



Regione Umbria

Consiglio Regionale

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE

N. 290 DEL 3/03/2009

OGGETTO: ATTO AMMINISTRATIVO - Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009/2011.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'atto amministrativo proposto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1932 del 22 dicembre 2008, concernente: «Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009/2011», depositato presso la Presidenza del Consiglio regionale in data 30 dicembre 2008 e trasmesso per il parere alla III Commissione consiliare permanente in pari data (atto n. 1459);

Atteso che sull'atto è stata espletata una audizione con i soggetti più direttamente interessati;

Viste le integrazioni apportate dalla Commissione;

Visto il parere della III Commissione consiliare permanente e udite le relazioni della medesima illustrate oralmente per la maggioranza dal consigliere Mara Gilioni e per la minoranza dal consigliere Enrico Melasecche Germini (atto n. 1459/bis);

Visto l'art. 2, comma 1, lett. b) della legge regionale 27 marzo 2000, n. 29;

Atteso che ai sensi del combinato disposto degli articoli 5 e 7 della legge regionale 13/2000 l'atto è stato sottoposto a concertazione;

Viste le risultanze della concertazione;

Vista la legge regionale 4 giugno 2008, n. 9;

Vista la legge regionale 14 ottobre 1998, n. 34;

Vista la legge regionale 27 marzo 2000, n. 29;

Vista la legge regionale 9 luglio 2007, n. 23;

Visto lo statuto regionale;

Visto il regolamento interno del Consiglio regionale;

con 17 voti favorevoli espressi nei modi di legge dai 17 consiglieri presenti e votanti

DELIBERA

di approvare, ai sensi dell'art. 11, comma 1 della l.r. 4 giugno 2008, il «Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009/2011», allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.

Il Consigliere segretario

Eros Brega

Il Presidente

MAURO TIPPOLOTTI

Piano Regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2009-2011

INDICE:

1.	Premessa	pag. 1
a.	La legge regionale e le finalità del Fondo Regionale per la non autosufficienza	pag. 1
b.	Gli obiettivi del PRINA	pag. 1
2.	Il modello organizzativo	pag. 2
a.	Il governo dell'accesso	pag. 2
b.	La presa in carico della persona non autosufficiente	pag. 3
c.	La valutazione multiprofessionale ed il programma assistenziale personalizzato	pag. 3
d.	Il Patto per la cura e il benessere	pag. 4
e.	Il coordinamento integrato	pag. 4
3.	L'offerta dei servizi	pag. 5
a.	Diritto alla prestazione ed equità nella erogazione	pag. 5
b.	La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi	pag. 5
c.	La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare	pag. 6
d.	La rete dei servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea)	pag. 6
4.	Gli strumenti della programmazione e della governance	pag. 8
5.	Le azioni di sistema	pag. 9
a.	La comunicazione	pag. 9
b.	La formazione	pag. 9
c.	La valutazione	pag. 10
6.	Il finanziamento del PRINA: risorse e criteri di riparto	pag. 11

1. Premessa

a) *La legge regionale e le finalità del Fondo regionale per la non autosufficienza*

Con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza (di seguito indicato con Fondo), la Regione Umbria intende garantire un maggiore impegno pubblico per le persone disabili, minori e adulti, non autosufficienti e anziani non autosufficienti. Ciò si traduce concretamente sia in un aumento delle risorse messe in campo, sia in una progettualità diretta a strutturare un sistema locale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell'ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l'approccio della continuità assistenziale.

Il Fondo pertanto garantisce alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie prestazioni aggiuntive rispetto a quelle storicamente erogate, ed in particolare :

- *l'universalità dell'accesso*, garantito attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato. Tale universalità risulta "temperata" dalla introduzione della compartecipazione da parte dei cittadini e dalla gradualità con cui verrà garantito l'accesso alle prestazioni del Fondo;
- *l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie*, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;
- *la progettualità personalizzata e partecipata*, con la finalità del mantenimento e del miglioramento delle condizioni di salute e di benessere attraverso prestazioni integrate nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale e familiare;
- *l'introduzione di prestazioni aggiuntive e innovative*, dirette a coprire in modo più esteso ed appropriato i bisogni delle persone disabili, minori, adulti ed anziani non autosufficienti.

b) *Gli obiettivi del PRINA*

Il **Programma Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA)**, di cui all'art. 11 della Legge Regionale di *"Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni"*, nel triennio di vigenza dovrà definire il modello organizzativo fornendo i relativi indirizzi per i servizi territoriali operanti sia a livello di Azienda USL che a livello di Ambiti territoriali sociali, le aree prioritarie di intervento, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, da garantire alle persone non autosufficienti, nonché i criteri generali di riparto del Fondo da assegnare alle Aziende USL con vincolo di destinazione per i distretti sociosanitari e per gli Ambiti territoriali sociali.

