Comune di Goni (Ca) Prot. n. 0001376 del 15-04-2024 arrivo Cat. 7 Cl. 15

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 7/11 del 28.2.2023

“Ritornare a casa PLUS”

Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime

Linee di indirizzo integrate 2023/2025

Unione Comuni Trexenta - Prot. n. 0001562 del 15-04-2024 - partenza

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1) Oggetto e finalità

La Regione Autonoma della Sardegna promuove la programmazione integrata delle risorse a valere sul Fondo nazionale della non autosufficienza, sul Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, sul Fondo nazionale delle politiche sociali e sul Fondo regionale della non autosufficienza.

L'integrazione delle risorse è finalizzata alla realizzazione di un sistema uniforme di accesso agli interventi assistenziali, con il coinvolgimento attivo dei beneficiari degli interventi, la loro presa in carico attraverso i punti unici di accesso, la valutazione multidimensionale, la definizione del budget di progetto e la predisposizione del programma personalizzato.

In questo contesto, con la Delib.G.R. n. 63/12 del 11/12/2020 recante "Programma ritornare a casa plus. Linee d'indirizzo annualità 2021/2022", è stato introdotto un intervento di sostegno integrato a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità grave articolato in quattro livelli assistenziali, abbinati a un massimale di spesa crescente a disabilità crescenti, gestito unitariamente dagli enti gestori degli ambiti plus e dai comuni.

A seguito della pubblicazione sulla G.U. n. 294 del 17 dicembre 2022 del DPCM 3 ottobre 2022, con il quale è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza e sono stati definiti i criteri di riparto delle risorse del Fondo nazionale della non autosufficienza relative al triennio 2022/2024, si è reso necessario l'aggiornamento delle linee di indirizzo del programma Ritornare a casa plus approvate con le Delib. G.R. n. 35/51 del 22.11.2022 e n. 38/76 del 21 dicembre 2022.

Le linee di indirizzo sono state inoltre integrate con le risorse del Fondo nazionale delle politiche sociali appositamente dedicate dalle Delib.G.R. n. 35/49 del 22/11/2022 e n. 50/45 del 28/12/2021 alle "dimissioni protette" da ambiente sanitario.

2) Natura dell'intervento

L'intervento mira a sostenere la persona e la sua famiglia garantendo l'acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e l'attività di cura del caregiver familiare (ad eccezione del livello assistenziale dimissioni protette per il quale è previsto unicamente l'acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare).

I servizi professionali di assistenza domiciliare sono assicurati da personale in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti: a) iscrizione nei registri delle/degli assistenti familiari istituiti presso gli Ambiti Plus; b) qualifica professionale di addetto all'assistenza di base, di operatore tecnico assistenziale dedicato esclusivamente all'assistenza diretta della persona, di operatore socio-sanitario; c) frequenza, con esito positivo, di un corso di formazione professionale teorico-pratico, relativo all'area dell'assistenza alla persona; d) possesso di una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel campo della cura domiciliare alla persona con regolare assunzione documentata.

L'intervento può anche prevedere l'acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità e

le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.
I nuovi progetti "Ritornare a casa Plus" per le annualità 2023 e 2024, compresi i mutamenti di livello, potranno essere attivati dall'ente gestore dell'Ambito Plus solo a seguito dell'accertamento dell'effettiva sussistenza delle risorse nel proprio bilancio e a seguito del parere positivo dell'Unità di valutazione multidimensionale del distretto/area socio sanitario competente per territorio.
Le nuove progettualità, da attivarsi entro il termine ultimo del primo dicembre di ogni anno, dovranno prevedere la copertura assistenziale rispettivamente fino al 31 dicembre di ciascuna annualità.
Non sono finanziabili i progetti autonomamente posti in essere in assenza dei summenzionati requisiti.
I Livelli Assistenziali non sono tra loro cumulabili. L'accesso a un Livello Assistenziale superiore comporta la cessazione del Livello Assistenziale inferiore.

3) Destinatari del programma e livelli assistenziali

I destinatari del programma sono le persone che presentano le condizioni socio-sanitarie descritte nei sottoelencati livelli assistenziali:

