

PIANO ATTUATIVO DI REGIONE LOMBARDIA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

2022-2024

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

1.1 Il quadro di contesto

I principali riferimenti normativi regionali sono i seguenti:

- ❖ la l.r. 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" e in particolare l'art. 18, commi 1, 2 e 6 il quale stabilisce che il piano di zona, strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale, abbia come ambito di riferimento, di norma, il distretto sociosanitario delle ASL.
In Regione Lombardia gli Ambiti territoriali, costituiti per la realizzazione della programmazione sociale a livello locale, garantiscono il raccordo con gli attuali distretti previsti dalla l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo e sono attualmente n. 91, anche se con la DGR 28 dicembre 2017, n. 7631 "Approvazione del documento Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" è stato avviato il percorso di aggregazione come prospettato, da realizzare nel triennio di programmazione, proprio per creare integrazione tra Ambiti territoriali e Distretti normati dall'art. 7 bis, l.r. n. 23/2015.
- ❖ La l.r. n. 2/2012, in particolare:
 - l'art. 2, comma 1, lettere g) e h) che valorizza e sostiene il ruolo della famiglia anche per la cura della persona e promuove interventi volti a favorire la permanenza di persone fragili nel proprio contesto abituale di vita;
 - l'art. 10, comma 1, che individua nei titoli sociali e sociosanitari gli strumenti volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone fragili e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari nell'assistenza continuativa;
- ❖ la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" così come modificata dalle leggi regionali n. 23 dell'11 agosto 2015, n. 41 del 22 dicembre 2015, n. 15 del 29 giugno 2016, n. 22 dell'8 agosto 2016, n. 6 del 3 marzo 2017, n. 14 del 12 dicembre 2017 e n. 22 del 14 dicembre 2021.
- ❖ la l.r. 30 novembre 2022, n. 23 "Caregiver familiare";
- ❖ la l.r. 6 dicembre 2022, n. 25 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità"
- ❖ Con decreto del Direttore Generale N. 7397 del 26/05/2022 è stato istituito il Tavolo Tecnico per l'inclusione delle persone con disabilità al quale compete la definizione in modo condiviso del sistema delle regole di cui ai diversi Fondi destinate alle persone con disabilità e non autosufficienza, in un'ottica di graduale e maggiore efficacia dei servizi e interventi a favore della disabilità anche attraverso gli strumenti della co-progettazione e della co-programmazione di cui all'art. 55 del Codice Terzo Settore.
I componenti sono rappresentanze delle associazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità (Ledha, FAND Lombardia, ANFFAS, Forum Terzo Settore), ANCI Lombardia, Ambiti Territoriali e Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

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

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

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi in Lombardia a favore delle persone con disabilità, anziane non autosufficienti e delle loro famiglie è molto ricco ed articolato, fortemente orientato a supportare l'azione quotidiana di assistenza di queste persone al fine di mantenerle il più possibile nei propri luoghi e ambienti di vita.

Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie ha consentito di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e no, presenti sul territorio. Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l'appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Tali direttrici trovano il loro fondamento da un lato sulla rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi e dall'altro nell'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema.

L'insieme di quest'ultime misure è fortemente orientato a perseguire l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita e della sua inclusione sociale, realizzando percorsi capaci di articolare risposte di sostegno alla domiciliarità nelle sue diverse formule.

Con l'attuazione della l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo - che ha individuato il nuovo assetto istituzionale organizzativo con l'istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e con le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) - le ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla legge regionale, esercitano la propria funzione di governance anche garantendo la razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico della persona fragile (vari punti di accesso territoriali).

La pandemia ha evidenziato la necessità di potenziare le strutture di prossimità aumentandone la capillarità e di applicare un nuovo modello organizzativo che sia orientato verso una fattiva collaborazione ed integrazione tra sistema sociale e sistema sanitario.