In particolare attraverso il PRINA la Regione Umbria, intende perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare e, laddove sia possibile, sviluppare un'assistenza personalizzata per lo svolgimento delle attività quotidiane, fornita da un assistente alla persona all'interno di un rapporto autogestito che assume la configurazione di rapporto sociale (art. 39, comma 2, lett. l ter), della legge 104/1992 come modificato dalla legge 162/1998);
- assicurare la continuità tra ospedale e servizi territoriali socio-sanitari e soci-assistenziali attraverso l'attivazione di percorsi individualizzati di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire la gestione integrata delle risorse attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di zona che dai Piani Attuativi Territoriali;
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale, mediante una regolazione pubblica che ne garantisca la qualificazione, fornisca il sostegno pubblico all'incontro tra domanda e offerta, nonché l'accompagnamento nella scelta dell'assistenza familiare. Ciò anche al fine di assicurare l'inserimento delle risorse dell' "assistente

familiare” nella rete pubblica di presa in carico e di intervento nei confronti delle persone non autosufficienti e loro famiglie.

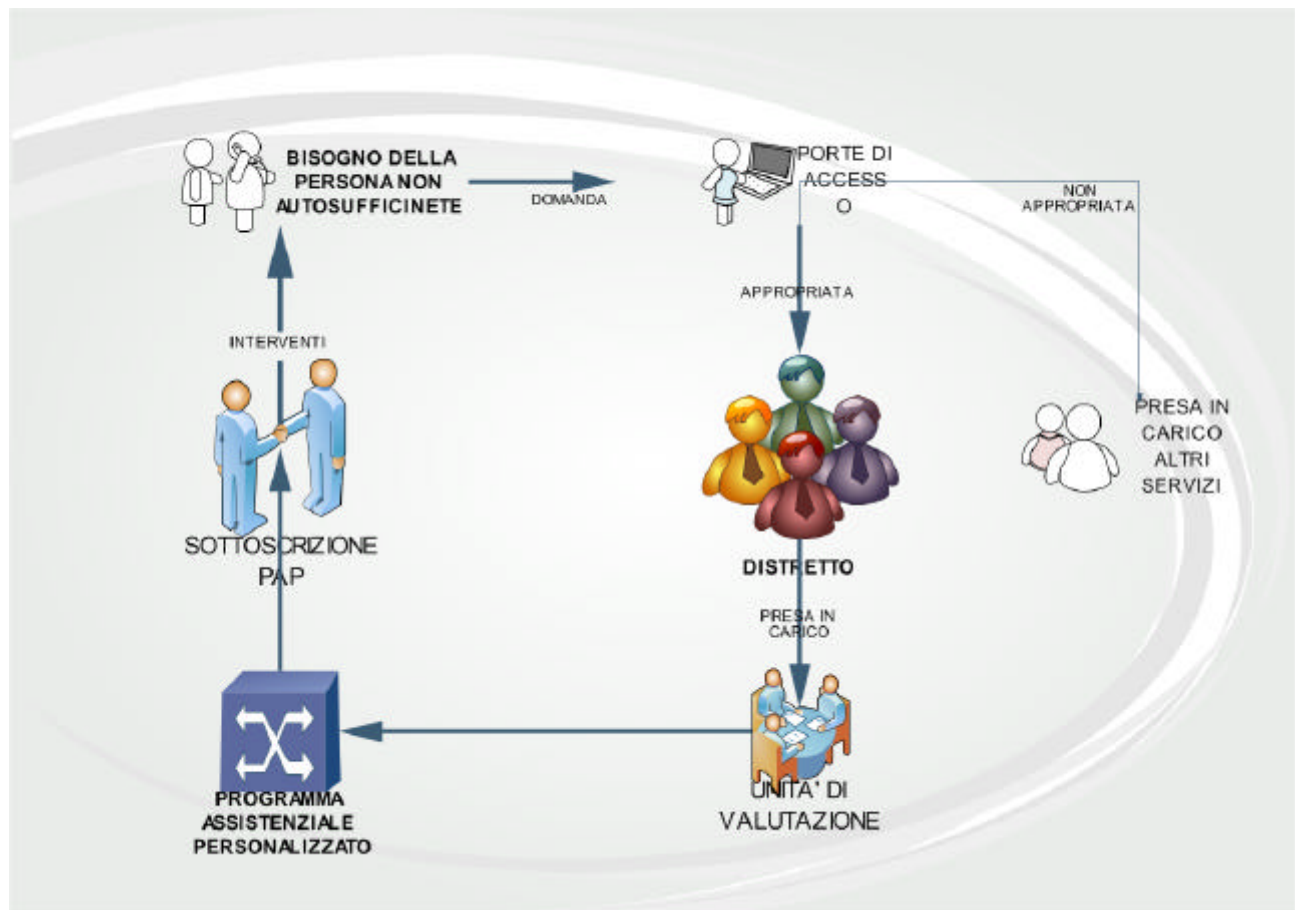
All'interno del PRINA andranno definite anche le azioni di sistema a supporto delle strutture e del processo assistenziale, quali la formazione, la comunicazione sociale, il sistema informativo e la valutazione.

2. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo tende a semplificare i percorsi che i cittadini devono compiere per avere accesso agli interventi garantiti dal Fondo, evitando inutili passaggi, assicurando chiarezza nell'iter, certezza nei tempi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni riconosciute nei piani individualizzati.

Il cittadino, dalla definizione del PAP fino alla sottoscrizione del Patto di cura e di benessere, viene direttamente chiamato in causa nel definire obiettivi e nel valutare la tipologia di servizi e interventi attivati.

Il diagramma che segue traccia il percorso, ne individua gli elementi che lo caratterizzano e, in particolare, evidenzia che la persona interessata ha il solo compito di rendere manifesto il bisogno attraverso un solo accesso presso una delle porte che il sistema prevede, lasciando alla strutture pubbliche il compito di assicurare tutti i passaggi successivi necessari.



a) Il governo dell'accesso

Il modello prescelto, che può essere definito ad **accesso multiplo e a percorso unico**, assicura l'universalità di accesso e la certezza della prestazione, mediante l'attivazione di strumenti e modalità organizzative già poste in essere dalla programmazione socio-sanitaria.

Il primo elemento di detto impianto è costituito dalla rete diffusa dei **punti di accesso** di cui fanno parte i Centri di salute e gli Uffici della cittadinanza, come da DGR 21/2005. .

I punti di accesso hanno il compito di:

- assicurare un'informazione completa ai cittadini;
- orientare la domanda dei cittadini dopo averne fatto una prima lettura al fine di valutarne l'appropriatezza;
- accogliere le domande ed inviare/accompagnare verso la valutazione e la presa in carico;

Le risorse professionali preposte all'accesso sono individuate nelle figure già operanti nei servizi territoriali (sociali e sanitari), professionalmente competenti e addette ad operare l'accoglienza, la prima lettura del bisogno, l'accompagnamento verso il Distretto.

b) *La presa in carico della persona non autosufficiente*

Il Distretto costituisce il punto unico deputato ad essere il terminale della raccolta della documentazione relativa a ciascuna domanda di accesso alle prestazioni previste con il Fondo e, di conseguenza, spetta a tale livello la presa in carico della persona non autosufficiente e l'attivazione della unità di valutazione multidisciplinare prevista dalle disposizioni regionali.

Pertanto, il Distretto rappresenta il luogo dell'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale e, come tale, è il livello del raccordo fra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti socio-assistenziali.

Di conseguenza, il raccordo con il Settore dell'Assistenza sociale dell'Ambito territoriale sociale si realizza in modo sistematico ed integrato, a partire dalla programmazione, come previsto dall'art.12 della legge regionale n. 9/2008.

In particolare al Distretto compete:

- registrare la richiesta di intervento;
- prendere in carico la persona non autosufficiente;
- attivare l'Unità di Valutazione;
- gestire la banca dati
- mettere a disposizione le risorse del sistema integrato dei servizi sanitari e sociali;

L'attivazione di questo complesso percorso (dall'accesso alla valutazione ed alla presa in carico) presuppone che sia strutturato a livello distrettuale un sistema che garantisca:

- una regia organizzativa;
- le risorse professionali dedicate all'attivazione dei nuclei integrati per la valutazione del bisogno (UMV);
- il coordinamento fra i comparti sanitario e sociale e fra gli operatori ad essi afferenti, nelle figure dei responsabili di Distretto e di Ambito territoriale sociale;
- la predisposizione di procedure e di strumentazioni telematiche;
- le risorse tecnico professionali adeguate al fine di individuare i responsabili del PAP;
- il coinvolgimento delle reti sia clinico-terapeutiche e psico-sociali, sia di quelle familiari e solidaristiche.

c) *La valutazione multiprofessionale ed il Programma assistenziale personalizzato*

Il luogo deputato alla valutazione è costituito dall'**Unità Multidisciplinare di Valutazione (UMV)** alla quale compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno delle persone non autosufficienti secondo protocolli valutativi (condivisi da tutte le Aziende USL).

In attesa della definizione da parte della Giunta Regionale, attraverso un Atto di indirizzo, dei criteri di composizione di tali Unità e dei criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione (così come previsto dall'art. 6 della legge regionale n. 9/2008) opereranno le UMV già esistenti.

