

Allegato A

**LINEE ATTUATIVE REGIONALI DEGLI INTERVENTI PER LA
NON AUTOSUFFICIENZA
DI CUI AL PIANO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA
2022/2024**

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 disabilità, di non autosufficienza delle persone anziane e vita indipendente.

Con L.R. n.32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia" 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.

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

Con riferimento alla tematica della non autosufficienza, il Piano Sociale Regionale 2020 - 2022, approvato con Deliberazione Amministrativa n. 109 del 12/05/2020, ha individuato, tra le nove "Direttrici trasversali di Sviluppo" una specifica direttrice che affronta il tema della non autosufficienza denominata "Sostegno alle persone in situazione di non autosufficienza".

In materia di disabilità, la Regione Marche si è dotata di una legge organica, la L.R. n.18/1996 "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento a favore delle persone in situazione di disabilità" che prevede interventi finalizzati all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con disabilità.

La Regione Marche si è dotata, inoltre, di alcune normative settoriali che disciplinano singole disabilità, quali:

- L.R. n.25/2014 "Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico". Con tale legge si promuovono interventi rivolti alle famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico, realizzati da operatori specializzati che effettuano interventi educativi/riabilitativi basati sui metodi riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

- L.R.n.5/2020 "Disposizioni per la promozione del riconoscimento della lingua italiana dei segni e la piena accessibilità delle persone alla vita collettiva". Attraverso questa legge la Regione Marche riconosce la lingua dei segni italiana (LIS), unitamente alla lingua dei segni italiana tattile (LISt), e promuove interventi volti al miglioramento della qualità della vita e al raggiungimento di una piena inclusione nella società e partecipazione alla vita collettiva delle persone sorde.

Con L.R. n.21 del 28/06/2018 "Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità" si è provveduto a valorizzare e potenziare i progetti di Vita indipendente già avviati a partire dal 2007 attraverso i progetti personalizzati di vita indipendente, garantendo alle persone con disabilità il diritto all'autodeterminazione della propria esistenza

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.

Nell'ambito della Rete della Protezione e dell'inclusione sociale di cui all'articolo 21 del D.Lgs n.147/2017, la Regione Marche con DGR 13/2020 ha istituito il "Tavolo regionale della Protezione e dell'Inclusione sociale", di natura politica e il "Tavolo tecnico inter-servizi" con il compito di supportare il Tavolo regionale nell'elaborazione del Piano regionale per la non autosufficienza.



Ai sensi della succitata DGR. 13/2020 costituisce organismo permanente del Tavolo tecnico inter-servizi, il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza.

Con Decreto del Dirigente della Direzione Politiche Sociali n. 1/2023 è stato formalmente costituito il **Gruppo di lavoro per la non autosufficienza** al fine di assicurare la partecipazione e il confronto tra diversi soggetti che si occupano della tematica della non autosufficienza e definire e condividere le "Linee attuative regionali degli interventi per la non autosufficienza di cui al piano nazionale non autosufficienza 2022/2024".

Il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza è composto:

- dalle strutture della Regione Marche che si occupano di politiche sociali, sanitarie, socio - sanitarie, formazione professionale e lavoro;
- da cinque ATS, rappresentativi ciascuno degli ATS della provincia di riferimento, designati dalla Conferenza dei Coordinatori di ATS;
- dalle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL;
- dal Forum Terzo Settore in quanto rappresentativo di tutte le associazioni di volontariato;
- dalla Consulta regionale per la disabilità in quanto rappresentante delle principali organizzazioni dei disabili della Regione Marche;
- dall'INPS;
- dall'INRCA;
- da CUPLA in rappresentanza dalle organizzazioni dei lavoratori autonomi;
- dall'Ordine degli assistenti sociali;
- dai Distretti Sanitari.

Il gruppo si è riunito nelle sedute del: 16/02/2023; 13/03/2023; 29/05/2023; 08/06/2023.

Il gruppo di lavoro ha approfondito il contesto di riferimento nell'ambito della non autosufficienza e i contenuti del PNNA 2022/2024, con particolare riferimento ai LEPS di erogazione, ai LEPS di processo e allo schema di Accordo quadro interistituzionale tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario.

Al fine della redazione delle Linee attuative regionali questi momenti partecipativi che si sono tradotti attraverso approfondimenti, osservazioni e proposte del gruppo di lavoro, sono stati determinanti per favorire la condivisione della proposta programmatica regionale.

Le risultanze degli incontri sono state recepite nelle presenti Linee attuative regionali.

Con riferimento al progetto Vita Indipendente il confronto e la consultazione sono avvenuti, oltre che nel Gruppo di lavoro di cui sopra, anche in altri momenti con gli ATS e con il Comitato tecnico regionale per la vita indipendente, costituito ai sensi dell'art. 7 della L.R. 21/2018, nel rispetto e nella valorizzazione delle autonomie locali, delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi. Il Comitato tecnico regionale per la vita indipendente è composto da:

- i dirigenti competenti in materia di politiche sociali e sanità;
- cinque referenti delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali (UMEA/DSM), designati dalle cinque Aziende Sanitarie Territoriali (ex Aree Vaste);
- tre coordinatori di ambito territoriale sociale designati dal Coordinamento dei coordinatori degli ATS;
- un rappresentante della Consulta regionale per la disabilità;
- un referente regionale dell'associazione ENIL Italia (European Network on Independent Living);
- un rappresentante del Forum del terzo settore.

Inoltre, nella regione Marche è presente da alcuni anni l'Associazione per la Vita Indipendente Marche (AVI Marche) con la quale si è instaurato un confronto costante rispetto sia a questa progettualità ministeriale che a quella regionale.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art.1 comma 163, lettera a legge di bilancio)

Indicare la disciplina regionale attuativa dell'integrazione socio-sanitaria.

Ai sensi della L.R. n.32/2014, articolo 4, l'Integrazione socio-sanitaria è assicurata dai Comuni associati negli ATS in accordo con i Distretti sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali, così come definite a seguito della riforma del sistema sanitario regionale introdotta con L.R. n.19/2022 "Organizzazione del servizio sanitario regionale".

La Regione Marche è intervenuta in materia di integrazione socio sanitaria principalmente



attraverso la DGR n.110/2015 *“Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Istituzione e modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS) e la 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.*

Con la prima sono state istituite le Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria - U.O.SeS con l’obiettivo di realizzare concretamente l’integrazione socio sanitaria a livello di Ambito Territoriale Sociale e di Distretto sanitario. Con la seconda sono stati definiti 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 Accesso, dell’UVI – Unità di Valutazione Integrata e del PAI – Piano Assistenziale Individualizzato.

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 di cui alle DGR 110/2015 e 111/2015.

Il Piano Sociale Regionale 2020/2022 individua otto “Obiettivi strategici di sistema”, tra questi un obiettivo strategico riguarda il rafforzamento del livello di integrazione tra la componente sociale e la componente sanitaria e il ruolo delle U.O.SeS.

Con L.R. n.19/2022 “Organizzazione del servizio sanitario regionale” è stato rivisto l’assetto e il modello organizzativo sanitario regionale passando da un’unica Azienda regionale (ASUR) a cinque Aziende sanitarie territoriali (AST). Le AST sono i soggetti che devono assicurare su tutto il territorio regionale le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali delle prestazioni – LEA e l’equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di integrazione socio sanitaria. L’articolo 14 *“Piano socio-sanitario regionale”* della L.R. n.19/2022 stabilisce che il Piano socio-sanitario regionale deve rispondere ai bisogni dei cittadini nel rispetto di alcuni principi, tra cui l’integrazione in rete tra servizi territoriali e ospedalieri, nonché tra servizi sanitari e sociali.

