

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

Premessa

Con il D.P.C.M. 3 ottobre 2022 è stato adottato il Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

Questa seconda edizione introduce significative innovazioni

il Piano 2019-2021 obiettivo principale per la permanenza al proprio domicilio, considerando l'inserimento in struttura residenziale ultima alternativa,

ora il compito è di dare attuazione alla Legge 234 del 30 dicembre 2021, "*Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2022 e pluriennale per il triennio 2022-2024*", la pandemia ha evidenziato la carenza di risposta dei servizi territoriali, in particolare rispetto agli anziani non autosufficienti.

si sta assistendo ad una profonda riforma delle politiche in favore delle persone fragili, in particolare anziane, attraverso la definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) riguardanti l'offerta dei servizi a loro dedicati.

I LEPS "*sono attività e prestazioni integrate, sulla base dell'art. 117, secondo comma, lettera m, della Costituzione e in coerenza con i gli articoli 1 e 2 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, per garantire pari opportunità*" (cfr. Comma 162, art. 1, Legge 234/2021).

al centro la continuità e la qualità della vita al domicilio, trasformando in residuale la tradizionale risposta residenziale.

La Legge 234/2021 i servizi siano realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS), di cui all'articolo 8 comma 3 lettera della lettera a), della legge 8 novembre 2000, n 238

Si devono considerare LEPS (di erogazione)[1]:

a) servizi di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari, quali:

a.1 l'assistenza sociale prevalenza degli interventi di cura e di sostegno psico-socio-educ.

a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari,

a.3 soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione del PNRR, coabitazione delle persone anziane e tra generazioni;

a.4 adattamenti dell'abitazione che favoriscono la continuità' delle relazioni personali e sociali compresi telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo, quali:

b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne,

b.2 sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

b.3 aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

c) servizi sociali di supporto, quali:

c.1 la strumenti per favorire l'incontro domanda/offerta assistenti familiari, con i Centri per l'impiego del territorio.

c.2 l'assistenza gestionale, legale e amministrativa per adempimenti.

reale integrazione tra comparto sociale e comparto sanitario: sia aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi, sia reale percorsi di presa in carico integrata tra ASL e ATS [2].

con il comma 163 della Legge 234/2021 sono stati affiancati ai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) i Livelli essenziali di processo (definiti LEPS di processo), « costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali»[3].

LEPS sono due il Punto Unico di Accesso (PUA) e il Progetto di assistenza individuale integrato (PAI).

Attraverso i PUA il Servizio sanitario e gli (ATS) garantiscano l'accesso alle prestazioni socio sanitarie; la loro sede operativa deve essere situata presso le "Case della comunità", in raccordo con il (PNRR), riservando risorse del FNA per l'assunzione di personale da assegnare a questi uffici.

PAI: «Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona e della famiglia definizione del progetto contenente l'indicazione degli interventi

Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori che intervengono nella presa in carico, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano»

Ai soli fini del presente provvedimento di applicano le seguenti definizioni:

“Assistenza diretta”: servizi di cura domiciliare erogati direttamente dall’ATS con proprio personale o società qualificate sulla base dei progetti individualizzati.

“Assistenza indiretta”: supporto finanziario erogato al fine della copertura della remunerazione del lavoro di cura o per l’acquisto di servizi forniti da società qualificate sulla base dei progetti individualizzati.

“Budget di cura”: insieme delle risorse economiche e umane necessarie, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, alla cui produzione partecipano il paziente, la sua famiglia e la sua comunità. strutturato sui bisogni e per questo flessibile e non legato ad un particolare di servizio o ad uno specifico erogatore;

“Caregiver”: familiare che assiste – senza un compenso – un proprio congiunto;

“Case Manager”: operatore funzioni di contatto, coordinatore delle risorse, responsabile monitoraggio PAI;

“Cure Domiciliari”: insieme di servizi garantire la permanenza al domicilio finalizzata a rallentare il suo deterioramento, e caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo e da un maggiore intervento socio-sanitario a favorire il recupero delle capacità residue, il miglioramento della qualità della vita. è correlata ai livelli di complessità assistenziale bassa e media, come definiti dalla D.G.R. 41/2002;

