttamente dall'ATS oppure affidato a terzi con procedure previste da norme di legge. Ogni regolamento di ATS definisce la percentuale di contribuzione del beneficiario in riferimento all'ISEE.

Risorse del FNA da destinare agli interventi "Assegno di cura" e "SAD"

Per l'attuazione della misura di assegno di cura va utilizzato pari e non meno del 30% dell'importo complessivamente messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali. Accanto alla prosecuzione della misura di Assegno di cura alle famiglie che svolgono attività assistenziale agli anziani non autosufficienti, i criteri regionali intervengono anche per orientare l'utilizzo della quota parte del Fondo per gli anziani non autosufficienti, che dovrà essere non inferiore al 30% dell'importo complessivo trasferito agli Ambiti Territoriali Sociali, per la stabilizzazione del SAD.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

- L'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 2 del Piano, individua le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:
 - a) *l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- b) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;*
- c) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.*

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per le persone in condizione di disabilità grave

Coerentemente alle indicazioni del Piano Nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 - PNA, approvato con DPCM del 21/11/2019, e del Piano Sociale Regionale 2020- 2022, la Regione Marche intende avviare un percorso di graduale aggiornamento del sistema attualmente in vigore al fine di attivare interventi in grado di rispondere ai bisogni e alle richieste delle persone non autosufficienti e del caregiver familiare.

Per quanto riguarda le aree prioritarie di intervento di cui all'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, l'intento della Regione Marche è di confermare quanto realizzato in passato: per i gravi è previsto sia il "rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare" (lett.a), che un supporto attraverso la concessione di un contributo/assegno di cura (lett.b). Per quanto riguarda i gravissimi invece si interverrà per l'area prioritaria di intervento prevista dalla lettera b).

3.1 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

3.1.1 Assegno di cura e per l'autonomia

L'assegno per l'autonomia deve:

- *avere carattere sostitutivo di servizi;*
- *si inserisce 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;*
- *può eventualmente essere condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;*
- *le erogazioni possono essere 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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.

La Regione Marche si propone di costruire un sistema di interventi a favore della disabilità gravissima perseguendo l'obiettivo prioritario di valorizzare, potenziare e consolidare l'integrazione socio sanitaria, così come richiesto dal PNA 2019-2021, attraverso l'applicazione della normativa regionale concernente l'integrazione socio sanitaria (DGR n.110/2015 e DGR n.111/2015), con particolare riferimento ai principali processi dell'integrazione: il PUA, l'UVI, il PAI.

Il rafforzamento dell'integrazione socio sanitaria diventa una priorità in quanto il PNA espressamente stabilisce che l'erogazione di un beneficio è subordinata ad una attenta valutazione, programmazione e pianificazione degli interventi. Il PNA infatti stabilisce che l'Assegno di cura e per l'autonomia non può essere concesso sulla base di un *"mero accertamento medico-legale"* come l'Indennità di accompagnamento; al contrario *"si tratta di un sostegno che si inserisce in un quadro più generale di valutazione multidisciplinare del bisogno e di progettazione personalizzata"*.

Sulla base delle indicazioni del PNA e del presente Piano regionale per la non autosufficienza, le deliberazioni regionali di approvazione dei criteri relativi l'intervento disabilità gravissima dovranno necessariamente prevedere/precisare quanto segue:

- 1) le procedure per la presentazione al PUA della domanda di "Assegno di cura e per l'autonomia" (contributo gravissimi) da parte del beneficiario per avviare il processo di accesso, accoglienza/accompagnamento, di presa in carico e definizione del bisogno;
- 2) il raccordo PUA-UVI per la presa in carico dell'utente;
- 3) l'attribuzione all'UVI della competenza relativa il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima. L'UVI pertanto sostituirà gradualmente l'attività di riconoscimento della condizione di disabilità gravissima attualmente svolta dalle Commissioni Sanitarie Provinciali. Occorre sottolineare che nell'attuale sistema la Commissione non ha il compito di "accertare", per ogni utente, la presenza delle patologie elencate dal Decreto ministeriale perché tale competenza è affidata ad un medico specialista. La Commissione si limita a svolgere un'attività prevalentemente di tipo amministrativo; solamente in presenza di alcune particolari situazioni è direttamente coinvolta nella identificazione della patologia. L'UVI, a differenza della Commissione, avrà il compito di accertare la presenza della patologia, sostituendosi pertanto al medico specialista. Sulla base di questa valutazione, l'UVI definirà il percorso assistenziale e quindi stabilirà se l'utente, a cui è stata individuata almeno una delle patologie previste, può ricevere assistenza a domicilio oppure necessita di assistenza presso una struttura residenziale o diurna. Per l'esame della disabilità gravissima il nucleo fisso dell'UVI deve essere integrato da professionisti e dal caregiver così come richiesto dalla normativa;
- 4) indicazioni concernenti la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio del PAI;
- 5) la partecipazione effettiva del caregiver nelle attività dell'UVI e nella predisposizione del PAI. In particolare il PAI deve indicare il tipo di sostegno (caregiver/badante/SAD) di cui necessita la persona presa in carico così come stabilito dall'articolo 2, comma 1 e 2 del DM 26 settembre 2016 e dall'Allegato 2, lettera b) del PNA;

Con riferimento in particolare all'Assegno di cura per l'autonomia:

- 1) l'importo del contributo può variare ovvero essere ridotto della metà nel caso in cui il disabile, riconosciuto in condizione di "disabilità gravissima", sia inserito nel percorso di

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno – (CSER);

- 2) coerentemente alle indicazioni del PNA, gradualmente la Regione eleverà l'importo mensile minimo per ogni utente a euro 400,00 se assistito esclusivamente a domicilio, da ridursi a euro 200,00 se questi frequenta un CSER o il percorso scolastico. Prendendo in considerazione i dati dell'anno 2018, il risultato di questa soluzione sarebbe il seguente:

Condizione quotidiana	Numero di persone	ipotesi di contributo uguale ad € 400,00 mensili per chi vive stabilmente in casa e di € 200,00 per coloro che frequentano la scuola o i centri
Frequenta CSER o centro accreditato / Frequenta scuola o corso di formazione	1026	€ 2.462.400,00
Vive stabilmente in casa	1906	€ 9.148.800,00
Totale	2.932	€ 11.611.200,00

Si può ipotizzare uno scenario che preveda l'incremento dell'importo del contributo di euro 400,00 fino ad un massimo di euro 500,00 per quelle situazioni particolari caratterizzate da un carico assistenziale elevato. Ciò andrebbe misurato attraverso l'utilizzo delle medesime scale di valutazione che, per omogeneità, sono applicate per identificare i soggetti con disabilità grave (cfr punto 3.2 Scheda Francescutti). Naturalmente questa ipotesi necessita di un periodo di sperimentazione per poter conoscere esattamente il numero di persone che richiedono una elevata assistenza e poterne quindi quantificare i costi.

In caso di risorse non sufficienti, il criterio che verrà adottato è la riduzione proporzionale del contributo per ogni utente in sede di riparto.

3.1.2 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.

Non sono previsti altri tipi di intervento

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare, assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), interventi complementari (ricoveri di sollievo)

Con riferimento alle persone in condizione di disabilità grave, a differenza dell'intervento "gravissimi", a livello nazionale non si è proceduto con la predisposizione di un elenco tassativo di particolari patologie o criteri per identificare i destinatari degli interventi. Le Regioni pertanto hanno programmato, regolamentato e definito i criteri e gli interventi a favore dei disabili gravi con maggior libertà e autonomia.

La Regione Marche, in assenza di indicazioni ministeriali vincolanti, ha adottato un sistema che si fonda essenzialmente sui seguenti punti:

- 1) individuazione di uno specifico target: destinatari degli interventi del FNA a favore dei gravi sono persone anziane over 65 non autosufficienti;
- 2) predisposizione di graduatorie di ATS attraverso ISEE;
- 3) sostegno per due tipologie di intervento: 1) assegno di cura; 2) Servizio Assistenziale Domiciliare (SAD);
- 4) autonomia gestionale dell'ATS: ciascun ATS stabilisce la percentuale del finanziamento da destinare ai due interventi di cui al punto 3) con il vincolo che la percentuale del finanziamento per intervento non può essere inferiore del 30%.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il numero delle persone non autosufficienti nella Regione Marche

I Decreti ministeriali di riparto del FNA (gravi e gravissimi) definiscono persone non autosufficienti destinatarie del FNA le persone in possesso dell'indennità di accompagnamento (L.11/02/1980, n.18) o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013.