La Regione Marche, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell’Unione Europea il 6 luglio 2021, *“Missione 6 salute (M6)”* e del decreto 23 maggio 2022, n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”* ha adottato la DGR n.559 del 28/04/2023 *“Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali”*, con cui vengono fornite le prime indicazioni operative in merito:

- Alle “Case di comunità”, definendo funzioni, modello organizzativo e il coordinamento delle stesse con i servizi territoriali;
- Al Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità costituito dalle macro fasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto di vita individualizzato personalizzato e partecipato, monitoraggio degli esiti;
- Alle Centrali operative Territoriali (COT).

Con **DGR n. 709 del 25/05/2023** è stata trasmessa all’Assemblea legislativa la proposta di deliberazione concernente il “Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025”, ad oggi in fase di approvazione. Il Piano riconosce che l’integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e socio-sanitari è una necessità “imperativa” per assicurare risposte “globali” e “integrate” verso le persone definite “fragili” e per agevolare il loro mantenimento/reinserimento nell’ambiente di vita e che *“L’integrazione sociosanitaria è un obiettivo non più procrastinabile in quanto è fondamentale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale per affrontare bisogni di salute molteplici e complessi;*

Per quel che riguarda i riferimenti specifici alle aree della non autosufficienza e della disabilità, i punti salienti sono:

- a) la piena attuazione dell’integrazione socio-sanitaria *“nell’ambito di un efficace modello regionale di integrazione socio-sanitaria, da disegnare e attuare con il coinvolgimento degli enti locali, rivolto a tutte le fragilità e teso a garantire lo sviluppo graduale di sistemi di servizi integrati e a consolidare il percorso assistenziale integrato tra area sociale, sociosanitarie e sanitaria”* alle importanti innovazioni introdotte con Legge n.234/2021,



- ovvero LEPS di processo e di erogazione, e recepite dal PNNA 2022/2024;
- b) la considerazione, per il rafforzamento dei processi di integrazione socio-sanitaria, delle seguenti dimensioni:
- dimensione professionale;
 - dimensione organizzativa: promuovendo processi di reingegnerizzazione dei percorsi per l'erogazione dei servizi e definizione di metodologie e strumenti condivisi di valutazione dei casi;
 - dimensione informativa: promuovendo l'unicità del trattamento dei dati comuni;
- c) con riferimento all'assistenza domiciliare risulta importante assicurare in forma integrata e unitaria l'erogazione da parte degli ATS/Comuni del servizio di assistenza domiciliare (SAD) di natura sociale che, ai sensi della L.234/2021, è un LEPS e l'erogazione del LEA "ADI" di natura sanitaria dei servizi domiciliari. A livello istituzionale si ha la necessità di meglio definire i processi che consentano alle AST e agli ATS una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.

1.2.1 Ambiti territoriali

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

In attuazione della Legge n.328/2000, con Deliberazione amministrativa n.306/2000 "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali", la Regione Marche ha individuato nell'Ambito Territoriale Sociale il luogo di costruzione del welfare comunitario evidenziando alcuni elementi strategici ai fini della individuazione dell'ambito ottimale per la programmazione e la realizzazione dei servizi sociali:

- la centralità del Distretto Sanitario quale luogo di integrazione dei servizi;
- la necessità che gli ATS abbiano come riferimento i Distretti sanitari per la programmazione degli interventi socio sanitari.

Le indicazioni espresse dal Piano regionale hanno portato all'approvazione del primo importante atto deliberativo, la DGR n.337 del 13/02/2001, con quale sono stati istituiti gli ATS sulla base delle proposte pervenute dai Comitati dei Sindaci appositamente coinvolti.

Con DGR n.1670 del 17/07/2001 sono state approvate le "Linee guida per l'attuazione Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali" che definiscono le funzioni e le caratteristiche generali del Coordinatore di ATS e individuano il Piano di zona, successivamente denominato Piano d'Ambito, quale strumento di programmazione, progettazione e gestione dei servizi dell'ATS.

Il Sistema regionale dei servizi sociali pertanto, da oltre vent'anni, è fondato sull'Ambito Territoriale Sociale e sulla programmazione di ambito; l'ATS nel corso degli anni ha acquisito sempre maggiore rilevanza quale sede di programmazione, pianificazione e gestione degli interventi sociali e socio sanitari.

Si rappresenta inoltre che gli attuali 23 ATS nel tempo sono diventati i soggetti della gestione associata del sistema dei servizi sociali territoriali, interagendo per quel che riguarda i servizi socio-sanitari per la non autosufficienza, anche attraverso le UOSeS, con equipe territoriali e unità valutative multiprofessionali e multidisciplinari (ad es. UMEE e UMEA, Commissioni sanitarie provinciali per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima, etc.).

La L.R. 19/2022, riportando nel distretto sanitario in maniera sostanziale la funzione di programmazione dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari (articolo 31) ha ri-promosso la strategicità del rapporto con gli ATS, prevedendo anche una modifica alla L.R. 32/2014 per sottolineare che la Regione, nell'individuare gli ATS, ne favorisce la coincidenza con i DS.

Ad oggi la situazione territoriale della definizione di ATS e DS è la seguente:

- 6 AMBITI SOCIALI coincidono con il DISTRETTO SANITARIO;
- 16 AMBITI SOCIALI sono contenuti in 7 DISTRETTI SANITARI (situazioni in cui il distretto contiene più ambiti sociali dentro i propri confini, quindi si hanno 7 DISTRETTI "multi-Ambito");



- 1 AMBITO SOCIALE è contenuto in 2 DISTRETTI SANITARI (situazione in cui 2 DS contengono una frazione di ATS, oltre a 1 ATS intero).

	N° com uni	Distretti sanitari	Ambiti Sociali	N° comuni
AST1 - Pesaro	8	DS 01 - Pesaro	ATS 01 - Pesaro	8
	28	DS 02 - Urbino	ATS 03 - Unione Montana Catria e Nerone	7
			ATS 04 - Urbino	9
			ATS 05 - Unione Montana Montefeltro	12
	15	DS 03 - Fano	ATS 06 - Fano	9
ATS 07 - Fossombrone			6	
AST2 - Ancona	9	DS 04 - Senigallia	ATS 08 - Senigallia	9
	21	DS 05 - Jesi	ATS 09 - ASP Ambito 9 Jesi	21
	5	DS 06 - Fabriano	ATS 10 - Unione Montana Esino-Frasassi	5
	15	DS 07 - Ancona	ATS 11 - Ancona	1
			ATS 12 - Falconara Marittima	7
		ATS 13 - Osimo	7	
AST3 - Macerata	9	DS 08 - Civitanova Marche	ATS 14 - Civitanova Marche	9
	24	DS 09 - Macerata	ATS 15 - Macerata	9
			ATS 16 - Unione Montana Monti Azzurri	15
	19	DS 10 - Camerino	ATS 17 - Unione Montana Alte Valli Potenza-Esino	8
			ATS 18 - Unione Montana Marca di Camerino	11
AST4 - Fermo	40	DS 11 - Fermo	ATS 19 - Fermo	31
			ATS 20 - Porto sant'Elpidio	3
			ATS 24 - Unione Montana Monti Sibillini	6
AST5 - Ascoli Piceno	21	DS 13 - Ascoli Piceno	ATS 22 - Ascoli Piceno	5
			ATS 23 - Unione dei Comuni Vallata del Tronto	9
			ATS 23 - Unione dei Comuni Vallata del Tronto	7
	12	DS 12 - San Benedetto	ATS 21 - San Benedetto	12
	226			226