“Non autosufficienza grave”: “anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale o con disabilità grave, beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell’allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali” (PNA 2022-2024, cap. 4.1)

“Non autosufficienza gravissima”: “Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale o con disabilità gravissima, come previsto dall’art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022), dalla normativa vigente e dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all’articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall’art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016” (PNA 2022-2024, cap. 4.1)

“PAI - Progetto di Assistenza Individuale Integrata” valutazione dell’UVM, con il coinvolgimento della persona, l’équipe procede alla definizione del PAI contenente l’indicazione degli interventi modulati secondo l’intensità del bisogno”. (art. 1, comma 163, legge 234/2021)

“P.U.A. Punto Unico di Accesso accesso unitario ai servizi, sanitari, sociali e sociosanitari, D.G.R. n. 55- 9323 del 28.7.2008 e precedentemente denominato “Sportello Unico Sociosanitario”. Il comma 163 dell’art. 1 della Legge 234/2021 stabilisce che i PUA “hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della comunità”. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS”.

“Tavolo di co-programmazione e co-progettazione”: previsto dai commi 2 e 3 dell’art. 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017;

“Equipes integrate unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza nel proprio contesto di vita, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie” (comma 163, art. 1, L. 234/201(commo 163, art. Legge 234/2021; in Piemonte tali équipes, svolgono la funzione di:

- **U.V.G.** Unità di Valutazione Geriatrica: con sede nel Distretto Sanitario Valutazione multidimensionale del bisogno tramite le modalità e scale di riferimento indicate nella D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i.;
- **U.M.V.D** Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità: sede nel Distretto Sanitario deputata alla Valutazione multidimensionale del bisogno tramite le modalità e le scale di riferimento previste dalla D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020; Il nuovo Piano Nazionale prevede all’interno delle costituende “case di comunità.

Valutazione multidimensionale del bisogno”: condizionare, qualora non autosufficiente, la permanenza nell’ambiente di vita.

1.2 L’integrazione socio-sanitaria (art. 1 comma 163, lettera a) legge di bilancio n. 234/2021

In Piemonte comprende ben 1181 Comuni, l’integrazione socio-sanitaria è gestita 49 Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali e ASL/Distretto Sanitario.

necessità che tutti i cittadini possano ottenere servizi omogenei la Regione organizzare un percorso di lavoro finalizzato a definire una cornice comune all’interno della quale gli ambiti sociale e sanitario possano

instaurare modalità di lavoro e relazioni più condivise attraverso la definizione di una convenzione quadro, quale riferimento unico per tutta la Regione, tra le ASL e gli Enti gestori.

In applicazione del Piano Nazionale, la Regione e i Comuni singoli e associati, garantiscono la piena partecipazione della persona alla costruzione delle risposte personalizzate, con il coinvolgimento delle istituzioni e degli Enti del terzo settore presenti nel territorio nel rispetto dei principi dell'art 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017.

1.2.1. Ambiti territoriali

Con la L.R. n.1/2004, la Regione ha individuato nella gestione associata idonea a garantire l'efficacia degli interventi e dei servizi sociali, prevedendo incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali.

La Giunta regionale con deliberazione del 2 dicembre 2022, n. 23-6137, «D.G.R. n. 3-2878 del 19/2/2021. Individuazione nuovi Ambiti Territoriali e aggiornamento a far data dal 1 gennaio 2023» ha aggiornato la definizione territoriale che quindi dal 2023 sono 40, come indicato nell'allegato 1 alla predetta DGR.

1.2.2. Punti Unici di Accesso

La Legge 234/2021 fornisce la definizione giuridica SSN e ATS garantiscono alle persone in non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (PUA), la porta di entrata per la richiesta di prestazioni socio-sanitarie residenziali, semi-residenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti (DGR 14-5999 del 25 giugno 2012).

Attualmente si basa sull'attuazione della D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 in parte presso articolazioni delle ASL e in parte presso le sedi degli Enti Gestori.

