



## PIANO OPERATIVO PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

### 1. Quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

Il sistema organizzativo dei servizi sociali e socio-sanitari, che negli anni si è consolidato e rafforzato nella Regione Molise, ha come obiettivo prioritario quello di sostenere e accompagnare, con continuità, le persone non autosufficienti e con disabilità lungo tutto l'arco della vita.

L'obiettivo chiave della presente programmazione è l'incremento del livello di integrazione tra i servizi e prestazioni socio-sanitarie e assistenziali con l'obiettivo di promuovere la permanenza della persona presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

Il presente Piano operativo del Fondo Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, mira a rilanciare il processo di implementazione della propria rete territoriale, sfruttando, soprattutto, le nuove possibilità derivanti dall'utilizzo delle risorse finanziate dalla Missione 6 Component 1 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalla Legge di Bilancio n. 234/2021 in materia di personale.

Con riferimento al contesto regionale, attualmente l'assistenza territoriale è garantita tramite tre distretti sanitari (Campobasso, Isernia e Termoli) con tutti i servizi ad essi correlati (assistenza sociosanitaria, riabilitativa, specialistica ambulatoriale, assistenza primaria, consultori).

Negli anni sul territorio regionali sono state attivate otto Case della Salute nelle quali sono presenti numerosi servizi coincidenti con quelli richiesti nelle Case della Comunità di prossima attivazione.

Il quadro generale della programmazione regionale contempla servizi e interventi volti a garantire la domiciliarità, integrati e coordinati con una rete territoriale di opportunità a carattere residenziale e semiresidenziale, strutturata in base a diversi livelli assistenziali e sviluppata secondo una logica di "filiera di servizi" capace di promuovere il superamento della frammentarietà dei diversi setting di cura e assistenza.

In tale contesto si integrano inoltre gli interventi a minor livello di protezione (GAP), "Dopo di noi" e interventi volti all'occupabilità strutturati, in risposta a diversi livelli di gravità.

L'approvando Piano Socio-Sanitario regionale 2022-2024 individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria secondo un approccio multisetoriale che coinvolge la pluralità delle politiche di promozione della salute, capaci di favorire la creazione di condizioni sociali, economiche ed ambientali favorevoli al benessere del cittadino e della comunità. Vengono promossi degli obiettivi strategici funzionali alla realizzazione degli interventi a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità che sono: il monitoraggio del bisogno, la ricomposizione e la focalizzazione delle risorse, la sussidiarietà e la sinergia tra le diverse politiche, il welfare di iniziativa e il welfare di comunità, l'integrazione socio-sanitaria e l'inclusione sociale.

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

L'assetto organizzativo in cui si sviluppa la presa in carico della persona non autosufficiente e con disabilità è basato su una logica di rete ad integrazione socio-sanitaria attraverso percorsi integrati attenti ed aderenti ai bisogni in evoluzione della persona al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di benessere e salute della persona.

Mediante tale approccio complesso si intende integrare modelli organizzativi unitari che coinvolgono la pluralità dei servizi, delle prestazioni e degli interventi attivati e attivabili a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità. Il progetto di vita, il budget di progetto e la valutazione multidimensionale svolgono un ruolo fondamentale e centrale nel coordinamento e nella ricomposizione dei sostegni e delle risorse dedicate alla persona non autosufficiente o con disabilità. Questo coordinamento, tra tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nelle reti appartenenti alla filiera assistenziale operante nell'ambito della presa in carico, valorizza il sistema delle risposte e delle risorse a disposizione della persona. Fin dalle fasi preliminari di rilevazione e valutazione del bisogno vi è un forte coinvolgimento e partecipazione della famiglia e della comunità di appartenenza al fine di massimizzare le interazioni tra i diversi soggetti coinvolti, secondo una strategia comune di generazione di inclusione. La definizione e la formalizzazione della valutazione multidimensionale si realizza nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che integra risorse umane e strumentali sia sanitarie che sociali ed assume un ruolo strategico e determinante per la definizione di percorsi assistenziali integrati volti a garantire la continuità di cura e supporto alla persona.

**1.2.1 Ambiti territoriali:** l'articolo 1, comma 160 della legge di bilancio 234/2021 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".

Il modello organizzativo adottato dalla Regione Molise si basa sulla presenza di n.3 Distretti sanitari e n.7 Ambiti Territoriali Sociali - ATS (art. 8 della Legge n. 328/2000) in cui si realizza la programmazione e l'erogazione dei servizi e degli interventi.

**1.2.2. Punti Unici di Accesso (PUA):** 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».*

La nuova programmazione regionale socio-sanitaria 2022-2024 conta sul riordino della rete infrastrutturale sanitaria che vede primariamente coinvolte nel processo di integrazione, la rete dei servizi sociali e la rete dei servizi sanitari, con particolare riferimento alla medicina di prossimità. Il nuovo Piano socio-sanitario prevede la trasformazione di alcuni poliambulatori esistenti, quali quello dell'Ospedale di area disagiata di Agnone, dei Distretti Sanitari di base di Termoli e Isernia, degli Ospedali di Comunità di Venafro e di Larino, di alcune Case della Salute esistenti, in **n.13 Case della Comunità.**

All'interno delle Case della Comunità, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali, dovrà realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, dovendo inoltre configurarsi

quale punto di riferimento continuativo per la popolazione attraverso la strumentazione polispecialistica, una infrastruttura informatica e un punto prelievi che permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

Al fine di potenziare l'assistenza primaria in un'ottica di prossimità, accessibilità e multidisciplinarietà, la Regione Molise ha previsto di attivare, a regime nel 2026, tredici Case della Comunità\* suddividendole tra hub e spoke come da tabella che segue:

Struttura	Comune	Hub/Spoke
CdC	LARINO	Hub
CdC	AGNONE	Hub
CdC	CASTELMAURO	Spoke
CdC	TERMOLI	Hub
CdC	CAMPOBASSO	Hub
CdC	FROSOLONE	Spoke
CdC	ISERNIA	Hub
CdC	TRIVENTO	Spoke
CdC	SANTA CROCE DI MAGLIANO	Spoke
CdC	VENAFRO	Hub
CdC	MONTENERO DI BISACCIA	Spoke
CdC	RICCIA	Hub
CdC	BOJANO	Spoke