Secondo i dati forniti dall'INPS, nella Regione Marche i percettori dell'indennità di accompagnamento sono 54.535 al 01/01/2019. Ciò significa che 54.535 persone, beneficiando dell'indennità di accompagnamento, potenzialmente sono destinatarie di una delle misure previste dal FNA. Se a questo numero viene sottratto il numero dei beneficiari del contributo per la disabilità gravissima (che nell' annualità 2018 ammontava a 2.932 persone) il numero dei disabili gravi rimane comunque molto elevato rispetto a coloro che nel 2018 hanno ricevuto il contributo per gli anziani over 65 (4.000 circa).

Sulla base di questi dati emerge che per l'annualità 2018 i fondi per gli interventi del FNA ammontano ad euro 123.847.200,00 (51603x200x12) *.

**Questa cifra si ricava moltiplicando € 200,00 (ovvero il contributo erogato fino ad oggi agli anziani over 65 come assegno di cura) per dodici mensilità per il numero di percettori dell'indennità di accompagnamento, al netto di coloro che percepiscono il contributo per disabilità gravissima (51603 persone). Questo dato non considera la platea di beneficiari che pur non in possesso dell'indennità di accompagnamento hanno comunque ottenuto il riconoscimento della non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n.159/2013. Il dato inoltre non considera eventuali esclusioni dal beneficio per la presenza di soglie ISEE.*

Approccio basato sul “bisogno assistenziale” per l'identificazione delle persone con disabilità grave destinatari degli interventi del FNA

Le risorse finanziarie del FNA e del FRNA, alla luce di quanto riportato sopra, sono insufficienti a finanziare tutti i disabili c.d. gravi potenzialmente destinatari degli interventi per la non autosufficienza. Per tale ragione è necessario adottare criteri che siano in grado di individuare/selezionare le persone con disabilità grave destinatarie del FNA.

Per affrontare la questione dell'individuazione delle persone non autosufficienti gravi, il PNA ha sviluppato un nuovo approccio: ovvero differenziare le situazioni sulla base del **bisogno assistenziale o gravosità del carico assistenziale richiesto al caregiver** per assistere un suo caro.

Di seguito si riportano i punti salienti della nuova programmazione:

- 1) i destinatari degli interventi sono persone senza limite di età;
- 2) è introdotto il concetto di “carico assistenziale” per individuare/selezionare i beneficiari degli interventi sostenuti con risorse del FNA;
- 3) applicazione in via “sperimentale” del “Questionario” (FNAq)”;
- 4) l'importo del contributo economico “assegno di cura” varia tra € 200,00 ed € 400,00. La quantificazione dell'importo dipenderà da due variabili: 1) la gravosità del carico assistenziale; 2) l'ISEE.

Il documento della “Commissione Francescutti”

Una proposta di “misurazione” della non autosufficienza basata sul “bisogno assistenziale” è stata avanzata da un'apposita Commissione tecnica istituita presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (c.d. Commissione Francescutti).

Tale questione è stata affrontata sotto tre aspetti:

- 1) sono state individuate le seguenti caratteristiche del sostegno alla persona:
 - proporzionato all'onerosità dell'impegno assistenziale umano;
 - di tipo generico e non professionale;
 - necessario in caso di assistenza domiciliare;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- reso necessario da una disabilità;
- 2) sono stati definiti i “Livelli graduati di necessità di sostegno” (classi o fasce) assumendo come criterio di riferimento la “gravosità del carico assistenziale richiesto al caregiver” ovvero “*l’ammontare dell’attività assistenziale aspecifica (caregiving) richiesta*”;
- 3) è stato costruito un “Questionario” (FNAq) per definire e quantificare la gravosità del carico assistenziale richiesto al caregiver.