In un tale quadro e al fine di garantire al meglio il funzionamento di dette Unità i soggetti del comparto sanitario e del comparto sociale, coinvolti nel sistema di valutazione, dovranno garantire quanto segue:

- Le Aziende USL dovranno garantire le risorse professionali adeguate al processo di valutazione ed in particolare dovranno far sì che partecipino almeno il medico di medicina

generale, il personale dell'area infermieristica e dell'area riabilitativa, oltreché gli specialisti necessari rispetto al caso specifico.

- Gli Ambiti territoriali dovranno assicurare la presenza del personale del settore Assistenza sociale (assistenti sociali e/o educatori) afferente al proprio territorio.

La valutazione multidimensionale fornisce indicazioni rispetto all'area cognitivo-comportamentale, clinico-funzionale e socio-ambientale definendo diversi livelli di gravità ai quali debbono corrispondere “pacchetti” di servizi/prestazioni.

Al fine di realizzare un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali a sostegno dei soggetti non autosufficienti e delle loro famiglie, le UMV, effettuano una valutazione multidimensionale finalizzata alla definizione del “**programma assistenziale personalizzato**” (PAP), e individuano il **responsabile del programma di assistenza** (*case manager*) che, sulla base della prevalenza della tipologia dell'intervento, socio-assistenziale o sanitaria, afferisce al comparto amministrativo della **Sanità (Aziende USL) o dell'Assistenza sociale dei Comuni dell'Ambito territoriale sociale**. Nel PAP vengono definite indicazioni quantitative, temporali e di flessibilità sulla erogazione delle prestazioni, l'allocazione delle risorse professionali, strumentali, tecniche ed economiche necessarie. Il responsabile del programma segue l'attuazione del PAP in ogni sua fase e ne garantisce gli esiti, divenendo il referente dell'assistito e dei suoi familiari.

d) Il Patto per la cura ed il benessere

Al fine di garantire il pieno soddisfacimento del bisogno valutato, deve essere predisposto concordato e sottoscritto dalla persona non autosufficiente o suo amministratore di sostegno o giudice tutelare, un “**Patto per la cura ed il benessere**” in cui vengono garantite e coordinate le diverse prestazioni integrando i servizi alla persona con eventuali misure economiche e con le eventuali risorse familiari presenti.

Il Patto per quanto concerne i giovani e gli adulti disabili non autosufficienti deve essere coerentemente inserito all'interno del Progetto individuale così come previsto dall'art. 14 della Legge 328/2000.

Le cure ed il sostegno vanno rivolte alla persona non autosufficiente ed in funzione di ciò ai familiari che dichiarano di prendersene cura.

e) Il coordinamento integrato

Al fine di migliorare il livello di integrazione e di monitorare costantemente lo stato di attuazione del progetto, a livello territoriale, viene costituito un **coordinamento integrato** che fa capo alle figure del Direttore di Distretto e del Promotore sociale di Ambito territoriale.

Al coordinamento compete il monitoraggio e la verifica dell'attuazione del **Programma operativo del PRINA** (art.12 legge regionale n. 9/2008).

In particolare spetta al Direttore di Distretto e al Promotore sociale:

- il monitoraggio della spesa
- il controllo e la gestione della spesa
- la valutazione dei risultati

come previsto negli atti di programmazione territoriale.

Il seguente schema evidenzia per i diversi livelli del modello organizzativo i soggetti coinvolti e le azioni da svolgere:

LIVELLO	SOGGETTI COINVOLTI	AZIONI
ACCESSO	Uffici della Cittadinanza Centri di salute	• Informazione • Accoglienza

		• Prima valutazione • Invio al Distretto (punto unico)
PRESA IN CARICO	Distretto (punto unico)	• Presa in carico della persona non autosufficiente • Attivazione unità di valutazione • Gestione budget
VALUTAZIONE	Unità multidisciplinari	• Accertamento non autosufficienza • Definizione livello di gravità • Formulazione PAP • Individuazione responsabile PAP
PATTO PER LA CURA	Persona NA/famiglia Responsabile PAP	• Condivisione • Coordinamento risorse e prestazioni
COORDINAMENTO	Direttore Distretto Promotore Sociale	Monitoraggio, controllo e valutazione del programma operativo del PRINA

3. L'offerta dei servizi

a) *Diritto alla prestazione ed equità nella erogazione*

Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza delinea un insieme di azioni strategiche per garantire alla persona in condizioni di non autosufficienza un sistema integrato di servizi/interventi in grado di fornire, in tempi certi, la quantità e la qualità delle risorse assistenziali necessarie ad affrontare il proprio bisogno.