\*Fonte: Piano socio-sanitario 2022-2024

**I PUA attualmente nella Regione Molise sono n.3, sono identificati nell'ambito della funzionalità dei tre Distretti sanitari regionali e disciplinati dall'allegato A) della DGR n.447 del 28.11.2017 ad oggetto "Linee guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali: strumenti operativi, UVM e PAI e approvazione degli schemi di regolamento per PUA e UVM".**

In ciascun Distretto sanitario operano le UVM dedicate alla valutazione dei bisogni complessi della persona non autosufficiente o con disabilità secondo l'approccio bio-psico-sociale. Tali unità garantiscono organizzativamente l'integrazione tra professionisti e risorse sanitarie e sociali (del Servizio Sanitario e dell'ATS) capaci di rispondere in maniera appropriata e aderente alla necessità delle persone.

In tale contesto viene garantito il raggiungimento del LEPS di processo individuato all'art. 1 comma, 163 della legge di bilancio n. 234/2021 ed in relazione a tale cornice operativa si provvederà alla sottoscrizione di specifico accordo di disciplina della collaborazione interistituzionale tra Ambiti Territoriali Sociali, Regione Molise e Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM).

Al fine di potenziare e consolidare i LEPS, le risorse attribuite al rafforzamento delle professionalità sociali nei PUA sono state destinate agli Ambiti Territoriali Sociali, che in base alle esigenze e in coerenza con il coordinamento svolto dalla Regione, sosterranno la spesa per l'assunzione di personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato, in ottemperanza alle indicazioni del DPCM del 3 ottobre 2022 e alla successiva circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali prot. n. 2435 del 16 febbraio 2023.

La PUA accoglie la domanda di assistenza proveniente dalla rete formale MMG e PLS, medici della continuità assistenziale, distretti sanitari, strutture sovra distrettuali, ospedali, servizio sociale professionale, ambiti Territoriali sociali.

**1.2.3 Valutazione multidimensionale:** l'articolo 1, comma 163, della L. 234/2021 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) a presidio della valutazione della capacità bio-psico-sociale dell'individuo con l'obiettivo primario di delineare il carico assistenziale e consentire, in tutti i casi in cui sia possibile, la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Attualmente l'Unità di Valutazione Multidimensionale è già attiva in ogni distretto sanitario del territorio regionale come istituita con allegato A) della DGR n.447 del 28.11.2017 ad oggetto “*Linee guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali: strumenti operativi, UVM e PAI e approvazione degli schemi di regolamento per PUA e UVM*”.

Attraverso l'UVM vengono rilevati e valutati i bisogni della persona e della sua famiglia, gli interventi e le risposte più adeguate secondo l'orizzonte del progetto di vita, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, con l'obiettivo di elaborare un progetto personalizzato in grado di organizzare, coordinare e garantire in maniera sinergica le diverse tipologie di intervento, siano esse assistenza diretta o indiretta previste dal sistema dei servizi a favore della persona non autosufficiente o con disabilità.

Nell'ambito della valutazione multidimensionale il coordinamento tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Socio-Sanitario diventa strategico in quanto permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni delle persone.

La valutazione multidimensionale è supportata da **due strumenti di valutazione**, la SVaMA (DGR n. 101/2008) e la SVaMDi (DCA n.78/2010), che costituiscono modalità uniformi di valutazione sul territorio regionale secondo le classificazioni previste dall'International Classification of Functioning (I.C.F.) e dall'International Classification of Diseases (I.C.D.).

Il LEPS di processo indicato all'art. 1, comma 163 della L.234/2021 viene realizzato dall'equipe integrate che assicurano la funzionalità della valutazione multidimensionale (UVM) e che definiscono i progetti di assistenza individuale per le persone prese in carico. Nell'accordo di programma tra Regione Molise, ATS e ASREM sono definite le modalità di realizzazione e gli impegni reciproci per l'attuazione dei LEPS.

**1.2.4 Progetto di assistenza individuale (PAI):** l'articolo 1, comma 163, *omissis*...prevede che “*Sulla base della valutazione dell'UVM con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e*

*degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS".*

Nell'UVM viene definito e approvato il progetto assistenziale personalizzato che è il documento elaborato sulla base di valutazioni tecnico-specialistiche multidisciplinari. La definizione del PAI è un processo partecipativo che coinvolge attivamente la persona non autosufficiente o con disabilità e i suoi familiari con lo scopo di delineare risposte appropriate e aderenti alle specifiche esigenze **allegato sub 1)**.

Il PAI evolve nel tempo per rispondere in maniera aderente e appropriata ai bisogni in cambiamento della persona non autosufficiente o con disabilità. Nel progetto si confrontano elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica, linguistico-comunicativa e relazionale. Attraverso il PAI vengono definite le prestazioni di cura e di riabilitazione, i servizi alla persona, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di emarginazione ed esclusione sociale quali fattori di rischio per le persone non autosufficienti o con disabilità. Nel progetto individuale sono delineate altresì le potenzialità e gli eventuali supporti secondo una logica di superamento della frammentazione e standardizzazione degli interventi.

Il PAI deve contenere i principali obiettivi attesi nel rispetto dei fondamentali diritti umani e sociali della persona, delle sue aspirazioni e delle sue preferenze, deve essere aderente al complesso progetto di vita della persona, ponendosi in una logica di inclusione sociale e di promozione del benessere e dell'autonomia possibile.

Nel progetto individualizzato si evolvono e coordinano tutti gli interventi, sostegni, servizi e supporti anche nella forma di trasferimenti monetari quali scelte di servizio frutto della valutazione multidimensionale, gli stessi devono essere programmati e integrati in modo unitario rispetto ai bisogni e alle aspirazioni della persona.

Per favorire il coordinamento e la verifica degli esiti del progetto personalizzato, l'UVM individua il "case manager" che diventa l'operatore di riferimento del team multidisciplinare e coordina tutte le fasi e le attività del progetto quest'ultimo ha la responsabilità e il mandato di facilitare e coordinare il percorso individualizzato e gestire la complessità in tutti gli aspetti in cui essa si evidenzia.