Classi/fasce del bisogno assistenziale e “Questionario” (FNAq)

Il Documento Francescutti individua quattro fasce o classi di necessità di sostegno crescente che “*diversamente da quanto previsto per la citata classe delle disabilità gravissime, prescindono dalla menomazione per concentrarsi sulla ponderazione della gravosità dell’impegno richiesto ad assistenti personali (care-givers)*”. Le quattro fasce di necessità di sostegno crescente sono:

- A. Lieve;
- B. Moderata;
- C. Media;
- D. Grave;

Il questionario (FNAq) è stato ideato per quantificare la “gravosità del carico assistenziale”. Il questionario (FNAq) consente di ottenere una scala del bisogno assistenziale che si estende in un range che va da 0 a 51 punti (per minori di anni 12, da 0 a 45).

Vi sono quindi due versioni del questionario per due fasce di età:

- 1) per persone di età pari o superiore ad anni 12 il FNAq12+: in questa versione la scala del bisogno assistenziale va da 0 a 51 punti;
- 2) per persone di età inferiore ad anni 12 il FNAq-12: in questa versione la scala del bisogno assistenziale va da 0 a 45 punti;

Attribuendo un punteggio per ogni fascia è possibile ricavare i seguenti livelli di sostegno:

Età pari o superiore ad anni 12 anni

- Fascia A12+: 1-12. Sostegno Lieve (condizione che richiede sostegno lieve) ;
- Fascia A12+: 13-29. Sostegno Moderato (condizione che richiede sostegno intenso moderato);
- Fascia A12+: 30-46. Sostegno Medio (condizione che richiede sostegno intenso medio);
- Fascia A12+: 47-51. Sostegno elevato (condizione che richiede sostegno grave;

Età inferiore ad anni 12

- Fascia A-12: 1-12. Sostegno Lieve (condizione che richiede sostegno lieve);
- Fascia A-12: 13-27. Sostegno Moderato (condizione che richiede sostegno intenso moderato);
- Fascia A-12: 28-42. Sostegno Medio (condizione che richiede sostegno intenso medio);
- Fascia A-12: 43-45. Sostegno elevato (condizione che richiede sostegno grave;

Per ogni persona pertanto si ottiene un punteggio totale che misura la “gravosità del carico assistenziale”. Più alto il punteggio maggiore è il carico assistenziale del caregiver. Ottenuto il punteggio totale è possibile individuare la classe/fascia di necessità di sostegno (grave, moderato, medio, elevato).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Sperimentazione del Questionario FNAq per i gravi nella Regione Marche

È prevista una fase di sperimentazione del nuovo sistema che si articolerà secondo le seguenti modalità:

- 1) FNA 2019 (equivalente all'annualità 2020), l'ATS 21 di San Benedetto del Tronto somministra il "Questionario" (FNAq) a tutti gli anziani over 65 presenti nella graduatoria (assegno di cura) approvata dall'ATS;
- 2) FNA 2020 (equivalente all'annualità 2021), tutti gli ATS somministrano il "Questionario" (FNAq) ad un campione pari al 10% degli anziani over 65 presenti nella graduatoria (assegno di cura) approvata dall'ATS;
- 3) FNA 2021 (equivalente all'annualità 2022), tutti gli ATS somministrano il "Questionario" (FNAq) ad un campione pari al 5% delle persone non autosufficienti 0-64 anni;

Il "Questionario" (FNAq) è elaborato dall'assistente sociale nell'ambito dell'UVI.

Tutti gli ATS dovranno predisporre avvisi pubblici annuali ovvero con inizio 01/01 e termine 31/12.

Gli obiettivi della sperimentazione sono:

- 1) valutare lo strumento "Questionario" (FNAq);
- 2) conoscere il numero di persone over 65 non autosufficienti che rientra in ciascuna classe/fascia di necessità di sostegno sulla base dei punteggi assegnati;
- 3) conoscere il numero di persone 0-64 anni non autosufficienti che rientra in ciascuna classe/fascia di necessità di sostegno sulla base dei punteggi assegnati;
- 4) monitorare le attività dell'UVI;

Valorizzazione e formazione del caregiver

Il PNA, introducendo il concetto di carico assistenziale che deve sostenere il caregiver familiare ai fini della individuazione dei destinatari degli interventi, sottolinea l'importante funzione che è chiamata a svolgere questa figura nel sistema della non autosufficienza. Nella Regione Marche il contributo FNA che sostiene l'intervento "Assegno di cura" è utilizzato quasi esclusivamente per l'assistenza familiare (caregiver) e in pochi casi per le c.d. badanti.