1.2.2 Punti Unici di Accesso

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

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

La Regione Marche, in attuazione del DM 77/2022, con DGR n.559 del 28/04/2023 di cui sopra, ha, tra l'altro, fornito le prime indicazioni sulla costituzione, il funzionamento e modello



organizzativo delle Case della Comunità. Nelle Marche sono state individuate 29 Case di Comunità. Ai sensi dell'articolo 1, comma 163 della Legge n.234/2021, i PUA "hanno sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della Comunità". La DGR n.559/2023 in particolare definisce la Casa di Comunità come "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Rappresenta la vera integrazione sociosanitaria, funzionale, organizzativa e strutturale". Inoltre individua le funzioni che deve svolgere il PUA e stabilisce che lo stesso deve collocarsi fisicamente e funzionalmente presso nella Casa della Comunità Hub e Spoke dove la prima si caratterizza per la presenza di maggiori servizi e operatori. Nella tabella sottostante viene riportata la localizzazione delle Case della Comunità in base all'Ente del SSR, al Distretto e al Comune di riferimento, e individuazione delle strutture Hub e di quelle Spoke:

Tab. Programmazione Regionale delle Case della Comunità (DGR n.559/2023, Tabella p.49)

ENTE DEL SSR Distretto		Comune	HUB/Spoke
AST PESARO-URBINO	1 - Pesaro	Pesaro (Galantara)	Hub
	2 - Urbino	Cagli	Hub
	3 - Fano	Mondolfo	Hub
Fossombrone		Hub	
AST ANCONA	4 - Senigallia	Corinaldo	Hub
	5 - Jesi	Filottrano	Spoke
		Jesi	Hub
		Cingoli	Hub
	6 - Fabriano	Fabriano	Spoke
	7 - Ancona	Ancona	Hub
		Ancona	Hub
Chiaravalle		Hub	
Loreto		Hub	
AST MACERATA	8 - Civitanova Marche	Civitanova Marche	Hub
		Recanati	Hub
	9 - Macerata	Corridonia	Hub
		Macerata	Hub
		Treia	Hub
	10 - Camerino	Camerino	Spoke
San Severino Marche		Hub	
AST FERMO	11 -Fermo	Montegranaro	Hub
		Petritoli	Spoke
		Porto S. Giorgio	Hub
		Sant'Elpidio a Mare	Hub
AST ASCOLI PICENO	12 - San Benedetto del Tronto	San Benedetto del Tronto	Hub
	13 - Ascoli Piceno	Acquasanta Terme	Spoke
		Ascoli Piceno	Hub
		Comunanza	Spoke
		Offida	Spoke
TOTALE REGIONE		29	



Il Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025 stabilisce che la Casa della Comunità è “la sede dove si realizza il LEPS di processo secondo le diverse fasi stabilite dal PNNA 2022/2024. Inoltre si evidenzia che la presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale”.

Nelle more della piena funzionalità delle Case della Comunità, e quindi dei PUA, e in generale dell’attuazione delle disposizioni del DM n.77/2022, la disciplina della presa in carico deve fare riferimento alle norme attualmente in vigore e alle prassi organizzative/gestionali presenti nei territori.

Al fine di assicurare un significativo rafforzamento delle professionalità nei PUA che assicurano la presa in carico e la valutazione multidimensionale, in attuazione di quanto disposto dal PNNA 2022/2024, si procederà con il trasferimento delle risorse finanziarie agli ATS pari ad euro 560.000,00 nel 2023 ed euro 1.960.000,00 nel 2024 assegnate alla Regione Marche con DPCM 03/10/2022, per l’assunzione a tempo indeterminato di figure professionali afferenti all’ambito sociale (Assistenti sociali, educatori professionali, altro) pari a numero 14 nel 2023 e numero 35 nel 2024.

La Regione Marche, come concordato durante l’incontro del Gruppo di lavoro per la non autosufficienza del 08/06/2023, ha effettuato una ricognizione presso gli ATS del fabbisogno/fattibilità delle assunzioni relative al 2023 e 2024. Pertanto, previa valutazione degli esiti della ricognizione, si procederà con successivo atto a definire i criteri di assegnazione delle risorse anche in un’ottica di equilibrio territoriale nel triennio.

1.2.3 Valutazione multidimensionale:

L’articolo 1 comma 163 prevede: ...omissis presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell’individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni condizioni non strettamente necessarie.

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

Al fine di realizzare il LEPS di processo, in quanto “propedeutico” dei LEPS di erogazione, così come più volte ribadito dal PNNA 2022/2024, è fondamentale definire le fasi dello stesso, ovvero normare i processi, le procedure, gli attori coinvolti, i ruoli, le funzioni etc. che caratterizzano ciascuna delle cinque fasi del di processo assistenziale integrato (accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto di vita individualizzato personalizzato e partecipato, monitoraggio degli esiti).

Tutto ciò richiede una programmazione coordinata a livello centrale (regionale) e fortemente integrata a livello territoriale per garantire un approccio integrato capace di offrire le opportune risposte al cittadino.

La Regione Marche definirà i contenuti del percorso assistenziale integrato in un apposito Accordo di programma interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria interistituzionale tra l’area del Sociale e quella della Sanità della Regione Marche, secondo lo schema tipo di Accordo di programma di cui all’Allegato 1 del PNNA 2022/2024.

Il PNNA 2022/2024 stabilisce che l’Accordo “può essere coordinato con altri strumenti regionali già presenti in materia di integrazione socio sanitaria”; considerato che la Regione Marche ha già in parte disciplinato con DGR n.110/2015 e DGR 111/2015 le tematiche previste dallo Schema tipo di Accordo di programma interistituzionale, i contenuti delle due deliberazioni costituiscono un punto di partenza per definire suddetto Accordo di programma interistituzionale, tenendo conto:

- di tutti gli elementi di novità presenti nel PNNA 2022/2024, nel DM 77/2022 e nel PNRR Missioni M5C2, M6C1;
- di una valutazione in merito all’opportunità di estendere l’oggetto dell’Accordo di Programma a tutti le aree dell’integrazione socio-sanitaria, non limitandosi quindi ai soli



interventi sostenuti con risorse del FNA, anche per evitare sia una soluzione di continuità del “modello UOSEs” in particolare per quei territori ove tale modello è ormai “a regime” per l’interazione ATS/DS sia un moltiplicarsi di forme di accordi e di interazioni specifiche per singola area.

Lo schema di Accordo di programma prevede un organismo, l’“Ufficio sociosanitario integrato di ambito” che dovrà favorire l’integrazione degli Interventi, il coordinamento tra ATS e Distretti e dare piena attuazione a quanto stabilito dall’Accordo di programma territoriale, dunque un compito analogo a quello delle attuali UOSES.