Al fine di consolidare e rendere sempre più incisiva l'integrazione socio-sanitaria è necessario partire da una più efficiente ed efficace organizzazione che tenga conto delle specificità dei sistemi sia del loro "mandato istituzionale" sia di ciascuna professionalità coinvolta.

È necessario un modello capace di "collegare" e creare network tra i servizi territoriali, per rafforzare la collaborazione ed integrare le programmazioni, gli interventi, le competenze/autonomie professionali presenti nei servizi sociosanitari e sociali. La possibilità di poter contare su competenze professionali in grado di concorrere alla corretta valutazione e allo sviluppo dei progetti personalizzati di intervento anche in un'ottica di prevenzione e di contrasto ai fenomeni di disagio e fragilità.

Sono vari gli ambiti nei quali l'integrazione sociosanitaria deve continuare e rafforzarsi e tra questi ricordiamo:

- presa in carico per garantire la piena esigibilità dei LEA e dei LEPS;
- percorso assistenziale integrato costituito dalle fasi:
 - accesso,
 - prima valutazione,
 - valutazione multidimensionale,
 - elaborazione del progetto di vita individualizzato personalizzato e partecipato,
 - monitoraggio degli esiti,
- Punti Unici di Accesso (PUA);
- assistenza territoriale e rete della domiciliarità.

Tutto ciò richiede una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale per garantire un approccio integrato capace di offrire le opportune risposte al cittadino senza che esso venga rinviato a competenze di altri enti e livelli istituzionali.

Regione Lombardia in attuazione:

- del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la componente C1 - a titolarità del Ministero della Salute - "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" della "Missione 6 salute (M6)" che contiene tutti gli interventi tra cui:
 - Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
- dei decreti ministeriali che assegnano le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi del PNRR, individuano traguardi, obiettivi e scadenza, e definiscono modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale – DM del 23 maggio 2022, n. 77;

ha assunto i necessari provvedimenti (DGR n. XI/5723 del 15.12.2021, DGR n. XI/6080 del 7 marzo 2022, DGR n. XI/6426 del 23.05.2022, DGR n. XI/6607 del 30.06.2022) per la realizzazione di:

- n. 216 Case di Comunità;
- n. 104 Centrali Operative Territoriali;
- n. 71 Ospedali di Comunità;

e i successivi atti deliberativi per l'individuazione dei requisiti organizzativi autorizzativi e di accreditamento delle succitate strutture.

Con la DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022 recante "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione 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" viene dato **avvio alla sistematizzazione del nuovo modello delle reti di prossimità e dell'assistenza territoriale, individuando i "luoghi", le "persone" e le modalità per un'efficace integrazione socio-sanitaria.**

Al fine di rendere più capillare e più diffuso il punto di riferimento del sistema sociosanitario sul territorio, con la LR n. 33/2009 così come modificata dalla LR n. 22/2021, i distretti da n. 27 sono passati a n. 86:

ATS	ASST	Distretti	Ambiti
BRIANZA	3	8	8
MILANO	9	25	16
MONTAGNA	2	5	7
VAL PADANA	3	6	9
INSUBRIA	3	17	20
BERGAMO	3	9	14
BRESCIA	3	11	12
PAVIA	1	5	5
Totale complessivo	27	86	91

Il **distretto** è una articolazione organizzativa che afferisce alla Direzione Sociosanitaria delle ASST e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali, in stretta collaborazione con i sindaci, e garantisce l'offerta sul territorio di riferimento di tutte le attività (attività specialistica, cure primarie, consultori, assistenza domiciliare integrata, continuità assistenziale, ecc....).

Per ogni distretto si prevedono almeno 2 **Case di Comunità** almeno un Ospedale di Comunità e 1 Centrale Operativa Territoriale.

La **Casa di Comunità** (CdC) rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità e il luogo dell'integrazione dell'offerta di servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la popolazione di riferimento. La CdC dipende gerarchicamente dal distretto e costituisce una piattaforma erogativa per tutti i dipartimenti e le UO della ASST e rappresenta l'accesso multicanale ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

L'integrazione con i servizi sociali e con la comunità si esplicita nella CdC attraverso il **Punto Unico di Accesso** (PUA) e la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.).