A livello nazionale sono assenti interventi che riconoscano, tutelino e valorizzino questa figura. Recenti importanti studi sulla non autosufficienza e sul ruolo del caregiver affermano che nella gran parte dei casi è di sesso femminile, obbligato a pesanti rinunce in termini di carriera lavorativa e di tempo libero, soggetto a stress e forte disagio. In molti casi il lavoro di assistenza ad un familiare è un'attività che compromette lo stato di salute del caregiver, la regolare attività lavorativa e i rapporti sociali e familiari in generale.

Nella Regione Marche non è presente una normativa organica che disciplina e valorizzi la figura del caregiver. Come già riportato sopra, la DGR n.111/2015 prevede il coinvolgimento del caregiver in alcune attività che riguardano la valutazione multidimensionale (UVI) e la predisposizione del PAI. La DGR n. 111/2015 stabilisce in particolare che la figura del caregiver "è indispensabile per una migliore conoscenza del soggetto e per confrontare le aspettative con le risposte che il sistema dei servizi è in grado di offrire". Occorre pertanto dare piena attuazione a queste disposizioni.

La programmazione regionale deve prevedere inoltre l'attivazione di appositi corsi di formazione/aggiornamento per il caregiver; questa figura sovente non è in possesso di un'adeguata preparazione per poter sostenere il gravoso compito di assistenza del proprio caro.

È auspicabile pertanto che l'Accordo di programma triennale per la gestione dell'U.O.SeS precisi

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

l'attività e il ruolo del caregiver nei processi per il governo della domanda di salute, tenendo conto anche delle indicazioni di questo Piano

Badanti

Per quanto riguarda le badanti è di fondamentale importanza prevedere anche per questa figura una adeguata formazione e aggiornamento continuo, nonché, una maggiore tutela lavorativa, prevedendo eventualmente come obbligo la presentazione del contratto di lavoro per ottenere il contributo FNA insieme alla restante documentazione. Sarebbe opportuno inoltre aggiornare la DGR n. 118 del 02/02/2009 che ha istituito l'Elenco regionale degli Assistenti familiari

La pianificazione degli interventi a favore della disabilità grave

Alla luce delle indicazioni emerse dal Piano Sociale Regionale 2020 -2022, dal PNA e dal presente Piano regionale per la non autosufficienza, la pianificazione degli interventi a favore della disabilità grave dovrà tener conto delle seguenti considerazioni:

- 1) essere coerente con le indicazioni del PNA e del Piano Sociale regionale 2020-2022;
- 2) recepire la normativa regionale sull'integrazione socio sanitaria (DGR n.110/2015 e DGR n.111/2015);
- 3) superare l'età anagrafica come criterio di selezione dei destinatari degli interventi del FNA;
- 4) identificare le persone non autosufficienti gravi con un "approccio" differente rispetto al passato ovvero quello della "gravosità del carico assistenziale";
- 5) il livello ISEE non può essere considerato come l'unico criterio di "ordinamento" delle domande;
- 6) prevedere un passaggio "graduale" al nuovo sistema e comunque dopo una fase di sperimentazione;
- 7) uniformare, per quanto è possibile, le procedure concernenti l'integrazione socio sanitaria relative agli interventi a favore dei gravi e dei gravissimi.

Potenziamento del "Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD

Obiettivo del presente Piano regionale è di potenziare la rete dei servizi territoriale e in particolare il servizio domiciliare con interventi volti a incrementare e uniformare l'erogazione del servizio SAD. Con riferimento al SAD infatti sono presenti importanti differenze tra gli Ambiti Territoriali Sociali circa le modalità di erogazione dello stesso ed i criteri che disciplinano la compartecipazione dei beneficiari al costo del servizio. Criticità che devono essere affrontate e possono essere superate attraverso la predisposizione di Linee guida regionali volte ad uniformare il sistema di erogazione del SAD in tutti gli ATS così come previsto dal Piano Sociale Regionale 2020/2022.