Per la realizzazione dell’Accordo di Programma, il Gruppo per la non autosufficienza elaborerà e condividerà una proposta di schema di Accordo di programma calato sulla realtà regionale, che sarà proposto all’approvazione della Giunta Regionale indicativamente entro il mese di dicembre 2023. Successivamente saranno stipulati gli Accordi territoriali.

Nel corso del triennio di vigenza delle presenti Linee attuative la Regione Marche, così come previsto per i PUA, intende avviare gradualmente le disposizioni previste dal comma 163, Legge 234/2021 e dal PNNA 2022/2024 rafforzando l’attività delle unità valutative multidisciplinari, con il costante coordinamento con la programmazione delle strutture sanitarie regionali. A tal proposito il Piano Socio Sanitario in iter indica che *“I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all’autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale. Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell’ambiente di vita. Dalla valutazione multidimensionale deriva la formulazione del Progetto Individuale”*

La Regione Marche, in attuazione del DM 77/2022, con DGR n.559/2023 ha fornito alcune indicazioni circa le funzioni, le procedure, la composizione sulla Valutazione multidimensionale e sul funzionamento delle Unità di Valutazione multidimensionale.

Ai sensi della DGR n.559/2023 la funzione valutativa è quella *“esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all’individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l’utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.”*

In particolare l’Accordo di programma dovrà contenere:

- una definizione puntuale di valutazione multidimensionale, tenendo conto, oltre che delle disposizioni normative, anche dei sistemi adottati nei territori;
- l’organizzazione delle UVM e quindi le funzioni e la composizione;
- il ruolo dell’equipe integrata per assicurare l’effettivo funzionamento delle UVM;
- le procedure per elaborare il PAI.

In sede di definizione dell’Accordo di programma, è fondamentale prevedere strumenti di valutazione e procedure uniformi in tutti i territori. Attualmente, infatti, considerato che non sono presenti criteri regionali e/o schede di valutazione regionali, i territori adottano differenti modalità di valutazione in relazioni a prassi organizzative/gestionali consolidate.

1.2.4 Progetto personalizzato

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

Il PNNA 2022/2024 stabilisce espressamente che *“l’erogazione degli interventi avviene solo ed esclusivamente in relazione alla previsione di un PAI, generato dal processo assistenziale integrato così come definito dal LEPS di processo”*. Il PAI pertanto è uno strumento fondamentale per individuare gli interventi da erogare e pertanto progressivamente dovrà essere elaborato per tutti i beneficiari degli interventi sostenuti con il FNA. Si rappresenta che ad oggi non è stato definito un modello di PAI regionale e tra gli ATS sono presenti significative differenze circa



l'elaborazione, l'utilizzo e la "struttura" del PAI. Obiettivo prioritario è quindi uniformare il modello e l'utilizzo dello stesso per tutti gli interventi.

Attraverso il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza sarà definita una proposta di modello unico di PAI, tenendo conto di PAI già adottati nei territori e magari che presentano caratteri di innovatività e che alcuni ATS stanno sperimentando sui propri territori.

Con deliberazione della Giunta regionale si procederà all'adozione del PAI unico regionale prevedibilmente entro il mese di dicembre 2023.

Nelle more dell'approvazione del PAI unico regionale, con riferimento agli interventi sostenuti con il FNA, si farà riferimento alle norme attualmente in vigore e alle prassi organizzative/gestionali presenti nei territori.

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 di 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.1578/2016 ha approvato i nuovi criteri che disciplinano l'intervento a supporto della Disabilità gravissima, superando pertanto l'intervento regionale denominato "particolare gravità" attivato fino all'annualità 2015.

Per ogni annualità del FNA, la Regione Marche procede con l'approvazione dei criteri annuali e pertanto definisce anche i criteri che individuano i beneficiari. I criteri non sono variati nel corso degli anni.

Beneficiari dell'intervento sono persone senza limiti di età in possesso 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 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 a delle apposite Commissioni sanitarie provinciali istituite presso le AST. 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.

L'intervento è alternativo al progetto "Vita Indipendente", all'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica", all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019 e alla misura "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

Nel caso in cui il disabile sia ricoverato in struttura ospedaliera per un periodo di tempo superiore ai 30 gg. il contributo è sospeso per i giorni di ricovero successivi al trentesimo giorno.

Sono esclusi dal contributo regionale i soggetti ospiti di strutture residenziali.

A tutti gli aventi diritto è concesso un contributo economico, quantificato sulla base del fondo complessivo e delle istanze presentate, con criteri di riduzione dello stesso se il disabile è inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno oppure in un centro di riabilitazione.

L'accesso al contributo avviene a seguito di specifica domanda del cittadino, in risposta ad un apposito Bando pubblico di ATS.

In via generale, gli Ambiti Territoriali Sociali, unitamente ai Distretti Sanitari di riferimento, ove non fosse possibile adottare il PAI, concordano modalità di valutazione individualizzata per ogni beneficiario dell'intervento nel rispetto delle procedure/prassi concernenti l'integrazione socio-sanitaria esistente a livello territoriale.

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 della gestione del FNA e del FRNA la Regione Marche ha sempre incluso tra i c.d. "gravi" un preciso target di beneficiari: le persone anziane over 65 anni non autosufficienti. Come per i gravissimi, anche per l'intervento anziani non autosufficienti la Regione Marche procede ad approvare annualmente i criteri attuativi. Con riferimento all'annualità 2022, nelle more della piena realizzazione dei LEPS di processo e di erogazione, si procederà ad attuare gli interventi a favore della non autosufficienza applicando i criteri finora adottati. Con riferimento invece alle annualità 2023 e 2024, in sede di Gruppo di lavoro per la non autosufficienza, si valuteranno procedure e tempistica per realizzare un eventuale aggiornamento dei criteri.

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) Beneficiari dell'Assegno di cura

Sono destinatari dell'assegno di cura gli anziani ultrasessantacinquenni 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, iscritti all'*Elenco regionale degli Assistenti familiari* ai Centri per l'Impiego, entro dodici mesi dalla concessione del beneficio.

L'intervento è finalizzato a mantenere la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita e di relazioni nell'ambito di un programma complessivo di assistenza domiciliare denominato "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI) predisposto dal Servizio Sociale di residenza o domicilio, in accordo con le Unità Valutative Integrate per i casi di particolare complessità.

Requisiti:

- aver compiuto 65 anni;
 - possesso della certificazione di invalidità al 100%;
 - possesso dell'Indennità di accompagnamento;
 - essere residente in uno dei Comuni degli Ambiti Territoriali Sociali delle Marche ed ivi domiciliata
- In caso di anziani residenti nelle Marche ma domiciliati fuori regione, la possibilità di concedere l'assegno di cura vale solo in caso di Comuni confinanti con la regione Marche;
- ricevere 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.

In caso di presenza di più soggetti non autosufficienti nello stesso nucleo familiare viene concesso un massimo di due assegni utilizzando come titolo di precedenza l'età maggiore e, a parità di età, la valutazione dell'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale in merito alla gravità delle condizioni di salute e del conseguente maggiore bisogno di assistenza.

L'assegno di cura viene sospeso in caso di ricovero temporaneo del beneficiario presso strutture ospedaliere o residenziali per periodi superiori a 30 giorni, qualora il supporto assistenziale venga meno durante il periodo di ricovero.

Ai fini dell'accesso alle prestazioni ogni ATS utilizzata una propria scala di valutazione multidimensionale.