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

- ❖ La legge regionale **n. 3/2008**, all'art. 18, commi 1, 2 e 6 stabilisce che il piano di zona, strumento di programmazione locale della rete d'offerta sociale, abbia come ambito di riferimento, di norma, il distretto sociosanitario delle ASL.
In Regione Lombardia gli Ambiti territoriali, costituiti per la realizzazione della programmazione sociale a livello locale, garantiscono il raccordo con gli attuali distretti previsti dalla l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo e smi e sono attualmente **n. 91**.
- ❖ La DGR n. XI/4563/2021 recante "Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2021-2023" individua le macroaree prioritarie su cui dovrà puntare la programmazione zonale tra cui:
 - **l'area della domiciliarità:** servizio in cui implementare/sperimentare modelli organizzativi imperniati sulla flessibilità e tempestività della risposta, ampliando la serie di supporti forniti all'utenza e allargando il servizio ad altri soggetti tradizionalmente non interessati da questo tipo di intervento. Questo settore rientra tra le priorità insieme con altri aspetti come quello della digitalizzazione e dell'utilizzo degli strumenti informatici (cartella sociale integrata), impiegati per potenziare la risposta integrata tra tutti gli operatori e gli attori coinvolti nella gestione del servizio.
La domiciliarità e i suoi modelli di intervento devono essere fortemente integrati con altre azioni, volte a supportare la non autosufficienza e la disabilità, che riguardano non solo l'individuo fragile ma anche la famiglia e gli stessi caregiver (ad esempio dal supporto psicologico, alla formazione, ecc.).
Cruciale programmare e sperimentare modelli di azione focalizzati attorno ad una maggiore integrazione tra interventi diversi e una forte personalizzazione legata alle necessità del singolo e della famiglia, costruendo così risposte effettivamente differenziate e personalizzate.
Solo una conoscenza più approfondita può garantire una maggiore appropriatezza e personalizzazione delle misure e degli interventi, pertanto, è necessario definire un sistema di monitoraggio attivo sul territorio e il rafforzamento dei modelli di valutazione multidimensionale.
 - **l'area della long term care** dedicata ad anziani fragili e non autosufficienti: è necessario coordinare la filiera dei servizi e degli interventi mettendo effettivamente a sistema gli sforzi per la valorizzazione del ruolo delle famiglie e del caregiver, delle cure informali e formali.
Vi è la necessità di potenziare e facilitare l'accesso alla rete dei servizi, attivando in modo sistemico i nodi della rete territoriale.
 - **l'area della disabilità:** rafforzare l'approccio globale, verso un percorso che si occupi della persona con disabilità in un'ottica concretamente multidimensionale, che tenga conto del contesto familiare e sociale e che, dove possibile, ne promuova l'autonomia (sociale, abitativa, ecc.) ed eviti lo scivolamento in una condizione di emarginazione ed esclusione.
La programmazione deve tenere conto della necessità di delineare interventi e servizi di una filiera integrata che accompagni la persona con disabilità (e la sua famiglia) durante tutto il ciclo di vita.

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.

I **Punti Unici di Accesso** (PUA) sono tra le azioni prioritarie della programmazione regionale delle risorse del FNPS e tra quelle della programmazione sanitaria (DGR XI/6760 del 25/07/2022, in attuazione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77).

Il **PUA:**

- si pone naturalmente quale primo luogo di ascolto del cittadino e di accoglienza sociale e sociosanitaria: è la porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali;

- rappresenta la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito e Distretto/ASST;
- è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi in una visione di comunità;
- è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale e richiede un forte raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

Presso il PUA operano Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), Assistenti Sociali ed eventuale personale amministrativo di supporto.

L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte della persona o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore.

Più in generale, la persona può essere "inviata" al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.