La legge regionale che istituisce Fondo per la non autosufficienza, nel garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, opera il passaggio dal riconoscimento del titolo della prestazione alla certezza della prestazione socio-sanitaria appropriata, tenendo presente, anche, le risorse a disposizione del beneficiario nella fase di definizione dell'intervento e di compartecipazione al costo dello stesso. Il Piano, infatti, si impegna ad allargare, quanto più possibile alla platea dei beneficiari potenziali, l'area delle prestazioni anche ricorrendo allo strumento della compartecipazione dei costi quale modalità per assicurare una maggiore solidarietà fra cittadini con possibilità economiche differenti e bisogni simili.

In particolare per le persone disabili non autosufficienti la certezza delle prestazioni previste nel PAP devono essere coerentemente inserite all'interno del più generale progetto individuale così come previsto dall'art. 14 della Legge 328/2000.

A tal fine, accanto alla costituzione del FRNA, la Regione e gli Enti Locali si impegnano a garantire il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza.

b) *La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi*

Un progetto per la non autosufficienza deve, necessariamente, prestare attenzione ad un aspetto particolare che rischia di essere trascurato nella gestione dei processi assistenziali, ovvero quello di garantire la continuità assistenziale, specialmente dopo un ricovero ospedaliero, fra l'altro già indicato nel «Piano sanitario nazionale 2003-2005» come uno dei dieci obiettivi per la strategia del cambiamento. La continuità assistenziale deve sempre di più rappresentare *«un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo»*.

In tal senso dunque le dimissioni ospedaliere di persone con bisogni assistenziali complessi, quali sono le persone non autosufficienti, devono essere adeguatamente programmate.

c) La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare

Le prestazioni garantite alla persona non autosufficiente vanno principalmente orientate verso la permanenza al proprio domicilio e verso misure ed interventi volti ad accrescere le possibilità di sviluppo psico-sociale della persona disabile, contenendo i casi di inserimento in strutture residenziali e privilegiando, soprattutto per i giovani disabili, la connotazione familiare dell'intervento e la temporaneità dell'inserimento. La domiciliarità, pertanto, si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio contesto di vita e nella rete di relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali, dall'apporto dei familiari, e dalle risorse sociali informali (assistenti familiari, volontari etc.).

Nell'ottica dell'empowerment vanno sviluppate le capacità della persona non autosufficiente affinché possa avere la garanzia di una soluzione domiciliare, anche al di fuori del nucleo familiare originario, perseguendo la massima autonomia possibile della stessa anche nella domiciliarità.

Quest'ultima va garantita sia attraverso la qualificazione dell'attuale sistema di assistenza, articolandola secondo la diversa intensità assistenziale di cui ha bisogno la persona non autosufficiente, sia ricorrendo alla qualificazione ed al sostegno dell'assistenza familiare.

L'intervento pertanto si articola su tre livelli:

1. servizi di Assistenza Domiciliare (tutelare e domestica);
2. interventi di sostegno alla famiglia (sostegno al *care giver*, assistenza psicologica ecc.);
3. interventi di sollievo alla famiglia (interventi per brevi periodi anche in regime residenziale per fronteggiare le emergenze o le necessità di sollievo per le famiglie impegnate nel lavoro di cura della persona non autosufficiente).

Per un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona non autosufficiente e disabile, le UVM dovranno garantire attraverso il PAP una serie di prestazioni che siano:

- graduate sul bisogno assistenziale della persona non autosufficiente
- erogabili con certezza (nei tempi e nella quantità)
- sostenibili dal sistema delle risorse territoriali.

d. La rete dei servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea)

Sebbene la programmazione per dare una risposta adeguata ai principali problemi delle persone non autosufficienti deve essere basata sullo sviluppo di una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari (pubblici, privati e del terzo settore) con l'intento di mantenere la persona non autosufficiente, il più a lungo e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto, questa non può non affrontare anche la questione delle strutture residenziali e semiresidenziali, comunque in linea con tale impostazione di fondo.

Infatti, la semiresidenzialità può essere al pari della domiciliarità una scelta strategica, se intesa come uno dei servizi più importanti di supporto alla famiglia per l'assistenza alle persone non autosufficienti e di raccordo tra il sistema della residenzialità con la domiciliarità. Il potenziamento delle strutture residenziale e semiresidenziale in tal senso viene a rappresentare un intervento che risponde all'emergenza e al sollievo delle famiglie.

Pertanto nella definizione dei pacchetti di servizi e prestazioni si dovrà prevedere come tipologia di risposte:

- la semiresidenzialità in strutture che siano anche in grado di organizzare percorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità;
- la residenzialità anche attraverso il ricorso ai ricoveri temporanei di emergenza e /o di sollievo;
- la microresidenzialità di tipo familiare, anche sulla base di progetti presentati dalle associazioni dei familiari;

- il superamento delle attuali liste di attesa sia con il ricorso dei servizi domiciliari e di sollievo, sia attraverso il ricorso ai ricoveri in strutture semiresidenziali o con ricoveri temporanei

I pacchetti di intervento possono essere integrati nell'ambito di interventi socio-assistenziali con attività ricreative o di socialità a domicilio o con accompagnamento all'esterno in vari luoghi ricreativi, formativi, ecc., in collaborazione con associazioni, cooperative e volontariato che non necessariamente richiedono l'utilizzo di risorse finanziarie.