Parallelamente alla realizzazione del presente Piano per la Non Autosufficienza, la Regione procede all'attuazione delle disposizioni del PNRR in materia di Case della comunità; con Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte 22 febbraio 2022, n. 199 – 3824, localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali” sono state individuate le località

1.2.3 Valutazione multidimensionale

è affidata alle U.V.G. (allegato 6 alla D.G.R. 45-4248/2012 e D.G.R. 34-3339 del 16/5 2016, RSA Aperta”) la composizione dell'équipe sono previste le seguenti figure professionali:

- un medico geriatra con funzione di presidente;
- un medico dell'assistenza sanitaria territoriale;
- un medico fisiatra;
- un assistente sociale, rappresentante dell'Ente gestore dei Servizi Sociali;
- un assistente sociale dell'Azienda Sanitaria;
- un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;
- un segretario (ruolo amministrativo).

D.G.R. n. 14-5999 25/6 2012 per la presa in carico.

presentare domanda all'UVG del Distretto sanitario dell'ASL di residenza Sportello PUA.

Entro 90 giorni l'UVG esegue la valutazione sanitaria e sociale con “Cartella geriatrica”, definisce la non autosufficienza e il Progetto Individuale concordato.

L'ASL, nel comunicare l'esito della valutazione, deve indicare:

- punteggio sanitario
- punteggio sociale
- tipo di progetto assegnato / individuato
- grado di priorità
- stato di gravità (grave o gravissimo)

L'indicazione gravità è necessario per la validità della valutazione e per la possibilità di fornire prestazioni con costo a carico del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) o Fondo Sanitario per la Non Autosufficienza (FNA).

Con la D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 “Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle UMVD” composizione e funzionamento dell'apposita UVM minori e adulti, scheda relazione sociale e sanitaria con il progetto individuale, già basata sul sistema di valutazione ICF.

Con la D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020 nuove Cartelle Disabilità minori e adulti, valutazioni degli aspetti sociali e sanitari della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF).

1.2.4 Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)

nuova definizione di PAI raccordo con l'INPS». (art. 1, comma 163, l. 234/2021) mix di prestazioni sociali e sanitarie, con individuazione competenze sanitarie dal budget di progetto integrato con interventi semiresidenziali o residenziali temporanei di sollievo.

1.2.5 Budget di progetto

In sede di predisposizione del PAI, definizione di un budget di cura, persegue il principio dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, stabilito dal Piano Nazionale, gli interventi Regionale sono condizionati all'ISEE

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

Destinatari persone anziane >65 e persone disabili valutate «non autosufficienti» da U.V.G., U.M.V.D. requisiti previsti dal capitolo 4.1 del nuovo Piano Nazionale per la Non Autosufficienza. accesso alle prestazioni risultati non autosufficienza definito dalla D.G.R. 14-5999 del 25/6 2013 (valutazione sanitaria >= a 5 punti) e idonee ad un progetto di assistenza domiciliare da parte delle competenti Unità di Valutazione (UVG, U.M.V.D.).

persone con disabilità gravissima, criteri art. 3 del DM 26/9/2016 e DL 21/9/2019 o indennità di accompagnamento e una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del DL.

Le Commissioni di valutazione copia della valutazione all'ASL e all'Ente gestore.

Le Commissioni, inoltre, trasmissione all'interessato dell'esito (anche in caso di respingimento); nei casi di progetti di carattere "domiciliare", devono essere riportate i dati di cui sopra

In caso di grado "gravissimo" indicazione di almeno una delle condizioni lettere da a) ad i) dell'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

Il nuovo Piano Nazionale riorganizza l'offerta dei servizi sulla base della Legge 234/2021:

a) ass domiciliare sociale integrata con i servizi sanitari, supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita e di sostegno psico-socio-educativo, coerenza con gli interventi del PNRR,
b) servizi sociali di sollievo:

- pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne;
- sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- valorizzare la collaborazione volontaria informali di prossimità e Terzo settore secondo codice del Terzo settore, DL 3 luglio 2017, n. 117;

c) serv soc supporto per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro di assistenti familiari, collaborazione con i Centri per l'impiego e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti».

A livello regionale obiettivo prioritario degli interventi domiciliari: raggiungimento di area con alto bisogno assistenziale che sovraccarica pesantemente le famiglie, e area su cui l'intervento pubblico carenza di risorse.

modello di servizi alla persona incentrati su elementi essenziali PAI e Budget di Cura.