## 2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

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

In continuità con il precedente Piano, e in una ottica di transizione, il Piano individua quindi fra i propri destinatari:

### **A) in prima istanza**

1. **persone anziane non autosufficienti con più di 65 anni con alto bisogno assistenziale e persone con disabilità gravissima;**

2. **persone con disabilità gravissima, come stabilito dal DM del 26 settembre 2016**, s'intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e successive modifiche/integrazioni con l. 508/1988 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 seguenti condizioni, secondo le scale per la valutazione illustrate nei suoi allegati:

- a) persone in 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) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;

- 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 psicofisiche.

Si precisa che, qualora la condizione di cui alle lettere a) e d) sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dal Fondo per le non autosufficienze, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento, che accompagni il rilievo funzionale. Inoltre, sono destinatari degli interventi in favore delle disabilità gravissime anche le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), atrofia muscolare spinale (SMA).

La valutazione, sulla base delle scale indicate all'art.3 del Decreto ministeriale 26.09.2016, è di esclusiva competenza dei medici del SSN (UVM, MMG, specialisti quando necessario).

L'ammissione al programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un **punteggio compreso tra 11 e 18**.

### **B) In seconda istanza**

Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, ai fini esclusivamente del presente Piano, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali.

Nelle more della definizione e approvazione degli strumenti attuativi della legge delega sulla disabilità e dell'effettiva adozione dell'ICF e del profilo di funzionamento, la valutazione è effettuata mediante strumenti validati già in uso alle Unità di Valutazione Multidimensionale ossia le scale di valutazione multidimensionale:

- S.V.A.M.A - per i destinatari anziani;
- S.V.A.M.Di - per i destinatari disabili gravi e gravissimi;

L'ammissione al programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un **punteggio compreso tra 10 e 6**.

### **Specifiche attuative**

- Sono escluse dal Programma le persone con ISEE socio-sanitario di importo superiore ad € 50.000,00 o € 65.000,00 nel caso di minori.
- In caso di pazienti con parità di punteggio desumibile dalle schede di valutazione, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma i pazienti con valore ISEE socio-sanitario di valore inferiore.
- In caso di ulteriore parità verrà ammesso il paziente il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante la compilazione della scheda "Fragilità del nucleo familiare" **allegata sub 2)**;
- Sono escluse le persone assistite in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali.

**Procedure di semplificazione:**

- a) La valutazione dei pazienti richiedenti l'inserimento nel programma in condizione di gravità estrema non suscettibile di miglioramento che hanno conseguito il massimo punteggio nelle precedenti valutazioni, non deve essere sottoposti a nuova valutazione;
- b) Le rivalutazioni e/o le nuove valutazioni dovranno essere effettuate su documentazione rilasciata al paziente non antecedente a sei mesi dalla data di pubblicazione dell'avviso pubblicato dall'ATS;
- c) Per gli assistiti per i quali non è possibile reperire presso l'ASREM la documentazione medica necessaria si provvederà ad effettuare la visita domiciliare.

### 3. Servizi e interventi programmati

#### 3.1 – Servizi

**L'articolo 1, comma 162 della L.234/21**, 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”*:

➤ **lett. a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, quale *“servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale 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, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza”*.

Destinatari:

- Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale
- Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale
- Persone con disabilità gravissima e grave (obiettivo di servizio)

Ai servizi di cui alla presente lettera, si accede previa redazione del PAI formulato in sede di UVM. Gli interventi di cui alla presente lettera, comprendono quelli di cura della persona anziana non autosufficiente e gli interventi di sostegno ai percorsi di autonomia finalizzati all'inclusione sociale delle persone con disabilità, per lo sviluppo e il potenziamento delle abilità relazionali e sociali.

L'assistenza domiciliare può essere assicurata da un minimo di 6 ore settimanali fino ad un massimo di 12 ore settimanali, per 52 settimane annue.

➤ **lett. b) servizi sociali di sollievo destinati a:**

- persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie
- persone con disabilità e loro famiglie (obiettivo di servizio)

*- il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato. Il Servizio di Pronto Intervento Sociale per le emergenze temporanee che è rivolto alle persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie ed è finalizzato a garantire protezione e tutela materiale e sociale attraverso l'attivazione di interventi di primo soccorso sociale e pronta accoglienza, nonché garantire una rete di risorse di pronta accoglienza tesa ad assicurare la soddisfazione immediata di bisogni primari e vitali della persona non autosufficiente. Per le specifiche caratteristiche il servizio deve garantire una reperibilità telefonica 24 ore su 24, 365 giorni l'anno e l'attivazione di interventi immediati tesi a valutare e prendere in carico situazioni di emergenza sociale. Al servizio si deve poter accedere tramite il numero di emergenza sociale attivo 24 ore su 24 e messo a disposizione dagli Ambiti Territoriali Sociali.*

- 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 con la frequenza di Centri Diurni presenti sul territorio regionale, finalizzata a garantire il mantenimento e il potenziamento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia di persone con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico.

Ai servizi di cui alla presente lettera, si accede previa redazione del PAI formulato in sede di UVM.

➤ **lett. c) servizi sociali di supporto destinati a:**

- persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie
- persone con disabilità e loro famiglie (obiettivo di servizio)

L'intervento prevede 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.

Ai servizi di cui alla presente lettera, si accede previa redazione del PAI formulato in sede di UVM

### **3.2 - Prestazioni in forma monetaria**

**L'art.1, comma 164 della L. 234/21** 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".*

#### **Destinatari:**

- Persone anziane non autosufficienti
- Supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.
- Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)

#### **Gli interventi:**

- Remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile 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 assunto direttamente dalla persona/famiglia;
- Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. Rilascio di voucher per l'acquisto del servizio di assistenza a cura di personale qualificato fornito da un ente terzo accreditato nel settore socio-assistenziale;
- Sostegno ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver

Ai sensi della L. 205/2017 si definisce caregiver *“il familiare/la persona di fiducia che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”*.