Dopo l'accoglienza gli operatori effettuano una prima analisi del bisogno, anche attraverso strumenti valutativi di rapida applicazione (es. scheda triage); l'esito è l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso.

In caso di bisogno semplice, il cittadino viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. ADI, SAD).

Nel caso di bisogno complesso, il cittadino viene inviato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che coinvolge, oltre agli operatori del PUA, alla persona e alla sua famiglia, al MMG, agli operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano anche altri attori da individuare in base ai bisogni manifestati all'accesso al PUA.

La valutazione multidimensionale (VMD) porta alla definizione di un percorso di presa in carico individuale, dove viene fatta sintesi dei bisogni emersi, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere e le tipologie di servizi sanitari, sociosanitari e sociali da attivare.

Il **PUA** ha sede operativa all'interno della **Casa di Comunità (CdC)** al fine di garantire una diffusa ed idonea informazione ai cittadini che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso, mentre la programmazione delle sedi dove si svolge la valutazione multidimensionale viene demandata alle singole ASST per garantire una adeguata capillarità dell'offerta.

Sul territorio lombardo sono presenti PUA anche al di fuori delle CdC con modalità organizzative, anche innovative e tecnologiche, che permettono alla "porta d'accesso" di raggiungere il maggior numero di cittadini.

La **CdC** promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di sostegni di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio.

La CdC è il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

La situazione ad oggi in Regione Lombardia è la seguente:

ATS	CdC	P.U.A.
BERGAMO	6	6
BRESCIA	3	14
BRIANZA	7	6
INSUBRIA	6	12
MILANO	21	20
MONTAGNA	13	6
PAVIA	4	4
VALPADANA	9	9

Il percorso per l'attuazione della riforma è in via di progressiva realizzazione e si affianca a quello di sviluppo della piena realizzazione dei LEPS di processo (di cui al DPCM del 3 ottobre 2022 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024") già in atto nelle precedenti programmazioni.

Gli uffici competenti della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità procederanno – durante l'intero triennio - ad un costante monitoraggio territoriale finalizzato alla implementazione del personale con professionalità sociale da destinare al rafforzamento dei PUA per la piena attuazione di quanto disposto dal PNNA 2022-2024.

Strumenti informativi al servizio della presa in carico globale: la nuova piattaforma per la casa della comunità.

La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione dei nuovi modelli di gestione dei servizi sociosanitari, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali e l'integrazione di quest'ultimi con i servizi ospedalieri.

Regione Lombardia ha avviato la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per il funzionamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e per favorire l'assistenza domiciliare, anche grazie alla ampia diffusione di servizi di telemedicina.

L'Ecosistema Digitale Regionale rappresenta l'infrastruttura tecnologia attraverso la quale si intende supportare la concreta applicazione della riforma del sistema socio-sanitario regionale (SSSR,) in piena coerenza con gli indirizzi definiti dal PNRR e in totale aderenza alle indicazioni tecniche ed architetture definite a livello nazionale.

Questa piattaforma sarà il **"luogo virtuale"** dell'integrazione.

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

Le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità/non autosufficienza e delle loro famiglie devono orientare il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte», dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali ai cicli di vita.

Questo rinnovato approccio si colloca in un contesto di attenta sinergia tra le diverse azioni afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale, di competenza di diversi attori istituzionali (Stato, Regione, Comuni, ATS e ASST), mettendo in campo strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta non frammentaria e discontinua.

La **valutazione multidimensionale**, la predisposizione del **Progetto di Vita Individuale Personalizzato e partecipato** declinato nelle diverse dimensioni di vita - obiettivi/interventi/tempi/risorse – tenuto conto dei diversi cicli di vita e il **Budget di Progetto**, sono gli strumenti per promuovere percorsi integrati di presa in carico globale della persona con disabilità e del suo contesto familiare.

La presa in carico assume un ruolo indispensabile per superare le frammentazioni delle risposte e la scomposizione dei percorsi di "cura" in favore di un approccio che veda la persona nella sua globalità, nel rispetto della specifica fase della vita, in una logica di integrazione dei servizi.