3.1. Le aree di servizi previsti

Gli interventi PAI in base al budget di cura nelle seguenti aree di servizi:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza integrata con i servizi sanitari (art. 1, comma 162, p. a), Legge 234/2021)

a.1) **assistenza domiciliare** mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento attraverso erogazione di servizi in forma diretta o soggetti accreditati:

- prestazioni professionali;
- prestazioni di assistenza familiare;

- servizio di teleassistenza;
- servizio di telesoccorso;
- fornitura di pasti, lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;
- servizi di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI;
- monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura;
- animazione, socializzazione;
- formazione e sostegno al caregiver del beneficiario dell'intervento;
- RSA a domicilio;
- agricoltura sociale;
- adattamenti dell'abitazione e realizzazione di servizi di telesoccorso e tele assistenza;
- coabitazione solidale.

a.2) trasferimenti monetari o voucher per acquisto di servizi

erogati in forma indiretta da EG trasferimento di contributi economici per gli oneri di assistenza:

1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
2. assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
3. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;
4. voucher socio-sanitari, utilizzabili per l'acquisto di prestazioni assistenza domiciliare secondo PAI da enti accreditati e, come indicato dall'art. 17 della L 328/2000. può essere modulato su altri servizi inclusi nel PAI (ad es. 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 per 12 mensilità;
 - nel corso del triennio, sottoposte a rendicontazione.

b) **Servizi sociali di sollievo** (art. 1, comma 162, punto b), Legge 234/2021)

Gli interventi possono essere erogati in forma diretta e in forma indiretta da parte dell'EG, integrare l'assistenza domiciliare elencati dalla Legge 234/2021:

- pronto intervento per emergenze temporanee, diurne e notturne;
- sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- collaborazione volontaria di prossimità e Terzo settore e di volontariato locali;
- frequenza centri diurni e semiresidenziali;
- affidamento diurno, vigilanza notturna.

c) Servizi sociali di supporto (art. 1, comma 162, punto c), Legge 234/2021)

delib 2/12/2022, n. 23-6137 la Giunta regionale Ambiti Territoriali Sociali (ATS). entro 60 gg;

definizione dei criteri di ripartizione triennale delle risorse previste dal Piano Nazionale, 7.320.000,00 €.

3.2 Gli interventi per le persone anziane con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima Il PNA 2022/2024 nuova definizione delle persone precedentemente «*persone con disabilità gravissima*»; al punto 4.1. «Platea dei destinatari» sostituita da «*Persone anziane con alto bisogno assistenziale o persone con disabilità gravissima*», intendendo le prime come «persone che hanno superato il 65° anno di età». Per tali beneficiari, «sono riservate risorse dal Fondo per un minimo del 40% ed un massimo del 60%», le ATS, dovranno garantire questo range di ripartizione.

«*Gli interventi persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, soglie non inferiori a 50.000 €, accresciuti a 65.000 se minorenni, l'ISEE da utilizzare è delle prestazioni agevolate di natura sanitaria*»

3.2.1 Assegno di cura per l'autonomia e i valori dei servizi erogabili

fino ad ora l'assegno di cura per l'autonomia. un trasferimento monetario all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari sulla base del PAI o per acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore. Con la nuova L 234/2021: da erogazione finanziaria a fornitura diretta di servizi. tenendo conto degli assegni già attivati e in corso di fruizione e fattibilità da parte degli ATS di ribaltare le modalità di erogazione dei servizi stante congiuntura finanziaria e limitazioni alle assunzioni di personale.

3.2.1.d Priorità di accesso

Qualora le risorse non sufficienti a garantire livello minimo, la graduatoria di accesso delle richieste idonee rispetterà i seguenti criteri:

suddivisione tra non autosufficienza grave e gravissima;

punteggio di valutazione socio-sanitaria dalla valutazione della commissione competente;

in caso di parità si terrà conto dell'ordine cronologico di presentazione;

La graduatoria deve essere aggiornata con cadenza mensile.