L'ISEE è utilizzato per formare la graduatoria di ATS.

2) Beneficiari del Servizio di Assistenza domiciliare - SAD

Il SAD è rivolto unicamente ad anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti ultrasessantacinquenni. La valutazione e la correlata presa in carico della persona/famiglia è effettuata dall'assistente sociale dell'ATS con relativa stesura del PAI.

Ogni ATS gestisce il servizio adottando propri regolamenti.

Ogni regolamento di ATS definisce la percentuale di contribuzione del beneficiario in riferimento all'ISEE.

Ai fini dell'accesso alle prestazioni, ogni ATS utilizza una propria scala di valutazione multidimensionale in attuazione dei propri regolamenti.

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



beneficiari.

I beneficiari degli interventi per la non autosufficienza sono le persone in possesso 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 con alto bisogno assistenziale.

Con la realizzazione del LEPS di processo, dovrà essere il PAI ad individuare l'intervento o gli interventi di cui necessita la persona non autosufficiente sulla base di una specifica e omogenea modalità di valutazione del bisogno e della non autosufficienza. Questa attività sarà oggetto di lavoro nell'ambito del Gruppo di lavoro per la non autosufficienza. Le persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione al momento non sono individuati tra i beneficiari degli interventi. Il Gruppo valuterà se prendere in considerazione questo target, alla luce delle risorse disponibili per gli interventi, e di conseguenza ne specificherà le modalità di individuazione.

3 La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

3.1 Interventi previsti dal LEPS di erogazione

L'articolo 1, comma 162 prevede che "Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domestiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

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

La realizzazione del LEPS di processo e dei LEPS di erogazione richiedono, in alcuni casi, profondi cambiamenti dei sistemi regionali adottati fino ad oggi in materia di non autosufficienza. La strategia di intervento individuata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali tuttavia, vista l'accentuata eterogeneità dei sistemi di welfare regionali, consente ai territori di attuare gradualmente le disposizioni del PNNA 2022/2024. Pertanto, la Regione Marche introdurrà progressivamente i LEPS di erogazione tenendo conto delle esigenze organizzative e gestionali dei territori e affronterà la questione dell'implementazione dei LEPS assicurando l'erogazione degli interventi.

Alla luce di queste considerazioni la Regione Marche intende programmare gli interventi di cui al comma 162 della Legge n.234/2021 nel seguente modo:

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

La Regione, in continuità con il passato, nella seguente programmazione assicura l'erogazione del SAD unicamente a persone anziane non autosufficienti ultrasessantacinquenni ponendo tuttavia le



condizioni affinché tale servizio sia attivato in maniera uniforme in tutti i territori, ossia individuando nuovi criteri regionali circa le modalità di erogazione dello stesso, le scale di valutazione adottate, la compartecipazione dei beneficiari al costo del servizio che ogni territorio dovrà applicare (a partire dal 2024).

L'obiettivo è di approvare Linee guida regionali relative al SAD, elaborate con il supporto del Gruppo per la non autosufficienza, che tengano comunque conto delle "buone prassi" presenti nei territori.

Le Linee guida devono definire:

- modalità di individuazione dei beneficiari soprattutto con riferimento alle persone anziane non autosufficienti attraverso un'unica scala di valutazione;
- gli strumenti per realizzare effettivamente la gestione associata del servizio SAD a livello di ATS;
- le quote di compartecipazione ISEE al costo del servizio omogenee per tutti gli ATS;
- liste uniche di attesa;
- l'integrazione tra gli interventi SAD E ADI;
- la quota a carico dei Comuni (che non deve ridursi in proporzione all'incremento della quota FNA a favore di questo servizio);
- modalità di attivazione del SAD in situazioni straordinarie e imprevedibili come ad esempio casi di rischio di emarginazione;

I nuovi criteri regionali SAD saranno coordinati con le altre misure volte a potenziare il servizio domiciliare: con i contenuti della Linea di intervento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità" del PNNR, e con i contenuti del LEPS "Dimissioni protette" di cui al Piano Sociale Nazionale 2021-2023 e alla DGR n.1344/2022. L'intervento 1.1.3 del PNRR è in capo ai seguenti ATS che, attraverso progettualità associate, assicurano la copertura dell'intervento su tutto il territorio regionale:

- ATS 1 – Pesaro (associato con ATS 3 - Unione Montana del Catria e Nerone; ATS 4 - Urbino; ATS 5 - Unione Montana Montefeltro; ATS 6 – Fano; ATS 7 - Fossombrone);
- ATS 9 - Jesi (associato con ATS 8 – Unione dei Comuni della Marca Senone; ATS 10 - Unione Montana Esino Frasassi; ATS 11 – Ancona; ATS 12 – Falconara; ATS 13 - Osimo);
- ATS 15 - Macerata (associato con ATS 14 – Civitanova Marche; ATS 16 – Unione Montana dei Monti Azzurri; ATS 17 - Unione Montana Alte valli del Potenza ed Esino; ATS 18 - Unione Montana Marca di Camerino);
- ATS 19 - Fermo (associato con ATS 20 – Porto sant'Elpidio; ATS 24 – Unione Montana dei Sibillini);
- ATS 22 - Ascoli Piceno (associato con ATS 21 - San Benedetto del Tronto; ATS 23 - Unione Comuni Vallata del Tronto).

Dal punto di vista delle risorse finanziarie, considerato che le disposizioni del PNNA 2022/2024 prevedono il graduale passaggio da un sistema basato su trasferimenti monetari ad un sistema che si fonderà prevalentemente sull'erogazione di servizi diretti, verranno progressivamente incrementate le risorse del FNA da destinare al LEPS di erogazione SAD.

Nella fase di transizione (anno 2023), nelle more dell'entrate in vigore delle Linee guida, gli ATS gestiranno il SAD secondo quanto previsto dai propri regolamenti, coerentemente alle disposizioni regionali vigenti.

Con deliberazione della Giunta regionale si procederà all'adozione delle Linee guida regionali relative al SAD indicativamente entro il mese di dicembre 2023.

Con riferimento all'intervento a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima, l'intervento in questione è già finanziato con risorse a valere della L.R. 18/96 "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento a favore delle persone in situazione di disabilità".

a.2) soluzioni abitative (articolo 1, comma 162, lettera a, Legge n.234/2021)

Con riferimento al LEPS "soluzioni abitative" l'obiettivo è di sostenere e potenziare i progetti di ATS ammessi a finanziamento dell'ambito del PNRR, Missione 5 "Inclusione e coesione", Linea di intervento 1.1.2: "Autonomia degli anziani non autosufficienti" attraverso l'individuazione di servizi/azioni/attività volti a migliorare/aumentare le attività gestionali e organizzative della struttura oggetto dell'intervento PNRR, con il fine di favorire la permanenza della persona anziana nella stessa struttura. L'intervento 1.1.2 del PNRR è in capo ai seguenti ATS:

- ATS 8 - Unione dei Comuni Le Terre Della Marca Senone (associato con ATS 9 - Jesi; ATS 10 -Unione Montana Esino Frasassi; ATS 11 – Ancona; ATS 12 – Falconara; ATS 13 - Osimo);
- ATS 14 - Civitanova Marche (associato con ATS 15 – Macerata; ATS 16 – Unione Montana