Ai servizi di cui alla presente lettera, si accede previa redazione del PAI formulato in sede di UVM.

#### 4. Tipologia di prestazioni

Gli interventi a valere sul fondo nazionale non autosufficienza sono da intendersi aggiuntivi e complementari a quelli sanitari, assicurati dai LEA e le spese ammissibili sono esclusivamente quelle a copertura dei costi di rilevanza sociale. Sono previsti i seguenti servizi e prestazioni:

**1. Assegno di cura e per l'autonomia o voucher per l'acquisto di servizi (art.1, comma 164 della L.234/2021) è destinato:**

- a coloro che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno, al fine di sostenere le famiglie nel lavoro di cura;
  - agli anziani di età superiore ai 65 anni non autosufficienti con alto carico assistenziale e a persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del D.M. 26/9/2016 art. 3, pertanto "beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e s.m. e int";
  - alle persone non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013", di qualsiasi età e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni di cui al suddetto DM 26/09/2016;
- ✓ **L'assegno di cura si sostanzia in un trasferimento monetario dell'importo mensile di € 500,00** ed è finalizzato all'assunzione di uno o più assistenti personali per l'assistenza a domicilio. Il caregiver familiare di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate nel PAI deve essere espressamente individuato nel piano.
- ✓ **Il voucher per l'assistenza** è corrisposto a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte del caregiver familiare e/o a titolo di concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato. Rientrano tra i beneficiari degli interventi anche le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni e da SMA. Il voucher si sostanzia in un pacchetto di buoni per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare finalizzati a garantire attività di natura socio-assistenziale che consentono alla persona anziana non autosufficiente o disabile gravissimo, di acquistare in autonomia servizi di cura e di assistenza domiciliare sociale presso soggetti accreditati con gli Ambiti Territoriali Sociali.

Non possono accedere a tali prestazioni:

- coloro che usufruiscono di servizi residenziali socio-assistenziali o sanitari;
- le persone anziane non autosufficienti o con disabilità gravissima con ISEE sociosanitario superiore a € 50.000,00;
- i minori con disabilità gravissima con ISEE sociosanitario superiore a € 65.000,00;

Si considera sospeso il beneficio per coloro che si trovano in una condizione di ricovero in una struttura sanitaria o sociosanitaria per un periodo superiore a 30 giorni.

Si considera decaduto il beneficio nei seguenti casi:

- decesso del beneficiario
- venir meno delle condizioni di accesso all'intervento
- venir meno delle condizioni previste nel PAI

**L'assegno di cura e il voucher sono complementari ad altri servizi socio-assistenziali erogati dagli ATS ma non sono cumulabili con altre forme di sostegno economico erogate dagli ATS né altri contributi economici erogati con le medesime finalità di sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità gravissima (ad esempio trasferimenti economici per i progetti rientranti nel Dopo di Noi e Vita Indipendente).**

Entrambi i suddetti strumenti sono subordinati all'effettiva presa in carico da parte dei servizi sociali solo in caso di esito positivo da parte dell'UVM e sostituiscono le prestazioni di assistenza domiciliare sociale (SAD). Gli interventi a regime hanno durata massima di 12 mesi.

In caso di scorrimento della graduatoria il diritto all'erogazione in favore del beneficiario subentrante sarà limitato alla durata residua dell'avviso.

Il diritto del beneficiario all'intervento sarà riconosciuto come segue:

- a) per l'annualità 2022, per la quale la data di pubblicazione dell'Avviso è prevista al 15.01.2024, il diritto alla prestazione decorre dalla data di presentazione della domanda con scadenza a 31.12.2024;
- b) per l'annualità 2023, per la quale la data di pubblicazione dell'Avviso è prevista per il 30.09.2024, il diritto alla prestazione decorre dalla data del 01.01.2025.
- c) per l'annualità 2024, per la quale la data di pubblicazione dell'Avviso è prevista per il 30.09.2025, il diritto alla prestazione decorre dalla data del 01.01.2026.

L'erogazione dei contributi economici (sia l'assegno di cura che il voucher) avverrà sulla base della posizione in graduatoria ed a concorrenza delle risorse disponibili e la liquidazione dei contributi a favore dei beneficiari avverrà a cadenza quadrimestrale, accertata la permanenza dei requisiti (esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio) da parte degli dell'ATS.

L'erogazione del contributo economico potrà avvenire esclusivamente tramite accredito con bonifico sul conto corrente bancario o postale (non sono validi i libretti postali) i cui estremi verranno richiesti dall'assistente sociale al momento della sottoscrizione del PAI.

## **2. Assistenza domiciliare e interventi complementari per persone in condizione di disabilità gravissima: ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie e semiresidenziali.**

Tali interventi sono finalizzati a sostenere e potenziare la domiciliarità delle persone con disabilità gravissima, prevedere all'interno del PAI anche le seguenti tipologie di prestazioni:

- a) L'assistenza domiciliare diretta, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, e di potenziamento delle ore rispetto a quelle già previste nei LEA ovvero un numero di ore comprese tra 6 e 12 ore/settimana;
- b) Ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, per periodi concordati con la persona e/o la famiglia e nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare; sono compatibili spese a copertura della sola quota sociale.

Il ricovero di sollievo prevede l'onere a carico della Regione, limitatamente alla quota sociale, fino ad un massimo di € 38,00/giorno per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni.

## **3. Assistenza domiciliare e interventi complementari per le persone in condizione di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato di cui alla lett. B) del punto 2 del presente piano Operativo.**

Nell'ambito delle azioni finalizzate all'implementazione coordinata delle prestazioni sono previsti:

- erogazioni di servizi in forma indiretta tramite l'utilizzo di titoli di acquisto (voucher) mediante gli strumenti dell'accREDITamento istituzionale € 300,00/mese
- erogazione monetaria € 300,00/mese

Le suddette azioni sono frutto di valutazione multidimensionale e inserita nel PAI.

Particolare attenzione va riservata ai minori con disabilità grave, in favore dei quali si potranno sostenere progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psico/fisico.