La Regione monitora con cadenza almeno semestrale l'andamento delle graduatorie e pubblica sul proprio sito internet istituzionale i dati raccolti.

Condizione indispensabile per l'erogazione è l'accettazione da parte del destinatario, dell'intero PAI.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone disabilità gravissima:

ricoveri di sollievo in strutture Il PAI può prevedere servizi di tregua inserimento in struttura autorizzate e accreditate per complessivi 60 gg/anno.

L'assegno di cura e autonomia può coprire i costi alberghieri del ricovero fino al raggiungimento dell'importo mensile dell'assegno, la quota sanitaria è a carico dell'ASL di riferimento.

4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS comma 162 e 164 (legge 234) Il D.P.C.M 3 ottobre 2022 individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale, come stabilito all'articolo 1, commi da 159 a 171 della legge 30/12/2021, n. 234».

«I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del dl 15/9/2017, n. 147».

La Regione Piemonte, integra con un finanziamento triennale 2022-2024 pari a: ???

Di conseguenza le prestazioni previste dal presente Piano regionale sono finanziate da:

- risorse provenienti dal Fondo Nazionale per la non Autosufficienza;
- risorse regionali di parte sociale già destinate ai servizi di domiciliarità a favore non autosufficienti;
- eventuali altre risorse statali trasferite;
- eventuali risorse provenienti da enti pubblici e privati.

Il capitolo 4 «Platea dei destinatari» del Piano nazionale prevede un vincolo a favore alto bisogno assistenziale o con disabilità gravissima: «sono riservate risorse del Fondo fra un minimo del 40% ed un massimo del 60%, al fine di garantire quanto previsto dal c 168 della l. 234/2021».

La Regione, in considerazione dell'alto numero di persone in lista di attesa «gravissimo», riservare il 60% delle risorse FNA disponibili alle persone con questa gravità, secondo le ripartizioni annuali indicati nelle tabelle 1 – 4. ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone con demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione ».

Le risorse regionali, di cui alla successiva tabella 5, si invitano gli ATS a utilizzare prioritariamente tali risorse per esaurire le graduatorie inerenti le persone con stato di priorità «gravissima».

Equilibrio tra trasferimenti monetari e erogazione di servizi diretti o indiretti

La l 234/2021 come obiettivo anche «il «passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti», « ogni regione dovrà, dalla propria realtà territoriale individuare la quota % di risorse per l'anno 2022, per gli anni successivi la quota implementata del 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024»

4.1 L'accordo di programma

iniziative di supporto l'adozione di un accordo di programma che «riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del LEPS e la necessaria intesa istituzionale richiesta insieme agli elementi che ne garantiscono la attuazione. **In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili. [...]**

L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale »

A tal fine è stato predisposto lo schema di accordo, di cui all'allegato KK, Gli ATS e le ASL dovranno sottoscrivere tale accordo entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento di adozione del Piano regionale.

In assenza della sottoscrizione di tale accordo non potranno essere trasferite le risorse afferenti al Piano regionale alle ATS e alle ASL (risorse Vita indipendente).

Il testo dell'Accordo di Programma Locale sottoscritto deve essere trasmesso al Settore regionale «Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità»

monitoraggio e rendicontazione degli interventi

attraverso la piattaforma web SIOSS del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Trattandosi di rendicontazione valutata complessivamente come «regionale» è importante l'assunzione di responsabilità da parte di ogni ATS al fine di garantire la corretta fruizione delle risorse da parte di tutti gli Ambiti.

5.1 Periodo transitorio

La Regione entro 180 giorni dall'approvazione del presente Piano regionale da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, procede all'emanazione di ulteriori provvedimenti:

- a) le modalità di monitoraggio della Regione dell'andamento delle prestazioni erogate e delle graduatorie;
- b) i criteri di omogeneità nella formazione delle graduatorie di accesso (c.d. liste di attesa);
- c) definizione del disposto del comma 5 dell'art. 21 del D.Lgs. 147/2021[16]
- d) ulteriori interventi che si ritenessero necessari.

5.2 Applicazione delle nuove disposizioni

dalla data di approvazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali delle Disposizioni stesse.

sulla base della precedente normativa prestazioni più favorevoli, mantengono con una riduzione del 25% In nessun caso le risorse previste dal presente provvedimento potranno essere utilizzate per sostenere il costo di prestazioni sanitarie.