<p>dei Monti Azzurri; ATS 17 - Unione Montana Alte valli del Potenza ed Esino; ATS 18 - Unione Montana Marca di Camerino);</p> <ul style="list-style-type: none">- ATS - 19 Fermo (associato con ATS 20 – Porto sant’Elpidio; ATS 21 - San Benedetto del Tronto; ATS 22 - Ascoli Piceno; ATS 23 - Unione Comuni Vallata del Tronto; ATS 24 – Unione Montana dei Sibillini). <p>I progetti realizzati nell’ambito della Linea di intervento 1.1.2 perseguono l’obiettivo di prevenire l’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti attraverso importanti investimenti infrastrutturali, assicurando, in alternativa al ricovero a lungo termine in strutture residenziali pubbliche, un contesto abitativo attrezzato che consenta alla persona anziana non autosufficiente di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente.</p> <p>Il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza elaborerà una proposta per la realizzazione del LEPS “Soluzioni abitative” coerentemente alle indicazioni del PNNA 2022/2024.</p> <p>Con deliberazione della Giunta regionale si procederà all’adozione dei criteri indicativamente entro il mese di dicembre 2023.</p> <p>Con riferimento all’intervento a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima, l’intervento in questione è già finanziato con altre risorse</p> <p><u>b) servizi sociali di sollievo (articolo 1, comma 162, lettera b, Legge n.234/2021)</u></p> <p>Con riferimento ai servizi sociali di sollievo di cui all’articolo 1, comma 162, lettera b) della Legge n. 234/2021 occorre sottolineare che la Regione Marche sta già intervenendo sui servizi sociali di sollievo nell’ambito dell’intervento regionale a favore dell’invecchiamento attivo.</p> <p>In attuazione della L.R. n.1/2019 “Promozione dell’invecchiamento attivo, con DGR n. 1788/2022 è stato approvato il primo programma annuale per l’invecchiamento attivo relativo al 2023; tra le azioni del programma annuale, l’azione “elaborazione di proposte per valorizzare la figura del caregiver familiare anziano nell’ambito degli interventi di natura socio – sanitaria” fa riferimento espressamente al LEPS di erogazione “servizi sociali di sollievo” di cui al comma 162, lettera b) della Legge n.234/2021.</p> <p>Nell’ambito di tale azione, il “Gruppo tecnico regionale caregiver familiare” istituito con DGR n.1028/2021, avrà il compito, tra l’altro, di realizzare un approfondimento dell’intervento “servizi sociali di sollievo” di cui all’articolo 1, comma 162, lettera b della Legge 234/2021, tenendo conto delle positive esperienze di sollievo presenti sul territorio, con l’obiettivo di individuare interventi di sollievo da attivare in caso di assenza temporanea del caregiver familiare.</p> <p>Il gruppo di lavoro per la non autosufficienza individuerà, tenendo conto delle proposte del Gruppo tecnico regionale caregiver familiare, specifiche misure da attivarsi in caso di assenza temporanea dell’assistente familiare.</p> <p>Gli interventi di sollievo dovranno trovare forme di integrazione con gli interventi previsti dal progetto Home Care Premium.</p> <p>Con riferimento ai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie occorre sottolineare che gli stessi devono essere effettivamente complementari al percorso domiciliare e comunque definiti nell’ambito del PAI.</p> <p>Con deliberazione della Giunta regionale si procederà all’adozione dei criteri indicativamente entro il mese di marzo 2024.</p> <p><u>c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie (articolo 1, comma 162, lettera c Legge n.234/2021)</u></p> <p>Con DGR n. 118 del 02/02/2009 «Approvazione del profilo professionale di «Assistente familiare» e del relativo standard formativo» la Regione Marche ha approvato il profilo professionale e formativo dell’assistente familiare fissando a 100 ore lo standard di durata per il periodo formativo. L’intento della normativa era la qualificazione del lavoro della figura dell’assistente familiare attraverso azioni formative volte ad acquisire le necessarie competenze e capacità indispensabili per fornire adeguate prestazioni e servizi di natura socio assistenziale alle persone non autosufficienti e ai loro familiari.</p> <p>La DGR n.118/2009 stabiliva inoltre di istituire, presso i “Centri provinciali per l’impiego”, elenchi dell’assistente familiare con “specifiche certificazioni di competenza”.</p> <p>Il reclutamento dell’assistente familiare, avviene tuttavia, in molti casi, attraverso altri “canali”, informali, basati sulla fiducia reciproca tra la famiglia e l’assistente familiare, che non sempre garantiscono la professionalità del lavoratore che deve assistere la persona non autosufficiente.</p> <p>Di fronte ad un contesto caratterizzato da una popolazione che diventa sempre più anziana e</p>



dall'aumento di persone anziane non autosufficienti affette da diverse patologie tra cui sempre più rilevanti stanno diventando le malattie mentali, è indispensabile prevedere soluzioni/azioni capaci di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni, tra cui accrescere le competenze "specifiche" dell'assistente familiari.

Di fronte a questo scenario occorre rivedere la DGR n. 118/2009 anche per armonizzarla con l'evoluzione normativa ed assicurare una adeguata formazione dell'assistente familiare per accrescere le sue competenze.

Con riferimento all'attività formativa, è urgente individuare le nuove competenze che deve possedere l'assistente familiare e quindi procedere con la definizione di un profilo professionale specifico da formare. Quindi pianificare l'organizzazione dei corsi, con fondi a valere su risorse comunitarie.

Pertanto per l'annualità 2022, la Regione Marche sosterrà l'intervento relativo al LEPS "Servizi sociali di supporto" con risorse a valere su fondi comunitari e quindi non con risorse FNA, in ragione della tempistica ristretta e del fatto che tali interventi costituiscono azioni di sistema preliminari ad altri interventi regionali da attivarsi sulla base di un'ulteriore fase di programmazione da proseguire con i territori e con il Gruppo di Lavoro per la autosufficienza.

La formazione deve essere mirata affinché il servizio che si presta presso le case delle famiglie risulti efficace.

Con riferimento all'elenco regionale degli assistenti familiari, occorre valutare l'opportunità di declinarlo a livello territoriale.

Essendo quanto previsto dal comma 162 lettera c) della Legge n.234/2021 (ossia la "messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari") un LEPS di erogazione, il soggetto attuatore dello stesso è l'ATS, e la collaborazione del Centro per l'Impiego è funzionale a tale erogazione in capo agli enti locali della filiera "sociale".

Il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza elaborerà dal 2024 una proposta di interventi regionali per la realizzazione del LEPS in questione coerentemente alle indicazioni del PNNA 2022/2024 e verranno sostenuti con risorse delle annualità 2023 e 2024 del FNA.

L'obiettivo è di approvare il nuovo profilo professionale indicativamente entro giugno 2024.

L'art.1, comma 164 prevede che "Gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Descrivere gli interventi previsti

Gli interventi regionali adottati fino ad oggi sono volti a favorire e sostenere l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente attraverso l'erogazione di un contributo economico alle persone anziane non autosufficienti che usufruiscono di funzioni assistenziali da parte di familiari, anche non conviventi, o da parte di assistenti familiari in possesso di regolare contratto di lavoro.

Il ruolo del caregiver familiare è rilevante nell'attuale sistema regionale; si evidenzia infatti che circa l'80% delle risorse stanziare dal FNA e dal FRNA a favore dell'intervento "Assegno di cura" sono dirette a sostenere l'attività di assistenza del caregiver familiare. Solamente una parte residua del contributo economico è utilizzato per assumere un assistente familiare.