Di seguito si riporta uno schema esemplificativo che mette in correlazione diversi elementi del quadro assistenziale

LIVELLI DI GRAVITÀ DEL BISOGNO	PACCHETTI DI SERVIZI/PRESTAZIONI ¹ :	MISURE ECONOMICHE
Basso bisogno assistenziale	- Assistenza domestica 1° livello - Assistenza tutelare 1° livello - Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) - Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) - Trasporto	Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata. (Es. di assegno: Regione Emilia 9,50 e 19,50 € giornalieri - Es. di contributo mensile Regione Emilia 160,00 €/mese)
Basso bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza del contesto ambientale	Inserimento in “residenza servita” (servizi di comunità socio-assistenziali con lieve integrazione sanitaria)	Non previste
Moderato bisogno assistenziale	- Assistenza domestica 2° livello - Assistenza tutelare 2° livello - Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) - Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) - Trasporto	Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.

¹ Nella tabella rispetto al domiciliare sono riportati gli interventi di tipo tutelare e domiciliare cioè quelle prestazioni per le quali il fondo può essere utilizzato al fine di garantire livelli di assistenza adeguati ed una estensione dell'offerta nei confronti di chi oggi non ne usufruisce. Nei confronti di queste persone il Servizio Sanitario garantisce comunque le cure domiciliari articolate su tre livelli così come sono state ridefiniti dal recente DPCM sui LEA e cioè: cure domiciliari di I° livello che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni; di II° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 6 giorni; di III° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni. Sulla base di tale livelli occorrerà strutturare i pacchetti di ore/utente al fine di garantire certezza ed uniformità di prestazioni

Alto bisogno assistenziale	- Assistenza domestica 3° livello - Assistenza domestica 3° livello - Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) - Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) - Trasporto	Assegno di sollievo alla famiglia che si assume il carico assistenziale al domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare per chi ricorre all'assistenza familiare regolarizzata.
Alto bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza ambientale	Inserimento in Residenza Protetta	Non previste

4. Gli strumenti della programmazione e della governance

L'art. 12 della legge regionale n. 9/2008 istitutiva del Fondo individua e definisce gli strumenti della programmazione e li articola su tre livelli:

1. la Regione a cui è demandato il compito di approvare il PRINA verificandone l'attuazione e valutandone gli esiti, così come previsto dall'art. 11 della citata legge regionale. Al PRINA, di durata triennale, è demandato il compito di:

- definire i criteri generali di riparto del Fondo e l'assegnazione delle risorse alle Aziende USL con vincolo di destinazione per i Distretti e gli Ambiti territoriali sociali;
- le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non auto sufficienti;
- gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi operanti sia a livello di Aziende che a livello di Ambiti territoriali sociali.

2. gli ATI a cui è demandato il compito di

- approvare il programma attuativo triennale da parte dell'Assemblea di Ambito dell'ATI entro 30 giorni dall'approvazione del PRINA. Tale programma acquista efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta Regionale;
- individuare i servizi aventi come bacino di utenza l'intero territorio dell'ATI a cura dell'assemblea di ATI;

3. all'Aziende USL e agli Ambiti territoriali sociali ricompresi nel suo territorio è demandato il compito di redigere il Piano Attuativo triennale del PRINA nel rispetto delle indicazioni fornite dagli ATI, di cui alla legge regionale n. 23/2008. In particolare a questo livello compete di:

- redigere, coordinare e consolidare il **Programma attuativo triennale del PRINA** e, conseguentemente, verificare della coerenza con il PRINA). Alla stesura di tale atto è preposto un gruppo tecnico composto dai Responsabili dell'area integrazione socio-sanitaria delle Aziende USL e dai Responsabili degli Ambiti territoriali sociali ricompresi nel territorio della stessa Azienda;

4. ai Distretti e agli Ambiti territoriali sociali è demandato il compito di:

- elaborare e approvare il **Programma operativo del PRINA** nel rispetto delle procedure previste dalle disposizioni vigenti per la redazione e approvazione dei PAT e dei Piani

di zona. Tale atto, nel quale vengono individuate le priorità di intervento territoriali, verrà partecipato nel rispetto delle forme e delle procedure in essere sia a livello di Distretto che di Ambito sociale territoriale.

Le Organizzazioni Sindacali, e le Organizzazioni della società civile (in particolare terzo settore e soggetti gestori dei servizi) concorrono alla definizione degli atti di programmazione territoriale attraverso la partecipazione ai Tavoli territoriali di concertazione.