Dal punto di vista delle risorse finanziarie si conferma di destinare una parte delle risorse del FNA a favore del SAD. In particolare ogni ATS continuerà a finanziare il SAD con una quota almeno pari al 30% dell'importo complessivamente messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali dal FNA.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4.						
<i>Indicare la previsione di spesa per le singole attività finanziabili con le risorse del Fondo distinguendo l'importo destinato alle persone con disabilità grave e gravissime.</i>						
Aree di intervento	Annualità 2019		Annualità 2020		Annualità 2021	
	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare	0,00	3.869.720,00	0,00	4.706.100,00	0,00	3.839.190,00
b) Assistenza indiretta	8.139.440,00	3.869.720,00	9.812.200,00	4.706.100,00	8.078.380,00	3.839.190,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale (esclusa vita indipendente)	8.139.440,00 (a)*	7.739.440,00	9.812.200,00 (a)*	9.412.200,00	8.078.380,00 (a)*	7.678.380
d) Progetti Vita indipendente	€ 400.000,00 (b)**		€ 400.000,00 (b)**		400.000,00(b)**	
Totale	16.278.880,00 ©*		19.624.400,00 ©*		16.156.760,00 ©*	
<p>* Assicurarsi che l'ammontare destinato agli interventi per i gravissimi sia almeno pari al 50% del totale delle risorse assegnate alla Regione (es. annualità 2019: il rapporto (a)/(c) ≥ 50%)</p> <p>** Assicurarsi che l'ammontare destinato ai progetti di vita indipendente sia almeno pari a quanto attribuito alla Regione con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018; le risorse a valere del FNA da indicare nella cella (c) corrispondono al numero di ambiti indicato nella Tabella al punto 41 delle linee guida approvate con il citato D.D., moltiplicato per 80 mila euro.</p>						
5 Il monitoraggio degli interventi						
<i>Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento nei differenti ambiti previsti.</i>						
<u>Fondo Nazionale per la non autosufficienza</u>						
<p>La Regione Marche destina le risorse del FNA per sostenere interventi a favore della “disabilità gravissima” e interventi a favore delle persone anziane over 65 (Assegno di cura e Servizio di Assistenza Domiciliare – SAD).</p> <p>Con deliberazione della Giunta regionale sono approvati i criteri di riparto e le modalità di utilizzo del FNA. A partire dall'annualità 2017 le risorse del FNA sono ripartite per il 50% a favore dell'intervento “Anziani non autosufficienti over 65” e per il 50% a favore dell'intervento “Disabilità gravissima”.</p>						

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Anziani non autosufficienti Over 65:

Il riparto del FNA tra gli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali viene effettuato sulla base dei seguenti criteri:

- numero di persone con 65 e più anni residenti nell'ATS sul totale di persone con 65 anni e più residenti nella regione Marche: attraverso questo indice viene ripartito il 37,50% del finanziamento globale;
- numero di persone con 85 e più anni residenti nell'ATS sul totale di persone con 85 anni e più residenti nella regione Marche: attraverso questo indice viene ripartito il 37,50% del finanziamento globale;
- indice di vecchiaia dell'ATS, ovvero incidenza percentuale del numero di persone con 65 e più anni, sul totale dei residenti dell'ATS; la percentualizzazione per singolo ATS della sommatoria a livello regionale di questi indici costituisce il criterio di riparto del 6,25% del finanziamento globale;
- indice quarta/terza età dell'ATS, ovvero incidenza percentuale del numero di persone con 85 e più anni sul totale delle persone con 65 anni e più residenti nell'ATS; la percentualizzazione per singolo ATS della sommatoria a livello regionale di questi indici costituisce il criterio di riparto del 6,25% del finanziamento globale;
- Kmq complessivi del territorio dell'ATS sul totale dei kmq del territorio regionale; attraverso questo criterio viene ripartito il 12,50% del finanziamento globale.

Ai fini del monitoraggio delle risorse del FNA, annualmente gli ATS compilano una scheda strutturata, predisposta dalla Regione, di raccolta di informazioni e dati con l'intento sia di rispondere al debito informativo previsto dal questionario FNA che per disporre di un quadro sintetico di indicatori a supporto della programmazione regionale.

Di seguito si riportano i dati riferiti alle annualità 2016, 2017 e 2018 dei beneficiari dell'intervento a favore degli anziani over 65.