Le nuove disposizioni del PNNA 2022/2024 tuttavia stabiliscono espressamente che le risorse destinate ai beneficiari nella forma di contributi economici devono progressivamente ridursi a favore dei servizi.

Il PNNA 2022/2024 inoltre stabilisce al comma 164 della Legge n.234/2021, che eventuali contributi economici, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sono utilizzabili per sostenere la domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti e l'attività di cura dei familiari che partecipano all'assistenza, "esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale".

Il passaggio da un sistema della non autosufficienza basato fondamentalmente sulle erogazioni



monetarie (come quello attualmente vigente in regione), ad un sistema che si caratterizza per la prevalenza di servizi della non autosufficienza avverrà in maniera graduale in un periodo di tempo medio lungo idoneo a consentire ai territori di adeguare procedure e prassi operative e soprattutto per individuare e rendere effettivamente fruibili i servizi.

Il PNNA 2022/2024, tuttavia consente, in via eccezionale, consente alle Regioni di erogare contributi economici a favore delle persone non autosufficienti per sostenere l'attività di assistenza e cura che svolge il caregiver familiare.

Visto quanto sopra, la Regione Marche, in continuità con il passato, applicherà i criteri adottati nelle precedenti annualità FNA, ovvero erogazione di un contributo economico a persone anziane non autosufficienti che sono assistite dal caregiver familiare. Tale contributo nelle Marche è rappresentato dall'Assegno di cura.

Di seguito si riportano le fasi di gestione dell'intervento "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. Si articola nelle seguenti fasi:

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

Ciascun Ambito Territoriale Sociale pubblica un bando e predisporre 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:*

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 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.

In via eccezionale, con riferimento al FNA 2022/2024 - annualità 2022, il Servizio di assistenza domiciliare SAD sarà sostenuto con risorse previste dall'art. 1, comma 164 della Legge n.234/2021. A partire dall'annualità 2023 il SAD verrà considerato come LEPS di erogazione ai sensi dall'art. 1, comma 162, lettera a) della Legge n.234/2021 con l'approvazione delle Linee guida regionali relative al SAD.

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

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

Con riferimento all'utilizzo dello strumento ISEE verrà effettuato un approfondimento.



3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia

Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021

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

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

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

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

La Regione Marche coerentemente alle indicazioni della Legge n.234/2021 e del PNNA 2022/2024, anche per l'intervento "Disabilità gravissima", intende avviare un percorso di graduale "rafforzamento" del sistema attualmente in vigore, soprattutto con riferimento alle fasi del percorso assistenziale integrato, attraverso un costante confronto con gli ATS e con i territori.

Per l'intervento disabilità gravissima occorre avviare un'azione più incisiva per potenziare e uniformare le cinque fasi del percorso assistenziale integrato. L'attuale sistema regionale infatti non disciplina nel dettaglio le fasi della presa in carico, della valutazione e della predisposizione del PAI. Per la disabilità gravissima, si è preferito attribuire direttamente agli ATS e ai Distretti Sanitari, la possibilità di concordare modalità di valutazione individualizzata per ogni beneficiario dell'intervento nel rispetto delle procedure/prassi concernenti l'integrazione socio sanitaria esistente a livello territoriale.

Sulla base delle indicazioni del PNNA 2022/2024, dell'Accordo di programma interistituzionale e delle presenti Linee attuative, e una volta realizzato il LEPS di processo, i criteri regionali dovranno tener conto di quanto segue:

- 1) l'intervento "disabilità gravissima" può essere attivato solamente presentando la domanda di "Assegno di cura e per l'autonomia" (contributo gravissimi) al PUA da parte del beneficiario per avviare il processo di accesso, accoglienza/accompagnamento, di presa in carico e definizione del bisogno;
- 2) l'equipe integrata, che operano presso i PUA, devono assicurare il funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale della capacità bio-psico-sociale della persona;
- 3) all'UVM compete effettuare il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima. L'UVM 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'UVM, a differenza della Commissione, avrà il compito di accertare la presenza della patologia, realizzando l'attività che nell'attuale sistema è affidato al medico specialista;
- 4) sulla base della valutazione dell'UVM, l'equipe integrata definisce il progetto di assistenza individuale (PAI) che dovrà necessariamente prevedere il tipo di intervento di cui necessita la persona riconosciuta disabile gravissima;

Con riferimento in particolare all'Assegno di cura per l'autonomia, l'importo del contributo può variare a seconda se la persona disabile gravissima dimora stabilmente nel proprio domicilio oppure sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno. Nel primo caso verrà erogato un contributo per intero; nel secondo caso verrà ridotto della metà. Alla luce di quanto sopra, verranno adottati i criteri a favore dell'intervento disabilità gravissima, annualità 2022, in continuità con la precedente programmazione.

Di seguito si riportano le fasi che riguardano il procedimento per ottenere il contributo economico.

- 1) l'ATS pubblica un apposito bando coerentemente ai criteri generali stabiliti con deliberazione regionale;
- 2) la persona che ancora non ha ottenuto il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima, secondo le modalità e tempistica previste dal bando presenta l'istanza - corredata dal verbale di



riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e dalla certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) di cui all'art 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 - per ottenere tale riconoscimento alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le cinque Aziende Sanitarie Territoriali - AST regionali istituite con L.R. n.19/2022;

3)le Commissioni valutano la documentazione presentata con l'istanza e ne verificano la congruità ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima";

4)la domanda di contributo deve essere presentata al proprio Comune di residenza che provvede a realizzare l'attività istruttoria;

5)il Comune provvede ad inserire i dati relativi delle domande presentate su una apposita piattaforma predisposta dalla Regione Marche che verrà resa disponibile per circa un mese;

6)la Regione, sulla base dei dati inseriti nella piattaforma da parte dei Comuni provvede al riparto delle risorse tra i beneficiari e a trasferire agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il contributo;

7)gli ATS provvedono a liquidare direttamente le somme agli aventi diritto secondo gli importi stabiliti dalla Regione per ogni beneficiario.

Pertanto il Comune, sulla base dell'attività istruttoria, stabilisce se una persona ha diritto ad ottenere il contributo. Alla Regione invece è demandato il compito di quantificare l'importo del contributo sulla base delle informazioni fornite dal Comune attraverso la piattaforma informatica.

Gli Enti capofila degli ATS devono trasmettere alla Regione la rendicontazione dell'avvenuta liquidazione del contributo regionale ai beneficiari.

3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)

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

Verrà realizzata un'analisi sui possibili ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali tenendo conto delle buone prassi o sperimentazioni presenti sui territori.

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

Descrivere gli interventi previsti.

Non sono previsti interventi



4 La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164

In questa sezione si riportano le tabelle concernenti la programmazione finanziaria triennale 2022/2024 relativa alle tre annualità di riferimento del FNA 2022/2024 classificando gli interventi regionali per la non autosufficienza e la disabilità gravissima di cui al capitolo 3 all'interno dei LEPS.

La programmazione delle risorse ha tenuto conto sia della necessità di dare continuità al finanziamento degli stessi assicurato in passato ai territori, che alla necessità di incrementare le quote di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi (del 10% nel 2023 e del 20% nel 2024) rispetto alla base di partenza dell'annualità 2022 così come stabilito dal PNNA 2022/2024.