5. Le azioni di sistema

Le azioni di sistema del PRINA sono intese come una tipologia di azioni di supporto alle strutture e al **processo assistenziale**. Le azioni di sistema si configurano dunque, come azioni rivolte a riqualificare il sistema regionale di governo delle politiche e dei servizi alle persone, affinché si sviluppi un sistema integrato di servizi socio sanitari che dia al cittadino la certezza sui tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee ad affrontare e risolvere il proprio bisogno. Tali azioni ricomprendono la comunicazione, la formazione, il sistema informativo sociale, il sistema regionale di accreditamento e la valutazione.

a) La comunicazione

Attraverso un'azione di comunicazione sociale è possibile fornire ai cittadini un'informazione chiara rispetto alle possibilità di risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia. Questa azione rappresenta una scelta strategica sia per comunicare correttamente l'innovazione che si introduce nel sistema regionale dei servizi, sia per promuovere e sostenere quella cultura della domiciliarità fino ad oggi alimentata, prevalentemente, dalle reti parentali e familiari che si sono fatte carico dei bisogni delle persone non autosufficienti.

Con il PRINA sarà pertanto importante definire una campagna informativa, su scala regionale e locale, che sia corredata dai seguenti strumenti:

- materiale informativo cartaceo uniforme per tutti i Distretti/Ambiti territoriali
- campagna comunicativa istituzionale regionale (spot televisivi, manifesti, articoli e comunicati stampa);
- utilizzo del sito istituzionale regionale

A tal fine è importante il coinvolgimento dell'Agenzia Umbra di Sanità (AUS)

Inoltre la campagna informativa potrà essere sviluppata dai soggetti sociali del territorio (es. Patronati).

b) La formazione

Il piano di formazione intende da un lato aumentare il sapere dei soggetti coinvolti (funzione educativa), dall'altro diventare momento per il cambiamento organizzativo. Pertanto la formazione deve:

- avere un carattere processuale (interconnessione tra il sistema informativo ed il sistema formativo: analisi – progettazione - azione formativa - valutazione)
- offrire una tecnologia adeguata (la formazione deve saper rispondere alla complessità) e permettere agli operatori (del pubblico e del privato sociale) di qualificare e/o riqualificare la propria esperienza professionale a fronte della complessità:
 - dei bisogni della persona che necessitano di un approccio multidimensionale;
 - dei servizi che richiedono integrazione rispetto a piani di intervento definiti;
 - dei tempi di vita che impongono l'individuazione di percorsi di presa in carico individualizzati e flessibili;
 - dell'insieme dei valori nel processo di coinvolgimento della persona e di *empowerment*;

- prevedere anche un'azione di accompagnamento per il complessivo sistema dei servizi pubblici deputati sia all'accoglienza-valutazione, sia alla progettazione-presa in carico della persona non autosufficiente.

Pertanto l'intervento formativo dovrà articolarsi su piani diversi, ovvero:

- 4 giornate formative specifiche riferite alla valutazione e alla progettazione;
- 2 giornate di autoformazione per i promotori sociali al fine di definire il programma di accompagnamento e di tutoraggio per i diversi ambiti territoriali;
- alcune giornate di incontro (il cui numero sarà definito successivamente) a livello di Distretti/Ambiti territoriali sociali per monitorare ed accompagnare il sistema organizzativo dell'accoglienza-valutazione e della progettazione-presa in carico della persona non autosufficiente.
- un modulo formativo da definire, nello specifico indirizzato ai soggetti del privato sociale che a vario titolo intervengono nell'ambito dell'offerta dei servizi e prestazioni a persone non autosufficienti.

L'azione formativa può inoltre essere indirizzata anche nei confronti dell'assistente familiare al fine di riqualificare questa figura ad essa dedicate e di costituire elenchi a quali la persona non autosufficiente o i familiari possono attingere, in attuazione anche di quanto stabilito dalla legge regionale sulle assistenti familiari (LR n. 28/2007).

c) La valutazione

Il sistema dovrà fornire gli elementi ai vari livelli istituzionali per valutare l'impatto sociale che le prestazioni e gli interventi previsti dal Fondo hanno sulle persone non autosufficienti e le loro famiglie.

A tal fine il processo valutativo riguarderà il programma attuativo e quello operativo, a partire da una analisi dei dati sulle azioni previste.

In ogni caso l'approccio non può che essere di tipo partecipativo prevedendo il coinvolgimento dei cittadini, delle famiglie, delle associazioni e degli altri livelli di rappresentanza della società civile per l'individuazione di parametri che consentano la valutazione in merito ai servizi erogati, ma ancora di più, in merito al cambiamento che i servizi e gli interventi attivati, sulla base dei progetti personalizzati, producono sulla qualità della vita delle persone non autosufficienti.