#### **4. Azioni di supporto**

##### **➤ Personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA**

1. Ai sensi dell'articolo 1, comma 163 della legge n. 234 del 2021, ai fini del rafforzamento dei PUA, nell'ambito delle risorse disponibili, le risorse finanziarie assegnate alle Regione Molise, come indicato nella tabella 3 del DPCM del 3 ottobre 2022 sono così suddivise come segue:

- € 120.000,00 per l'annualità 2022
- € 600.000,00 per l'annualità 2023
- € 600.000,00 per l'annualità 2024

Le risorse saranno trasferite direttamente dal MLPS agli Ambiti Territoriali Sociali che saranno successivamente individuati con specifico atto

I dati relativi al personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA vanno raccolti, a cura degli Ambiti territoriali sociali, nell'allegato F del DM 3 ottobre 2022, ai fini dell'inserimento nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali.

##### **➤ Attività di formazione**

Al fine di qualificare il lavoro di cura, con intese stipulate dalle associazioni sottoscrittrici dei contratti collettivi nazionali di cui al comma 164 possono essere previsti percorsi di formazione, anche mediante gli enti bilaterali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276.

È prevista l'attività di formazione a carico degli ATS a partire dalla seconda annualità del Programma con l'obiettivo di potenziare le competenze di cura dei caregiver delle persone non autosufficienti.

Le risorse destinate alle attività formative sono le seguenti:

- € 100.000,00 per l'annualità 2023
- € 100.000,00 per l'annualità 2024

## 5. Modalità di presentazione delle domande

Al fine di garantire uniformità di trattamento per l'utenza, gli Ambiti Territoriali Sociali provvedono, alla realizzazione degli interventi di cui al presente Piano, previa pubblicazione di specifici Avvisi pubblici da emanare entro il 15.01.2024 per il fondo dell'annualità 2022 ed entro il 30 settembre di ciascun anno per le annualità successive (2023 e 2024). Gli avvisi saranno resi disponibili sul sito dell'ATS, del Comune Capofila, dei Comuni afferenti l'ATS, presso gli Uffici di Cittadinanza e gli Sportelli PUA.

L'istanza di ammissione deve essere corredata dei seguenti documenti:

1. Copia di un documento di identità del/della potenziale beneficiario/a in corso di validità e dell'eventuale legale rappresentante;
2. Copia del documento di identità del/della caregiver in corso di validità, autodichiarazione all'assunzione dell'impegno quale caregiver a favore del richiedente e autocertificazione, resa ai sensi del DPR 445/2000, tesa ad attestare il domicilio del caregiver compatibile con gli impegni di assistenza al richiedente;
3. Verbale della Commissione per l'accertamento di invalidità e/o sentenza del Tribunale dai quali si evince di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
4. Per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h) del DM 26 settembre 2016 va allegata la Scala di valutazione (coerente con la situazione di salute del paziente) **debitamente firmata e datata con l'apposizione del timbro del medico certificatore** (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso). Dette scale, i cui modelli sono allegati all'Avviso, devono essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);
5. Per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i) occorre la certificazione attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;
6. ISEE socio-sanitario (Il valore ISEE da utilizzare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria - art. 6 del DPCM 159/2013) del/della potenziale beneficiario/a in quanto l'ammissibilità è condizionata ad un valore ISEE inferiore ad euro 50.000,00 accresciuta ad euro 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni.
7. Scheda denominata "Fragilità del nucleo familiare" **allegato sub 2)** opportunamente compilata.

La domanda potrà essere inoltrata:

- a mezzo pec all'indirizzo del ATS
- a mezzo raccomandata A/R all'ATS (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento);
- consegnata a mano.

È possibile, pena l'esclusione, inoltrare richiesta per un solo intervento previsto dal Programma.

## 6. Procedure di valutazione

### 1. Verifica dei requisiti di ricevibilità ed ammissibilità delle istanze

Ogni ATS entro 15 giorni della scadenza dei termini per la presentazione delle istanze sottopone le stesse a verifica dei requisiti di ricevibilità e ammissibilità. Gli ATS provvederanno a trattare le domande che hanno vizi formali devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche, scale di valutazione, punteggi, ISEE etc.)

### 2. Valutazione

L'ATS, sulla base di quanto disciplinato con DGR n. 447/2017 le "Linee Guida per l'accesso alla rete integrata di servizi socio sanitari e socio-assistenziali: gli strumenti operativi PUA, UVM e PAI", in concerto con l'ASReM e con il Distretto Sanitario competente per territorio, garantisce:

- A. L'accesso unitario: rappresentato dai Punti Unitari di Accesso - PUA;
- B. L'accesso unitario: rappresentato dai Punti Unitari di Accesso - PUA;

La prima valutazione: l'ATS o la Commissione, ove costituita, prende atto delle domande pervenute, delle domande irricevibili e inammissibili e procede all'istruttoria delle istanze in ordine alla conformità della domanda e della verifica dei requisiti anagrafici, di residenza e specifici di disabilità e procede eventualmente con le regole del ricorso istruttorio. L'ATS o la Commissione redige le graduatorie dei soggetti beneficiari in base alle risultanze dell'UVM e l'ATS provvede alla sua pubblicazione.

L'ATS può avvalersi di una **Commissione di riferimento** nominata con atto formale, per la *realizzazione* del presente Programma senza oneri a carico del presente Programma. La Commissione è così composta:

- ✓ dal Coordinatore dell'ATS;
- ✓ dall'Assistente Sociale dell'ATS;
- ✓ dal Direttore del Distretto Sanitario di riferimento;
- ✓ dal medico dell'UVM distrettuale.

I verbali dell'ATS e della Commissioni devono essere trasmessi alla Regione Molise.

- C. La valutazione multidimensionale: l'UVM procede alla valutazione dei potenziali beneficiari sulla base della documentazione prodotta dal richiedente e trasmessa dall'ATS. Per i richiedenti in carico al distretto, è ammessa la presentazione della documentazione sanitaria con data non antecedente a sei mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso, per i/le restanti richiedenti, l'UVM procederà ad effettuare gli accessi domiciliari.