2016

n. persone in condizione di disabilità grave assistite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
65-74 anni	294	421	715
75 anni e oltre	790	2407	3197
Totale	1084	2828	3912

2017

n. persone in condizione di disabilità grave assistite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
65-74 anni	258	353	611
75 anni e oltre	775	2306	3081
Totale	1033	2659	3692

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
2018

n. persone in condizione di disabilità grave assistite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
65-74 anni	254	378	632
75 anni e oltre	639	2037	2676
Totale	893	2415	3308

Di seguito si riportano i dati riferiti alle annualità 2016, 2017 e 2018 dei beneficiari dell'intervento assegno di cura:

Anno	Domande pervenute	n. Assegni concessi		
		n. totale	di cui per interventi gestiti	
			% dai familiari	% attraverso assistenti familiari
2016	2907	1944	80.8%	19.2%
2017	3228	1713	83.9%	16.1%
2018	3159	1793	84,1 %	15,9 %

Disabilità Gravissima

Gli Ambiti Territoriali Sociali inseriscono ogni anno sulla piattaforma informatica regionale, secondo le modalità e i tempi stabiliti con decreto regionale, dati e informazioni di tutte le persone che hanno presentato la domanda di contributo per la disabilità gravissima. La Regione effettua un controllo dei dati inserite sulla piattaforma e provvede al riparto delle risorse tra i beneficiari e a trasferire agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il contributo regionale. Gli ATS liquidano il contributo direttamente agli aventi diritto. Entro il 31 ottobre dell'anno successivo, gli ATS trasmettono al Servizio Politiche Sociali e Sport la rendicontazione dell'avvenuta liquidazione del contributo regionale ai beneficiari.

Di seguito si riportano i dati riferiti alle annualità 2016, 2017, 2018 e 2019.

(Dati raccolti ed elaborati dal Centro Regionale di ricerca e Documentazione sulle Disabilità – CRRDD)

Anno	Numero beneficiari	Numero beneficiari in più rispetto all'annualità precedente
2016	1.861	404
2017	2.446	585
2018	2.932	486
2019	3.231	299

Anno	Beneficiario che frequenta la scuola, un corso di formazione professionale o un CSER	Contributo mensile	Beneficiario che vive stabilmente in casa	contributo mensile
2016	€ 1.792,62	€ 149,39	€ 3.585,24	€ 298,77
2017	€ 1.599,44	€ 133,29	€ 3.198,89	€ 266,57

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2018	€ 1.590,81	€ 132,57	€ 3.181,62	€ 265,14
2019	€ 1.803,16	€ 150,26	€ 3.606,32	€ 300,53

contributo annuo erogato ad ogni utente in base alla condizione quotidiana

Fasce d'età	2016	2017	2018	2019
fino a 36 mesi	31	24	38	41
da 37 mesi a 5 anni	101	118	135	114
da 6 a 10 anni	165	185	196	223
da 11 a 13 anni	108	117	100	111
da 14 a 18 anni	168	178	191	189
da 19 a 24 anni	160	196	192	196
da 25 a 29 anni	96	116	129	139
da 30 a 34 anni	105	111	106	108
da 35 a 39 anni	83	99	113	107
da 40 a 44 anni	96	100	102	105
da 45 a 49 anni	104	123	16	120
da 50 a 54 anni	87	101	206	105
da 55 a 59 anni	77	92	87	89
da 60 a 64 anni	86	112	118	107
over 65	394	777	1203	1477
Totale	1.861	2.446	2.932	3.231

L'assistenza alla persona con disabilità gravissima è prestata nella maggior parte dei casi dal familiare, mentre è molto basso il ricorso ad un operatore esterno:

tipologia di assistenza	2016	2017	2018	2019
n. utenti assistiti da un assistente esterno alla famiglia	97	148	195	178
dato in % sul totale degli utenti	5,21%	6,05%	6,65%	5,51%