Per persone in condizione di disabilità gravissima, si intendono beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, o definite non autosufficienti ai sensi dell'all. 3 del dPCM 159 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) \leq 10;
- b) dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala CDRS \geq 4;**
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5,
- e) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare
- f) con deprivazione sensoriale complessa compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico fisiche.

3.2.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienza gravissima,

ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	600,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	500,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 50.000,00	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00	0,00 euro

3.2.1.b L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienti gravi -

ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	350,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 50.000,00	300,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00	0.00 euro

Rilievi del Coordinamento Associazioni Alzheimer del Piemonte (Caap)

21. OBIETTIVI DEL PIANO -

Migliorare l'erogazione delle prestazioni a prescindere dalla situazione economica della persona. Sistema di tipo "CHRONIC CARE MODE" - promuovere la capacità dei SSN/Regionale di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA. - l'attuale inadeguata interazione ospedale/territorio che ignorano che le persone non autosufficienti sono persone portatrici di patologie in ogni caso cronicizzate. Pertanto per queste persone i servizi sociali degli ospedali o il pronto soccorso non devono ricorrere alle dimissioni ospedaliere ex DGR 1-5265 del 28/6/2022 e DGR 10-5445 del 29/7/2022 proposti alle famiglie ignorare di una diversa più appropriata tutela.

Prestazioni non a carico del FNA, ma del comparto sanitario, per cui non oggetto del Piano.

22. Interpretazione della non autosufficienza

La quantificazione della non autosufficienza è indispensabile per pianificare qualsiasi politica-assistenziale commisurata ai bisogni. va approcciata secondo: - La condizione di presenza di malattie, la gravità e la possibilità di prevenzione e cura - la distinzione tra "non autosufficienza grave" e "gravissima" non agevolerà la Valutazione, inoltre contraddice il D.M 26/9/2015 - art. 3 ove le persone percettrici dell'Indennità di accompagnamento sono considerate in situazione di disabilità gravissima. necessità di individuare parametri medico-scientifici per i quali le Commissioni di Valutazione siano esentate dal farsi carico di giudizi che pongono le persone in liste di attesa anche con non autosufficienza gravissima, queste persone dopo la valutazione della Commissione Multidimensionale non dovranno più confluire in liste di attesa a lungo termine, così come previsto dalla L.266 del 23/12/2005, in quanto il loro bisogno è tutelato dai LEA (come ribadito in alcune sentenze dalla Corte Costituzionale).

La dicotomia "gravissimi" – "gravi" non è una scelta regionale, ma un'indicazione cogente del decreto ministeriale, fra l'altro già presente dal 2016. I parametri medico-scientifici di cui si accenna sono le scale di valutazione cui fa riferimento appunto il decreto del 2016, richiamato nel decreto attuale. A suo tempo era stata stabilita una transcodifica, trasmessa a tutte le ASL, per l'adattamento delle scale di valutazione ministeriali a quelle utilizzate dalle Unità valutative regionali.

23. Pai - progetto di assistenza individuale integrativa

la Commissione dovrà valutare la capacità e le prevedibili difficoltà del caregiver nell'assolvere al suo compito di cura tenuto conto che le condizioni della persona da assistere nel tempo non potranno migliorare. Indispensabile pertanto anche la valutazione in termini di prevenzione e tutela del benessere psico-fisico del caregiver

Accolta pag. 13

Punti di accesso

Devono essere: - Funzionali per la presentazione della domanda e come punti di informazione sui servizi erogati (ex L.38/2010 art 4)

I PUA verranno inseriti, come previsto dal PNRR, nella Case di Comunità, che la Regione Piemonte ha già individuato con appositi provvedimenti.

Valutazione multidimensionale

- a - chiarire "chi presenta o può presentare la domanda"

-b - essere tempestivamente informati e indirizzati ai PUA dal medico di famiglia (o Assistenti Sociali dell'ASL o Medici dell'Ospedale/Ambulatorio) per conoscere i servizi loro offerti.