L'UVM, utilizzando gli strumenti di indagine in uso presso i distretti sanitari o i servizi specialistici interessati provvederà alla verifica delle condizioni di gravità e del grado di severità della compromissione dell'autonomia necessarie per garantire l'ammissione al programma ed eventuali priorità d'accesso. La valutazione è effettuata dall'UVM utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali (SVAMA e SVAMA semplificata e SVAMDi) e, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci. **L'ammissione al Programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un punteggio compreso tra 11 e 18 sulle Schede SVAMA/SVAMA Semplificata/SVAMDI. A parità di punteggio delle schede di valutazione utilizzate, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente i pazienti anziani non**

**autosufficienti con valore ISEE inferiore e le persone con disabilità gravissime e gravi in base al punteggio di funzionamento della persona calcolato con la SVAMDI.** In caso di ulteriore parità verrà ammesso il paziente il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante compilazione della scheda di rilevazione fragilità allegata al presente Disciplinare **allegato sub 2**).

- D. Piano Assistenziale Individualizzato: ogni ATS procede alla redazione del PAI e alla pubblicazione di due graduatorie degli ammessi a beneficio: persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità gravissima e grave.
- E. Monitoraggio e Valutazione Piano Assistenziale Programmato (PAP): mira a monitorare l'andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI mediante le seguenti attività:
- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato
  - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

**Tutte le procedure per la valutazione delle istanze e l'attivazione dell'UVM sono sancite nell'Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità a cui si rimanda.**

Il Procedimento in sintesi:

- Pubblicazione dell'Avviso Pubblico;
- Verifica dei requisiti di ricevibilità ed ammissibilità delle domande, per quelle con i vizi di forma si procede con le regole del ricorso istruttorio;
- Presa d'atto delle domande pervenute, delle irricevibili e delle inammissibili;
- Valutazione UVM delle domande ammissibili;
- Compilazione di SVAMA e SVAMDi;
- Compilazione modello delle fragilità;
- Redazione del PAI esclusivamente per i richiedenti ammissibili al beneficio effettuato in collaborazione sinergica con le diverse professionalità mediche, specialistiche e sociali;
- Pubblicazione di due graduatorie da parte di ciascun ATS.

**7. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164 della L. n.234/2021.**

Le risorse che concorrono al raggiungimento del LEPS di erogazione di cui all'articolo 1, comma 162, lett. a) della legge n. 234/2021, per l'anno 2022 verranno implementate del 10% per l'anno 2023 e del 20% per l'anno 2024. Inoltre, gli ATS dovranno armonizzare tali risorse in coerenza con la programmazione del PNRR e in coordinamento con la quota servizi evidenziata in relazione agli interventi declinati all'articolo 1, comma 162 lett. b) della legge n. 234/2021.

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione				ANNO 2022						
				Persone non autosufficienti			Obiettivi di servizio	Persone con disabilità		
				Totale riparto per ATS	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)	AGNONE	25.685,00 €	18.680 €			4.670,00 €	2.335,00 €	
			RICCIA BOIANO	74.415,00 €	54.120,00 €			13.530,00 €	6.765,00 €	
			CAMPOBASSO	150.205,00 €	109.240,00 €			27.310,00 €	13.655,00 €	
			ISERNIA	80.135,00 €	58.280,00 €			14.570,00 €	7.285,00 €	
			LARINO	51.150,00 €	37.200,00 €			9.300,00 €	4.650,00 €	
			TERMOLI	119.405,00 €	86.840,00 €			21.710,00 €	10.855,00 €	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)	VENAFRO	49.005,00 €	35.640,00 €			8.910,00 €	4.455,00 €	
			AGNONE	27.553,00 €	2.335,00 €			1.868,00 €	23.350,00 €	
			RICCIA BOIANO	79.827,00 €	6.765,00 €			5.412,00 €	67.650,00 €	
			CAMPOBASSO	161.129,00 €	13.655,00 €			10.924,00 €	136.550,00 €	
			ISERNIA	85.963,00 €	7.285,00 €			5.828,00 €	72.850,00 €	
			LARINO	54.870,00 €	4.650,00 €			3.720,00 €	46.500,00 €	
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	TERMOLI	128.089,00 €	10.855,00 €			8.684,00 €	108.550,00 €	
			VENAFRO	52.569,00 €	4.455,00 €			3.564,00 €	44.550,00 €	
			AGNONE	3.642,60 €	1.354,30 €	467,00 €		1.354,30 €	467,00 €	
			RICCIA BOIANO	10.553,40 €	3.923,70 €	1.353,00 €		3.923,70 €	1.353,00 €	
			CAMPOBASSO	21.301,80 €	7.919,90 €	2.731,00 €		7.919,90 €	2.731,00 €	
			ISERNIA	11.364,60 €	4.225,30 €	1.457,00 €		4.225,30 €	1.457,00 €	
	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	LARINO	7.254,00 €	2.697,00 €	930,00 €		2.697,00 €	930,00 €	
			TERMOLI	16.933,80 €	6.295,90 €	2.171,00 €		6.295,90 €	2.171,00 €	
			VENAFRO	6.949,80 €	2.583,90 €	891,00 €		2.583,90 €	891,00 €	
			AGNONE	182.130,00 €	98.070,00 €			74.720,00 €	9.340,00 €	
			RICCIA BOIANO	527.670,00 €	284.130,00 €			216.480,00 €	27.060,00 €	
			CAMPOBASSO	1.065.090,00 €	573.510,00 €			436.960,00 €	54.620,00 €	
	Totale				5.118.000,00 €	2.579.000 €	10.000,00 €		1.769.000,00 €	760.000,00 €
	Formazione				- €	- €				
	Totale generale				5.118.000,00 €	2.579.000,00 €	10.000,00 €	- €	1.769.000,00 €	760.000,00 €