Tale percorso è quindi orientato dalla **valutazione multidimensionale** che, secondo i principi di appropriatezza, di continuità assistenziale, di proattività della presa in carico e di "personalizzazione" dei progetti, ha una funzione propedeutica all'elaborazione del Progetto Individuale.

È effettuata in maniera integrata tra **équipe pluriprofessionali** delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e assistenti sociali dei Comuni sulla base di appositi protocolli operativi definiti in Cabina di regia, costituita presso l'Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente.

La valutazione multidimensionale, in linea con i principi OMS, dovrà partire dal presupposto che il benessere personale è una condizione bio-psico-sociale. Deve tener conto altresì dei presupposti del modello di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento), valutando la condizione della disabilità non solo in base alle caratteristiche dell'individuo, ma anche in relazione ai limiti, alle risorse del suo ambiente di vita e alla sfera dei desideri e delle aspettative personali in relazione al miglioramento della qualità di vita.

Nella valutazione multidimensionale si rileva:

- la condizione di disabilità, tramite l'acquisizione della certificazione specialistica e delle scale di valutazione;
- i bisogni sanitari (valutazione clinica e funzionale);
- i bisogni sociali (valutazione sociale: condizione familiare, abitativa e ambientale);
- le risorse e le aspettative della persona con disabilità e del suo ambiente di vita.

La situazione ad oggi in Regione Lombardia è la seguente::

ATS	Équipe nel PUA	Équipe fuori PUA	di cui con protocollo d'intesa
BERGAMO	6	14	14
BRESCIA	14	1	1
BRIANZA	6	1	1
INSUBRIA	13	4	4
MILANO	20	15	15
MONTAGNA	6	7	1
PAVIA	4	9	2
VALPADANA	9	5	3
RL	78	56	41

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 **Progetto Individuale** si articola nei diversi ambiti/dimensioni di vita, cui fanno riferimento i macro-bisogni e le aspettative della persona con disabilità/non autosufficienza e della sua famiglia:

- Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali;
- Istruzione/Formazione;
- Occupazione;
- Mobilità;
- Casa;
- Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità);
- Altro

Esso è la cornice entro la quale si collocano tutti gli interventi che si attivano per la persona con disabilità, con la definizione delle risorse complessivamente necessarie (**Budget di progetto**) per ricomporre gli interventi e promuovere la presa in carico integrata.

Il Progetto Individuale, parte integrante di quanto stabilito dall'art.14 della Legge 328/2000, assume la valenza di Progetto di Vita nella misura in cui riesce a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona.

Ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, il Comune predispone di intesa con ASST e con la persona interessata/famiglia il progetto individuale. Alla stesura del PI concorrono tutti i soggetti della rete dei servizi coinvolti o attivabili su specifica progettazione individuale. La rete territoriale, in un'ottica di condivisione del PI diviene insieme al Comune corresponsabile della sua attuazione.

Descrivere l'impegno della Regione nella realizzazione del LEPS di processo:

Regione Lombardia ha nel tempo orientato le programmazioni e gli interventi a favore delle persone con disabilità/non autosufficienza e delle loro famiglie, verso un percorso di presa in carico integrato costituito dalle fasi previste nel LEPS di processo individuato nel DMPC 8 ottobre 2022.

A fianco alle indicazioni programmatiche e operative che vengono fornite attraverso i provvedimenti regionali e che tendono a raggiungere tutti i servizi territoriali, Regione sostiene ed attiva interventi, con diverse modalità applicative, di accompagnamento e formazione a favore degli operatori.

Negli anni si è condiviso inoltre un "set di strumenti", spesso esito del confronto con le Aziende sanitarie e gli Ambiti, affinché il percorso di presa in carico integrato (LEPS di processo) possa essere la modalità di lavoro più capillarmente omogenea e attuata nell'operatività quotidiana dei servizi.