- c - iniziare già presso lo studio del medico di famiglia l'allerta sul declino, che la famiglia si prepari per tempo. la presa in carico della cronicità deve comprendere anche la conoscenza sociale della situazione (solitudine, barriere architettoniche, parentele, autonomie negli spostamenti, situazione economica). Invece, la soluzione più cercata è l'accesso al Pronto Soccorso, da dove poi scaturisce l'avvio per i percorsi di cura socio-sanitario assistenziale,

- d - Il coinvolgimento del medico curante, che ha la conoscenza diretta della persona e del suo contesto familiare, anche perché dovrà successivamente contribuire alla continuità e alla tenuta del progetto delle cure al domicilio.

- e - la domanda di valutazione multidimensionale non deve essere integrata dalla documentazione economica, **(cosa che illecitamente accade con l'assegnazione di un punteggio pari a "zero" rendendo inutili i chiarimenti delle circolari assessorili del recente passato)**. La documentazione economica dovrà essere presentata dal richiedente solo in caso di attivazione del servizio e comunque nel rispetto delle norme. invece la mancata o ritardata presentazione dell'ISEE blocca l'acquisizione della domanda innescando liti tra istituzioni e famigliari del malato,

- f - Il punteggio sociale deve essere attribuito esclusivamente secondo le condizioni oggettivamente valutate "autonomia, autodeterminazione, grado di capacità della famiglia o del caregiver individuato nella stesura del progetto

I punti a – d sono di carattere sanitario e non riguardano il Piano per la non autosufficienza.

Per i punti e ed f conviene ricordare quanto riportato nel sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali:

“L'ISEE è l'indicatore che serve per valutare e confrontare la situazione economica dei nuclei familiari che intendono richiedere una prestazione sociale agevolata. L'accesso a queste prestazioni, infatti, come ai servizi di pubblica utilità a condizioni agevolate (telefono fisso, luce, gas, ecc.) è legato al possesso di determinati requisiti soggettivi e alla situazione economica della famiglia.

L'ISEE serve a determinare in modo equo la partecipazione al costo delle prestazioni sociali e sociosanitarie dei residenti ed è soggetto a controlli.”

Senza l'ISEE si favorirebbero le persone con maggiori possibilità economiche che miracolosamente verrebbero considerate con la stessa capacità di autonomia di persone con scarso reddito o patrimonio. Le risorse del FNA non permettono di garantire a tutti l'accesso alle prestazioni e sono un limite non valicabile, ne consegue che la creazione di liste di attesa non può prescindere da un'attenta valutazione delle risorse economiche del beneficiario del contributo.

23. Budget di progetto

- necessario chiarire che cosa si intende per Nucleo Familiare. Inoltre l'ISEE, anticipato in tempi distanti dalla attivazione del servizio, non risponde alle esigenze quando è già venuta meno la possibilità di mantenere l'impegno a contribuire al costo del servizio, nella misura concordata

Il Piano vuole ritardare la residenzialità. occorrerebbe prevedere quanto e per quanto possibile l'assistenza del caregiver familiare e situazioni di stress psico-fisico in cui il caregiver potrebbe incorrere.

Le definizioni di nucleo familiare rispetto all'ISEE vengono definite a livello nazionale.

24. Programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei Leps

Il limite di tali risorse non può condizionare gli interventi a favore delle persone in lista di attesa con stato "gravissimo", poiché rientrano a pieno titolo nei LEA con diritto assoluto alla immediata presa in carico dal SSN/Regionale. si dovrebbero porre disposizioni analoghe a quelle adottate in occasione del superamento degli OO.PP. a fine anni novanta.

Le prestazioni oggetto del decreto FNA sono a totale carico sociale e non rientrano tra le prestazioni LEA. Il comma 2 dell'art. 1 del D.P.C.M. 3 ottobre 2022 stabilisce che “il piano di cui al comma 1 costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua, nel limite di tale risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale come stabilito all'art. 1, commi 159 a 171 della legge 30 dicembre 2021, n. 234”.

Il limite quindi esiste e trattandosi di livelli essenziali spetta allo Stato, che ha avocato a se tale competenza, reperire le risorse necessarie alla loro attuazione.