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione				Anno 2023					
				Persone non autosufficienti			Obiettivi di servizio	Persone con disabilità	
				Totale riparto per ATS	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)	AGNONE	28.253,50 €	20.548,00 €			5.137,00 €	2.568,50 €
			RICCIA BOIANO	81.856,50 €	59.532,00 €			14.883,00 €	7.441,50 €
			CAMPOBASSO	165.225,50 €	120.164,00 €			30.041,00 €	15.020,50 €
			ISERNIA	88.148,50 €	64.108,00 €			16.027,00 €	8.013,50 €
			LARINO	56.265,00 €	40.920,00 €			10.230,00 €	5.115,00 €
			TERMOLI	131.345,50 €	95.524,00 €			23.881,00 €	11.940,50 €
			VENAFRO	53.905,50 €	39.204,00 €			9.801,00 €	4.900,50 €
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)	AGNONE	30.308,30 €	2.568,50 €			2.054,80 €	25.685,00 €
			RICCIA BOIANO	87.809,70 €	7.441,50 €			5.953,20 €	74.415,00 €
			CAMPOBASSO	177.241,90 €	15.020,50 €			12.016,40 €	150.205,00 €
			ISERNIA	94.559,30 €	8.013,50 €			6.410,80 €	80.135,00 €
			LARINO	60.357,00 €	5.115,00 €			4.092,00 €	51.150,00 €
			TERMOLI	140.897,90 €	11.940,50 €			9.552,40 €	119.405,00 €
			VENAFRO	57.825,90 €	4.900,50 €			3.920,40 €	49.005,00 €
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	AGNONE	4.006,86 €	1.489,73 €	513,70 €		1.489,73 €	513,70 €
			RICCIA BOIANO	11.608,74 €	4.316,07 €	1.488,30 €		4.316,07 €	1.488,30 €
			CAMPOBASSO	23.431,98 €	8.711,89 €	3.004,10 €		8.711,89 €	3.004,10 €
			ISERNIA	12.501,06 €	4.647,83 €	1.602,70 €		4.647,83 €	1.602,70 €
			LARINO	7.979,40 €	2.966,70 €	1.023,00 €		2.966,70 €	1.023,00 €
			TERMOLI	18.627,18 €	6.925,49 €	2.388,10 €		6.925,49 €	2.388,10 €
			VENAFRO	7.644,78 €	2.842,29 €	980,10 €		2.842,29 €	980,10 €
	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	AGNONE	175.788,14 €	97.369,50 €			70.050,00 €	8.368,64 €
			RICCIA BOIANO	509.296,26 €	282.100,50 €			202.950,00 €	24.245,76 €
			CAMPOBASSO	1.028.003,02 €	569.413,50 €			409.650,00 €	48.939,52 €
			ISERNIA	548.443,94 €	303.784,50 €			218.550,00 €	26.109,44 €
			LARINO	350.070,60 €	193.905,00 €			139.500,00 €	16.665,60 €
			TERMOLI	817.207,82 €	452.653,50 €			325.650,00 €	38.904,32 €
			VENAFRO	335.390,22 €	185.773,50 €			133.650,00 €	15.966,72 €
Totale				5.104.000,00 €	2.611.900,00 €	11.000,00 €	- €	1.685.900,00 €	795.200,00 €
Formazione				100.000,00 €	100.000,00 €				
Totale generale				5.204.000,00 €	2.711.900,00 €	11.000,00 €	- €	1.685.900,00 €	795.200,00 €

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione				Anno 2024						
				Persone non autosufficienti			Obiettivi di servizio	Persone con disabilità		
				Basso Bisogno Assistenziale	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)	AGNONE	30.822,00 €	22.416,00 €			5.604,00 €	2.802,00 €	
			RICCIA BOIANO	89.298,00 €	64.944,00 €			16.236,00 €	8.118,00 €	
			CAMPOBASSO	180.246,00 €	131.088,00 €			32.772,00 €	16.386,00 €	
			ISERNIA	96.162,00 €	69.936,00 €			17.484,00 €	8.742,00 €	
			LARINO	61.380,00 €	44.640,00 €			11.160,00 €	5.580,00 €	
			TERMOLI	143.286,00 €	104.208,00 €			26.052,00 €	13.026,00 €	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)	VENAFRO	58.806,00 €	42.768,00 €			10.692,00 €	5.346,00 €	
			AGNONE	33.063,60 €	2.802,00 €			2.241,60 €	28.020,00 €	
			RICCIA BOIANO	95.792,40 €	8.118,00 €			6.494,40 €	81.180,00 €	
			CAMPOBASSO	193.354,80 €	16.386,00 €			13.108,80 €	163.860,00 €	
			ISERNIA	103.155,60 €	8.742,00 €			6.993,60 €	87.420,00 €	
			LARINO	65.844,00 €	5.580,00 €			4.464,00 €	55.800,00 €	
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	TERMOLI	153.706,80 €	13.026,00 €			10.420,80 €	130.260,00 €	
			VENAFRO	63.082,80 €	5.346,00 €			4.276,80 €	53.460,00 €	
			AGNONE	4.371,12 €	1.625,16 €	560,40 €		1.625,16 €	560,40 €	
			RICCIA BOIANO	12.664,08 €	4.708,44 €	1.623,60 €		4.708,44 €	1.623,60 €	
			CAMPOBASSO	25.562,16 €	9.503,88 €	3.277,20 €		9.503,88 €	3.277,20 €	
			ISERNIA	13.637,52 €	5.070,36 €	1.748,40 €		5.070,36 €	1.748,40 €	
	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	LARINO	8.704,80 €	3.236,40 €	1.116,00 €		3.236,40 €	1.116,00 €	
			TERMOLI	20.320,56 €	7.555,08 €	2.605,20 €		7.555,08 €	2.605,20 €	
			VENAFRO	8.339,76 €	3.100,68 €	1.069,20 €		3.100,68 €	1.069,20 €	
			AGNONE	184.763,88 €	102.740,00 €			72.385,00 €	9.638,88 €	
			RICCIA BOIANO	535.300,92 €	297.660,00 €			209.715,00 €	27.925,92 €	
			CAMPOBASSO	1.080.492,84 €	600.820,00 €			423.305,00 €	56.367,84 €	
				Totale	5.418.000,00 €	2.774.800,00 €	12.000,00 €	- €	1.752.800,00 €	878.400,00 €
	Formazione				100.000,00 €	100.000,00 €				
				Totale generale	5.518.000,00 €	2.874.800,00 €	12.000,00 €	- €	1.752.800,00 €	878.400,00 €

## 8. I monitoraggio finanziario degli interventi

Ai fini del monitoraggio dei flussi finanziari si fa riferimento al SIOSS - Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, istituito dal Decreto ministeriale 103 del 22 agosto 2019, ai sensi dell'articolo 24 del Decreto Legislativo n. 147 del 2017, parte del SIUSS, il Sistema Unitario dei Servizi sociali.