Per gli interventi non previsti in passato (soluzioni abitative e servizi sociali di sollievo) è stata programmata una quota che assicuri un primo possibile avvio degli interventi.

Il SAD, che nel 2022 è classificato come "contributo monetario" in quanto ad oggi non è un vero e proprio servizio regolamentato e uniforme tra gli ATS, a partire dall'annualità 2023 viene inserito tra i servizi, dal momento che si adotteranno Linee Guida Regionali che disciplinano l'erogazione dello stesso.

ANNO 2023 - RISORSE FNA annualità 2022			denominazione regionale dell'intervento	Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità		TOTALE	
				Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi		
LEPS DI EROGAZIONE	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 (Comma 162 Lettera a)	soluzioni abitative in coordinamento con PNRR 1.1.2	250.000,00 €				250.000,00 €	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		596.000,00 €				596.000,00 €	
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	Attività formativa sostenuta con risorse comunitarie	0,00 €				0,00 €	
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164	SAD CONTRIBUTO	4.070.800,00 €					
			(Assegno di cura: Assistente familiare e caregiver)	6.106.200,00 €			11.023.000,00 €	21.200.000,00 €	
LEPS DI PROCESSO	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso	∞	∞		∞	∞	
			Prima Valutazione	∞	∞		∞	∞	
			Valutazione Complessa	∞	∞		∞	∞	
			PAI	∞	∞		∞	∞	
			Monitoraggio	∞	∞		∞	∞	
AZIONI DI SUPPORTO	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166						560.000,00 €	
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166							
Totale								22.606.000,00 €	
VITA INDIPENDENTE			RISORSE FNA					400.000,00 €	
			COFINANZIAMENTO REGIONALE					100.000,00 €	



Totale								23.106.000,00 €	
ANNO 2024 - RISORSE FNA annualità 2023			denominazione regionale dell'intervento	Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità		TOTALE
				Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi	
LEPS DI EROGAZIONE	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 (Comma 162 Lettera a)	SAD servizio	4.477.880,00 €		OBIETTIVI DI SERVIZIO			4.477.880,00 €
			soluzioni abitative in coordinamento con PNRR 1.1.2	275.000,00 €					275.000,00 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		655.600,00 €					655.600,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	Interventi da programmare con il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza	100.000,00 €					100.000,00 €
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164	(Assegno di cura: Assistente familiare e caregiver)	5.701.020,00 €			11.209.500,00 €		16.910.520,00 €
LEPS DI PROCESSO	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso	messa a punto	messa a punto	OBIETTIVI DI SERVIZIO	messa a punto	messa a punto	
			Prima Valutazione	messa a punto	messa a punto		messa a punto	messa a punto	
			Valutazione Complessa	messa a punto	messa a punto		messa a punto	messa a punto	
			PAI	sperimentazione e	sperimentazione		sperimentazione	sperimentazione	
			Monitoraggio	messa a punto	messa a punto		messa a punto	messa a punto	
AZIONI DI SUPPORTO	Compartecipazione ATS	L. 234/2021 Comma 166						1.960.000,00 €	
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166							
Totale									24.379.000,00 €
VITA INDIPENDENTE			RISORSE FNA						400.000,00 €
			COFINANZIAMENTO REGIONALE						100.000,00 €
Totale									24.879.000,00 €



ANNO 2025 - RISORSE FNA annualità 2024			denominazione regionale dell'intervento	Persone Non Autosufficienti			Persone con Disabilità		TOTALE
				Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale		Gravissime	Gravi	
LEPS DI EROGAZIONE	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 (Comma 162 Lettera a)	SAD servizio	4.884.960,00 €		OBIETTIVI DI SERVIZIO			4.884.960,00 €
			soluzioni abitative in coordinamento con PNRR 1.1.2	300.000,00 €					300.000,00 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		715.200,00 €					715.200,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	Interventi da programmare con il Gruppo di lavoro per la non autosufficienza	120.000,00 €					120.000,00
	Contributi di cui al comma 164 e sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017	L. 234/2021 Comma 164	(Assegno di cura: Assistente familiare e caregiver)	5.865.340,00 €			11.885.500,00 €		17.750.840,00 €
LEPS DI PROCESSO	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso	messa a regime	messa a regime	OBIETTIVI DI SERVIZIO	messa a regime	messa a regime	
			Prima Valutazione	messa a regime	messa a regime		messa a regime	messa a regime	
			Valutazione Complessa	messa a regime	messa a regime		messa a regime	messa a regime	
			PAI	messa a regime	messa a regime		messa a regime	messa a regime	
			Monitoraggio	messa a regime	messa a regime		messa a regime	messa a regime	
AZIONI DI SUPPORTO	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166						1.960.000,00 €	
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166							
Totale								25.731.000,00 €	
VITA INDIPENDENTE			RISORSE FNA						400.000,00 €
			COFINANZIAMENTO REGIONALE						100.000,00 €
Totale									26.231.000,00 €



5 Il monitoraggio degli interventi

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

Con riferimento al sistema di monitoraggio degli interventi "Anziani non autosufficienti", "Disabilità gravissima" sostenuti con risorse FNA, la Regione Marche applicherà quanto previsto dall'articolo 3 del DPCM 3 ottobre 2022. Pertanto gli interventi programmati relativi alle annualità 2022, 2023 e 2024 saranno monitorati e rendicontati dagli ATS attraverso l'inserimento dei dati nella piattaforma SIOSS secondo le modalità dell'allegato C "Monitoraggio dei flussi finanziari, allegato D "Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse", allegato E "Beneficiari degli interventi" e allegato F "Costituzione/ Rafforzamento dei PUA". Per quanto riguarda il progetto Vita indipendente il monitoraggio viene effettuato dal Centro regionale di ricerca e documentazione sulle disabilità attraverso la raccolta dei dati forniti dagli ATS e caricati dalla Regione su SIOSS.

Inoltre sono attivati monitoraggi specifici per rispondere a bisogni informativi regionali:

Intervento anziani:

annualmente gli ATS compilano una scheda strutturata, predisposta dalla Regione, di raccolta di ulteriori informazioni e dati rispetto a quelle inserite nel SIOSS, con l'intento di disporre di un quadro sintetico di indicatori a supporto della programmazione regionale.

Intervento Disabilità gravissima:

Con riferimento all'intervento Disabilità gravissima, viene effettuato un monitoraggio annuale da parte del Centro regionale di ricerca e documentazione sulle disabilità con la produzione di un report.

Gli interventi e l'utenza degli stessi saranno tracciati anche all'interno del Sistema Informativo Regionale per le Politiche Sociali (SIRPS) – art. 15 L.R. 32/2014.

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

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

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente

Risorse FNA	Co-finanziamento	Totale
€ 400.000,00	€100.000,00	€ 500.000,00

Indicazione n. Ambiti aderenti

n.5

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

1. ATS 6 – Fano capofila provincia di Pesaro-Urbino
2. ATS 12 – Falconara Marittima capofila provincia di Ancona
3. ATS 16 – Unione Montana Monti Azzurri San Ginesio capofila provincia di Macerata
4. ATS 20 – Porto Sant'Elpidio capofila provincia di Fermo
5. ATS 23 – Unione Comuni Vallata del Tronto capofila provincia di Ascoli Piceno

totale