Trasferimenti effettuati

ANNUAL ITA' FNA	DGR	FNA Totale €	% FNA a favore degli anziani*	%FNA a favore dei Gravissimi
2016	DGR n.1578 del 19/12/2016	€ 11.310.000,00,	€ 6.786.000,00 (60%)	€ 4.524.000,00 (40%)
2017	DGR n.1499 del 18/12/2017 (anziani) DGR n. 1120 del 02/10/2017 (Gravissimi)	€ 12.604.960,00	€ 6.302.480,00 (50%)	€ 6.302.480,00 (50%)
2018	DGR n. 473 del 29/04/2019	€ 13.083.880,00	€ 6.541.940,00 (50%)	€ 6.541.940,00(50%)
2019	DGR n. 1138/2019	€ 16.278.880,00	€ 7.839.400,00 (50% meno € 400.000,00 a favore di Vita indipendente)	€ 8.139.400,00 (50%)
2020	DGR n.179 del 22/02/2021	€ 17.636.400,00	€ 8.418.200,00 (50% meno € 400.000,00 a	€ 8.818.200,00

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

			favore di Vita indipendente)	
2020	In fase di perfezionamento (DPCM 21/12/2020)	€ 1.988.000,00	€ 994.000,00	€ 994.000,00

Vita indipendente 2019

Per quanto riguarda l'annualità 2019, verranno trasferite risorse agli ATS pari ad euro 500.000,00 di cui euro 400.000,00 quale quota parte del Fondo nazionale per le non autosufficienze - FNA 2019 ed euro 100.000,00 quale cofinanziamento regionale richiesto ai sensi del punto 31 dell'Allegato F "Linee di Indirizzo per progetti di vita indipendente" del suddetto DPCM 21.11.2019. Gli ATS n.1; n.11; n.12; n.15 e n.23 devono liquidare le risorse trasferite dal Servizio Politiche Sociali e Sport ai soggetti coinvolti nella progettualità con le seguenti modalità:

- il 70% del contributo spettante entro il mese di ottobre 2020;
- il 20% alla presentazione, entro il 28 febbraio 2021, di un rapporto intermedio circa le attività svolte nonché le spese sostenute nel periodo 1° ottobre 2020 / 31 gennaio 2021, previa verifica da parte del Servizio Politiche Sociali e Sport dell'effettivo utilizzo di almeno il 50% dell'intero ammontare del finanziamento;
- il restante 10% a consuntivo su presentazione del rapporto finale circa le attività svolte nonché le spese sostenute nel periodo 1° febbraio - 30 aprile 2021, previa verifica da parte del Servizio Politiche Sociali e Sport dell'utilizzo dell'intero ammontare del finanziamento.

La rendicontazione delle spese sostenute e relativa descrizione delle attività svolte avviene in due fasi: 1. in fase di rapporto intermedio (periodo 1° ottobre 2020 / 31 gennaio 2021) da trasmettere entro il 28 febbraio 2021; 2. in fase di rapporto finale (periodo 1° febbraio - 30 aprile 2021) da trasmettere entro il 20 maggio 2021.

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 cofinanziamento sia almeno pari a quanto stabilito con le linee guida approvate con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018, e cioè il 20% dell'intero progetto. Il totale delle risorse è pertanto pari ad almeno 100 mila euro per il numero di ambiti indicato nella Tabella al punto 41 delle linee guida approvate con il citato D.D.. 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>
	€ 400.000,00	€ 100.000,00	€ 500.000,00
Annualità 2019	Indicazione n. Ambiti aderenti		n. 5
	Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
	1. ATS 1 – PESARO; 2. ATS 11 – ANCONA; 3. ATS 12 – FALCONARA MARITTIMA; 4. ATS 15 – MACERATA; 5. ATS 23 – UNIONE COMUNI VALLATA DEL		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	TRONTO		
Annualità 2020	<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
	€ 400.000,00	€ 100.000,00	€ 500.000,00
	Indicazione n. Ambiti aderenti		n. 5
	Denominazione Ambiti Territoriali aderenti		
	1. ATS 1 – PESARO; 2. ATS 11 – ANCONA; 3. ATS 12 – FALCONARA MARITTIMA; 4. ATS 15 – MACERATA; 5. ATS 23 – UNIONE COMUNI VALLATA DEL TRONTO		
Annualità 2021	<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
	€ 400.000,00	€ 100.000,00	€ 500.000,00
	Indicazione n. Ambiti aderenti		n. 5
	Denominazione Ambiti Territoriali aderenti.		
	La scelta degli ATS verrà definita nel 2021.		