A norma del comma 7 del citato articolo 24, il S.I.O.S.S. deve garantire una compiuta conoscenza della tipologia, dell'organizzazione e delle caratteristiche dei servizi attivati, inclusi i servizi per l'accesso e la presa in carico, i servizi per favorire la permanenza a domicilio, i servizi territoriali comunitari e i servizi territoriali residenziali per le fragilità, anche nella forma di accreditamento e autorizzazione, nonché delle caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato.

Il modulo di monitoraggio e rendicontazione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze è denominato "FNA", che richiede l'inserimento dei dati e delle informazioni relative agli interventi e alle risorse a valere su Fondo citato secondo le indicazioni ministeriali. Nello specifico:

- Le Regioni inseriscono i dati e le informazioni che riguardano l'anagrafe degli Ambiti territoriali e quelli relative al monitoraggio sull'utilizzo dei Fondi nazionali per il finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi (sulla base delle rendicontazioni inserite dagli Ambiti territoriali);
- Tutte le altre componenti del S.I.O.S.S. quali modalità di esercizio della funzione socioassistenziale, il Sistema degli interventi e servizi sociali, i moduli di approfondimento e la Banca dati delle professioni e degli operatori sociali, sono implementate dagli Ambiti Territoriali, che ricevono i dati e le informazioni da parte di ogni Comune dell'Ambito territoriale.

Le rilevazioni ai fini di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio devono avvenire entro il 31 dicembre di ciascun anno e i dati devono essere resi disponibili in piattaforma SIOSS entro il 31 maggio dell'anno successivo.

## 9. Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione dei "Progetti di vita indipendente"

L'attuale Piano definisce n. 3 ATS finanziabili per i Progetti di Vita Indipendente (limite ministeriale di cui al DPCM 3/10/2022) fissando il co-finanziamento regionale annuo pari al 20% dell'intero progetto selezionati mediante manifestazione d'interesse.

Le risorse sono armonizzate e integrate con quelle previste dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità che prevedono progetti coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il Dopo di Noi e al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.

Risorse	%	2022	2023	2024
FNA	80	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 80.000,00
Cofinanziamento regionale	20	€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Importo complessivo del progetto	100	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00

Gli interventi saranno programmati dalla Regione Molise su base triennale a seguito di pubblicazione manifestazione d'interesse rivolta agli Ambiti Territoriali attuatori.

Le modalità attuative dei progetti di cui al presente intervento trovano conferma nelle Linee di indirizzo per progetti di "Vita indipendente" di cui all'Allegato F del Piano Nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 che si intendono parte integrante del presente piano.

---

---

## 10. Cronoprogramma delle attività

diagramma di GANTT - ATTUAZIONE PNNA 2022-2024		1ª annualità - 2022				2ª annualità - 2023				3ª annualità - 2024				4ª annualità - 2025				5ª annualità - 2026				6ª annualità - 2027					
definizione fasi e relative attività	livello di responsabilità	2023				attuazione esercizio 2024				2024				attuazione esercizio 2025				2025				esercizio 2026				attuazione esercizio 2027	
		1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim	1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim	1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim	1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim	1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim	1ª trim	2ª trim	3ª trim	4ª trim		
<b>fase 1 - pre-implementazione per la realizzazione dei LEPS erogazione e processo</b>																											
1. costituzione gruppo tecnico di lavoro per attuazione PNNA 2022-2024	servizio progr.regione																										
2. adozione del programma regionale FNA 2022-2024	giunta regionale																										
3. approvazione schema Accordo interistituzionale Regione - ATS - ASREM	servizio progr.regione																										
4. recepimento e sottoscrizione Accordo interistituzionale	ats/asrem																										
5. bozza del piano operativo regionale per l'attuazione del progr.reg.FNA 22-24	gruppo tecnico di lavoro																										
6. adozione del piano operativo regionale per l'attuazione del progr.reg.FNA 22-24	giunta regionale																										
7. individuazione ATS per attività di capacitazione (azioni di supporto)	servizio progr.regione																										
8. programmazione/promozione attività di formazione (azioni di supporto)	servizio progr.regione																										
9. individuazione ATS per realizzazione Progetti di Vita Indipendente	servizio progr.regione																										
<b>fase 2 - implementazione</b>																											
1. indizione avviso pubblico per individuazione beneficiari	ats																										
2. istruttoria domande e pubblicazione risultanze	ats																										
3. realizzazione percorso assistenziale integrato (LEPS di processo)	ats/asrem																										
3.1 accesso	PUA/segret.soc.																										
3.2 prima valutazione	PUA/segret.soc.																										
3.3 valutazione complessa	UVM																										
3.4 PAI	UVM																										
3.5 monitoraggio	UVM																										
4. erogazione servizi/interventi previsti nel PAI (LEPS di erogazione)	ats/asrem																										
5. realizzazione capacitazione ATS (azioni di supporto)	ats																										
6. realizzazione Progetti Vita Indipendente	ats																										
<b>fase 3 - monitoraggio e rendicontazione</b>																											
1. rendicontazione utilizzo risorse erogate per ogni annualità - allegato D PNNA	ats																										
1.2 rendicontazione utilizzo risorse erogate per ogni annualità - allegato D PNNA	servizio progr.regione																										
2. monitoraggio fisico beneficiari al 31 dic di ogni anno - allegato E PNNA	ats																										
2.1 monitoraggio fisico beneficiari al 31 dic di ogni anno - allegato E PNNA	servizio progr.regione																										
3. rendicontazione risorse dedicate all'azione di capacitazione ATS - allegato F PNNA	ats																										
3.1 rendicontazione risorse dedicate all'azione di capacitazione ATS - allegato F PNNA	servizio progr.regione																										