A tal fine il Direttore di Distretto ed il Promotore sociale competente per territorio, provvederanno ad elaborare una relazione annuale sullo stato di attuazione dei suddetti programmi, evidenziando in particolare:

- le modalità di raccordo dei vari soggetti istituzionali coinvolti;
- le modalità di coinvolgimento ed il ruolo svolto dalle formazioni sociali e dalle organizzazioni sindacali, sia in ordine all'elaborazione dei programmi di intervento che alla loro valutazione;
- il numero delle persone non autosufficienti prese in carico;
- il numero dei patti per la cura ed il benessere predisposti e sottoscritti;
- le modalità organizzative attraverso le quali la rete dei servizi sanitari e sociali hanno garantito il diritto di accesso ed il diritto alle prestazioni della persona non autosufficiente;
- i tempi medi di attesa tra la presa in carico e la sottoscrizione del Patto per la cura ed il benessere.

La relazione annuale di cui sopra, sottoposta al Tavolo degli Assessori dell'Ambito territoriale sociale, sarà inviata dagli ATI alla Regione, entro il 30 maggio di ogni anno. La Giunta regionale, a sua volta, annualmente redige una relazione la relazione da presentare al Consiglio regionale.

Gli uffici regionali competenti svolgeranno funzione di "cabina di regia" nel predisporre un sistema di monitoraggio e controllo, tale da consentire, alla scadenza del PRINA, di valutare in che modo le

risorse impegnate hanno:

- consentito di conseguire l'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti;
- contribuito ad incrementare il sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie;
- inciso sulla spesa sanitaria e sociale;
- contribuito a contenere i tempi medi di attesa per l'accesso alle prestazioni del fondo ed in particolare all'accesso alle strutture residenziali.

Inoltre il sistema dovrà consentire di effettuare una valutazione di tipo qualitativo riferita al:

- grado di soddisfacimento dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei familiari;
- livello di qualità delle prestazioni rese e degli interventi attuati.

6. Il finanziamento del PRINA: Risorse e criteri di riparto

Il FRNA, per l'anno 2009, è costituito dalle risorse previste all'art.18 della legge regionale n. 9/2008 pari a € 31.750.000,00, di cui

- € 7.000.000,00 derivanti dalla quota del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA),
- € 20.750.000,00 derivanti da dalla quota-parte del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) di parte corrente
- € 4.000.000,00 derivante da risorse regionali proprie.

Relativamente alla quota a carico del FSN si precisa che trattasi di importo commisurato a quota parte della spesa relativa dell'intervento in atto e che nel corso dell'anno 2008, anche sulla base dell'attuazione dell'intervento definito dal presente Piano, si procederà alla rilevazione della spesa effettiva a carico del FSN derivante dalle prestazioni previste dall'art.9 della legge regionale n. 9/2008, con la logica della ricostruzione allargata a carico della prevista contabilità separata.

Le risorse aggiuntive, costituite dalla quota di FNNA e dalla quota di risorse regionali, finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria per la non autosufficienza, debbono essere prioritariamente utilizzate a sostegno dello sviluppo e qualificazione della rete dei servizi sopra definita, mentre, come già indicato, deve essere mantenuto almeno l'attuale impegno economico previsto per le attività di settore sia da parte delle Aziende sanitarie locali che degli Enti locali.

Il trasferimento di tali fondi sarà pertanto vincolato al mantenimento da parte delle Aziende e dei Comuni del livello di spesa media, nell'area della non autosufficienza, consolidato nell'ultimo triennio.

La Regione si riserva una quota, non superiore al 5% di risorse aggiuntive, per la realizzazione delle azioni di supporto alla progettazione (azioni di sistema).

Le spese sanitarie rimangono a carico del SSR, anche per la quota derivante dallo sviluppo dei servizi e degli interventi per la non autosufficienza.

L'importo totale sopra definito di € 31.750.000,00 viene ripartito sulla base dei dati più aggiornati disponibili della popolazione ultrasettantacinquenne residente per Distretto/Ambito, ponderato con i dati sull'invalidità con riconoscimento di accompagnamento.

Le risorse del FRNA hanno destinazione vincolata al complesso degli interventi socio-sanitari per la non autosufficienza e pertanto le somme assegnate e non spese nell'esercizio confluiscono nel fondo per non la non autosufficienza del Distretto per l'esercizio successivo.

Ai sensi dell'art. 14 della legge regionale n. 9/2008, il FRNA viene gestito con contabilità separata nel bilancio delle Aziende sanitarie locali, con modalità da precisare con separato atto della giunta regionale.

Le Aziende USL, titolari della gestione contabile delle risorse in contabilità separata, sono tenute a

fornire la rendicontazione al Tavolo degli Assessori di ciascun Ambito Territoriale Sociale e alla Conferenza dei Sindaci.