Questo lavoro prosegue e si amplierà con il coinvolgimento del settore sanità partendo dagli strumenti già in uso.

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

- L'articolo 3 del DM 26 settembre 2016 stabilisce che *"Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013"* e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto. Indicare i provvedimenti adottati finalizzati all'implementazione regionale della definizione nazionale.
- Come evidenziato nel PNA, *"il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficiente «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, SI.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) e l'eventuale ruolo della valutazione delle condizioni economiche.
- L'articolo 1, comma 162 della legge 234/21, individua specificamente tra i benefici dei servizi socioassistenziali 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.

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

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

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura

della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

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

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

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

L'art.1, comma 164 prevede che "li 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 di cui al punto a) sono erogati da altre misure a favore della domiciliarità complementari e ad integrazione del FNA.

Gli interventi di cui al punto b) sono tra gli strumenti previsti nella linea Misura B1 (disabilità gravissima) e Misura B2 (disabilità grave) che si traducono in contributi a favore della persona con disabilità per l'acquisto di prestazioni tutelari a supporto del lavoro di cura del caregiver e dei voucher per il sollievo domiciliare.

Infine, gli interventi di cui al punto c) rientrano in parte nella programmazione regionale di cui alla l.r. n. 15/2015 finalizzata a diminuire il carico oneroso delle spese previdenziali e a garantire alle famiglie maggiormente vulnerabili con presenza di componenti fragili, la possibilità di accedere alle prestazioni di assistenti familiari qualificati e con forme contrattuali e condizioni lavorative in linea con la normativa di settore.

Nel triennio questa tipologia di interventi sarà tema di confronto per l'implementazione di un sistema più efficace.

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.

Anche per la nuova programmazione viene confermato quale criterio di accesso alle Misure di cui al FNA il criterio dell'ISEE.

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'équipe multidisciplinare. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;

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

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

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

La programmazione regionale esercizio 2023 sarà impostata in termini di continuità con l'attuale gestione del FNA, ma con un avvio del percorso verso maggiori servizi.

La Misura viene realizzata tenendo fermi gli elevati standard di gestione, con assenza di liste di attesa, nessuna esclusione di categorie rispetto agli interventi proposti e forte integrazione nella costruzione di percorsi individuali, con l'obiettivo di raggiungere la massima appropriatezza degli interventi, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo Unico per le disabilità.

In questo contesto, assume una particolare rilevanza l'attuazione delle misure a favore delle disabilità gravi e gravissime e la non autosufficienza, con un orientamento finalizzato al sostegno del lavoro di cura del caregiver familiare e del personale di assistenza regolarmente impiegato per il mantenimento della persona nel proprio contesto di vita da lei scelto.

Gli interventi per la disabilità gravissima (Misura B1) si concretizzeranno nell'erogazione, attraverso le Agenzie di Tutela della Salute/ Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, alla famiglia o direttamente alla persona con disabilità di un Buono sociale, quale riconoscimento del lavoro di cura, inserito nel progetto individuale e nei piani di assistenza, dei familiari e/o per acquistare le prestazioni di assistenza tutelare fornite da personale di assistenza regolarmente assunto. La presa in carico della persona e le prestazioni da erogare sono definite dal Progetto individuale, predisposto a seguito di valutazione Multidimensionale integrata ASST/Comune utilizzando gli strumenti attualmente in uso.

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)

L'azione si realizzerà attraverso un processo di valutazione e di rilevata necessità di attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) alla persona che per la prima volta chiede l'accesso alla Misura ed è dedicata a questa tipologia di persone con disabilità gravissima che non risulta essere già in carico a questo servizio.

Per tutte le persone, il monitoraggio dello stato di salute realizzato dalle Aziende Sanitarie rileverà le eventuali necessità cui corrispondere incrementi dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

All'ADI si aggiungono le prestazioni di assistenza domiciliare fornite dai Comuni (SAD).

In Lombardia i ricoveri di sollievo sono a totale carico del Fondo Sanitario Regionale per le persone in Stato vegetativo e per quelle affette da malattie del motoneurone (ivi compresa la Sclerosi Laterale Amiotrofica): in questi casi l'erogazione del Buono viene sospesa.

Per le persone con disabilità gravissima affette da altre differenti patologie, in caso di ricovero di sollievo, si mantiene l'erogazione del Buono che può essere utilizzato per il pagamento della retta assistenziale.

Infine, per i minori con particolari tipologie di disabilità gravissima è eventualmente attivata la Misura regionale per pronto intervento/periodi di sollievo alle famiglie.

Gli interventi complementari all'assistenza domiciliare, compresi i ricoveri di sollievo ed altre azioni complementari al percorso domiciliare, saranno garantiti per sostenere le famiglie con soggetti fragili in condizione di non autosufficienza sulla base del Progetto individuale. Nell'ambito degli interventi che i Comuni attiveranno a favore delle persone con disabilità grave e anziane non autosufficienti, particolare attenzione sarà riservata ai minori con disabilità grave a favore dei quali i Comuni potranno sostenere progetti di natura educativa socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico.

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

Attraverso gli Ambiti/Comuni sono assicurati gli interventi a favore delle persone in condizione di grave disabilità (Misura B2) o comunque di non autosufficienza, sulla base del Progetto individuale, previa valutazione multidimensionale. Anche in questo settore, si prevede l'erogazione di Buoni sociali quale riconoscimento del lavoro di cura, inserito nel progetto individuale e nei piani di assistenza, dei familiari e/o per acquistare le prestazioni assistenziali fornite da personale di assistenza regolarmente impiegata.

Con la presente annualità, prende avvio il percorso di potenziamento dei servizi determinando il vincolo di almeno il **5%** delle risorse assegnate agli Ambiti Territoriali da destinare all'attivazione dei servizi tramite voucher.

Saranno previsti Voucher di tipo sociale:

- per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc);
- per interventi che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione di adulti e anziani con disabilità con appositi progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver.

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

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione	Persone Non Autosufficienti		Persone con disabilità	
	Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi

LEPS erogazione di	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)	===	===	Obiettivi di servizio	===	===
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)	*	*		*	*
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	===	===		===	===
	Contributi di cui al comma 164 e	L. 234/2021 Comma 164	*	*		*	*
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso		Obiettivi di servizio	===	===
			Prima Valutazione			===	===
			Valutazione complessa			===	===
			PAI			===	===
			Monitoraggio			===	===
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166	===	===	Obiettivi di servizio	===	===
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166	===	===		===	===

Totale * 125.427.000,00 (FNA) + 10.000.000,00 (risorse regionali) = 96.544.630,00 (gravissimi) e 38.882.370,00 (gravi)

Le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dall'art.1.co.168, della legge 234/21 al fine di garantire anche interventi a favore di persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima.

*per l'esercizio 2023 le risorse sono ripartite in base alla gravità di condizione e senza distinzione tra disabilità e non autosufficienza. I LEPS di erogazione di cui alle lettere b) ed e) sono garantiti senza previa assegnazione di un budget specifico.

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

Il monitoraggio periodico a cadenza trimestrale avviene tramite un Flusso informativo contenente i tracciati record previsti per la rilevazione delle informazioni analitiche dei dati riferiti agli assistiti (dalla valutazione multidimensionale all'erogazione) a cui è stato erogato un Buono Economico o un Voucher come previsto dalla programmazione regionale vigente.

Inoltre, mensilmente, viene acquisito una rendicontazione dettagliata da parte delle Agenzie di Tutela della Salute.

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
3.280.000,00 €	620.000,00€	3.900.000,00 €

Indicazione n. Ambiti aderenti 31

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

Gli Ambiti Territoriali saranno individuati tramite manifestazione di interesse delle Agenzie di tutela della salute previa richiesta della disponibilità di continuità agli Ambiti Territoriali già titolari di Progetti Pro.V.I nell'esercizio 2022