- **Livello Assistenziale Dimissioni Protette**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:
Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infrasessantacinquenni ad esse assimilabili, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, in dimissioni protette da un contesto sanitario per la prosecuzione delle cure a domicilio.
Si tratta, nello specifico, di un intervento volto a sostenere il passaggio dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, favorendo il rientro delle persone in dimissioni protette presso la propria abitazione di residenza, ovvero, per le persone senza dimora, presso strutture di accoglienza.
Per la realizzazione del livello assistenziale dimissioni protette, della durata massima di trenta giorni, è previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 1.500 attivabile una sola volta nel corso dell'annualità e comunque nei limiti delle risorse del Fondo nazionale delle politiche sociali appositamente dedicate dalle Delib.G.R. n. 35/49 del 22/11/2022 e n. 50/45 del 28/12/2021 alle "dimissioni protette" da ambiente sanitario.
L'intervento deve integrare le prestazioni sociali già garantite nel progetto di assistenza individuale definito al momento delle dimissioni ospedaliere, quale LEA sanitario dal DPCM 12 gennaio 2017 art. 22 commi quattro e cinque, prevedendo ulteriori interventi di assistenza domiciliare presso l'abitazione di residenza o presso strutture di accoglienza per le persone senza dimora. Alla richiesta deve essere allegata la certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria attestante la condizione di persone anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio. Il progetto personalizzato è predisposto dalle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) dell'Aziende del SSR competente per territorio in sinergia con l'organo di valutazione multidimensionale della struttura sanitaria che dispone e certifica le dimissioni protette.

Il Livello Assistenziale Dimissioni protette è compatibile con l'intervento Piani personalizzati L. n. 162/1998.
Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159 del 5.12.2013:

ISEE fino a euro 15.000,00	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000	finanziamento del progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000	finanziamento del progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000	finanziamento del progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000	finanziamento del progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento del progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000	finanziamento del progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 80.000	finanziamento del progetto decurtato dell'80%

- **Livello Assistenziale Base A**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:
Persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. n. 104/1992 che non hanno accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali comprovata da idonea documentazione. Si tratta nello specifico di persone già inserite, o in procinto di esserlo, a seguito di valutazione in UVT, in percorsi di cura all'interno di strutture residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che hanno dovuto interrompere, o non hanno potuto effettuare, l'inserimento a causa dell'emergenza Covid.
Il livello assistenziale dimissioni protette è compatibile con l'intervento piani personalizzati L. n. 162/1998.
Il livello assistenziale base A è compatibile con l'intervento piani personalizzati L. n. 162/1998 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a quaranta. In tutti gli altri casi sussiste l'incompatibilità.
Per la realizzazione del progetto personalizzato di livello base A è previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 4.800,00, in caso di attivazione per dodici mensilità.
Al fine di assicurare un'efficace risposta assistenziale, l'assegnazione del finanziamento deve essere destinato all'acquisto di servizi alla persona erogati da personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2. La contrattualizzazione del personale deve avvenire in conformità a quanto previsto dai vigenti contratti collettivi per l'assistenza alle persone non autosufficienti.
Il finanziamento può essere destinato anche all'acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.
È ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per l'intero contributo concesso.

Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159 del 05.12.2013:

ISEE fino a euro 15.000,00	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000	finanziamento del progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000	finanziamento del progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000	finanziamento del progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000	finanziamento del progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento del progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000	finanziamento del progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 80.000	finanziamento del progetto decurtato dell'80%

- **Livello Assistenziale Base B**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:

Persone in condizioni di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, 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 DPCM n. 159 del 2013 e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

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)<=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)>=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 lateralità 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 ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 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 90 decibel 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<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 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.

In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini “motricità” e “stato di coscienza” e in almeno uno dei domini “respirazione” e “nutrizione”, come previsto dall’allegato 2 del DM del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

- grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato respiratorio” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
- grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato digerente tratto superiore” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
- grave compromissione dello stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Patologie del sistema nervoso” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
- grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100) Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

Il Livello Assistenziale Base B è compatibile con l’intervento piani personalizzati L. 162/98 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a 40. In tutti gli altri casi sussiste l’incompatibilità.

Per la realizzazione del progetto personalizzato di Livello Assistenziale Base B è previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 7.200,00, in caso di attivazione per 12 mensilità.

Al fine di assicurare un’efficace risposta assistenziale, l’assegnazione del finanziamento deve essere destinato all’acquisto di servizi alla persona erogati da personale in possesso dei requisiti previsti dall’art. 2. La contrattualizzazione del personale deve avvenire in conformità a quanto previsto dai vigenti contratti collettivi per l’assistenza alle persone non autosufficienti.

Il finanziamento può essere destinato anche all’acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e

maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.

È ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore al 50% del contributo concesso;

Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

ISEE fino a euro 15.000,00	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000:	finanziamento del progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000	finanziamento del progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000	finanziamento del progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 40.001 e .euro 50.000	finanziamento del progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento del progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000	finanziamento del progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 80.000	finanziamento del progetto decurtato dell'80%

- **Livello Assistenziale Primo – Contributo ordinario**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:

Persone non autosufficienti con totale perdita di autonomia, 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 DPCM n. 159 del 2013, per le quali siano state attivate o siano in corso di attivazione le cure domiciliari integrate o le cure palliative domiciliari, che necessitano di un livello assistenziale molto elevato per compiere tutte le attività quotidiane e di interventi di natura sociale e sanitari (medici e infermieristici) effettuabili a domicilio e che si trovano in una o più delle seguenti condizioni:

a) che a seguito di una malattia neoplastica si trovino nella fase terminale, clinicamente documentabile, della vita. La documentazione clinica rilasciata da specialista pubblico o convenzionato (oncologo) deve riportare il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia e sullo stato clinico del paziente e deve essere corredata della scala Karnofsky con punteggio uguale o inferiore a 30;
b) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5. La documentazione clinica deve essere rilasciata da specialista pubblico o convenzionato (neurologo, geriatra, ecc.) deve riportare il quadro clinico dettagliato dal quale si evince che il paziente è completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente. La relazione deve rappresentare la presenza di tutte le suddette condizioni ed essere inoltre corredata dalla scheda CDRs con punteggio pari a 5;
c) con patologie non reversibili (degenerative e non degenerative con altissimo grado di disabilità). La valutazione della gravità della disabilità, indipendentemente dalla patologia, deve essere effettuata tramite l'utilizzo della tabella adottata con DGR n. 32/76 del 24.07.2012 denominata "Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche a interessamento neuromuscolare". Nella scala di

valutazione “Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche a interessamento neuromuscolare” devono essere individuati almeno 2 ITEM nello stadio D (di cui 1 nel campo della motricità e 1 nel campo dell’alimentazione) e 3 ITEM nello stadio C. Con riferimento alle patologie SLA/SMA, differentemente, nella scala di valutazione sopra citata devono essere valorizzati almeno 1 ITEM nello stadio D (in uno dei due campi della motricità o nel campo dell’alimentazione) e almeno 2 ITEM nello stadio C di cui 1 nel campo della “Respirazione”. Con riferimento alla patologia Sclerosi multipla la scala di valutazione da utilizzare è individuata nella EDSS (Expanded Disability Status Scale) che deve riportare un punteggio uguale o maggiore di 9. La scala deve essere accompagnata dalla descrizione clinica redatta da specialista pubblico o convenzionato;

d) con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia valutate sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità uguale a 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5. Il punteggio della scheda CIRS deve essere accompagnato dalla descrizione clinica per ciascun ITEM preso in esame e da documentazione clinica relativa alla patologia principale rilasciata da specialista di struttura pubblica o convenzionata. Il punteggio graduato da 1 a 5, utilizzando la scala CIRS di cui alla DGR n.13/7 del 31.05.2015, deve essere definito tenendo in considerazione le regole generali di valutazione della gravità declinate nel “Manuale di linee guida per la valutazione della scala di comorbilità ANQ, versione 10/2013. La scheda CIRS può essere redatta dallo specialista della patologia principale, dal MMG o dall’UVT.

Qualora per ragioni organizzative della ASL di riferimento o per le caratteristiche specifiche della presa in carico della persona le cure domiciliari integrate non possano essere attivate, il verbale UVT deve attestare che la condizione assistenziale del paziente sia comunque riconducile all’inserimento in cure domiciliari.

Il Livello Assistenziale Primo non è compatibile con l’intervento piani personalizzati L. n. 162/1998.

Le persone dimesse da strutture residenziali a carattere sociale e socio – sanitario possono accedere al programma solo in presenza di almeno uno delle summenzionate condizioni sociosanitarie. In mancanza, la presa in carico, previa valutazione multidisciplinare, potrà essere assicurata nell’ambito di altri interventi assistenziali regionali e comunali (Dopo di noi, Piano personalizzato 162, SAD, ecc). Viene comunque assicurata la continuità nelle annualità 2023/24 dei progetti attivati nelle annualità precedenti.

Per la realizzazione del progetto personalizzato del Livello Assistenziale Primo è previsto:

- un contributo regionale ordinario fino a un massimo di €16.000,00 in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento comunale pari al 25% del finanziamento regionale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale.

Al fine di assicurare un’efficace risposta assistenziale, l’assegnazione del finanziamento deve essere destina all’acquisto di servizi alla persona erogati da personale in possesso dei requisiti previsti dall’art.2. La contrattualizzazione del personale deve avvenire in conformità a quanto previsto dai vigenti contratti collettivi per l’assistenza alle persone non autosufficienti. È ammissibile l’attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del contributo ordinario concesso.

Il finanziamento può essere destinato anche all’acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e

maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

ISEE fino a euro 15.000,00	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000:	finanziamento del progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000	finanziamento del progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000	finanziamento del progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000	finanziamento del progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento del progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000	finanziamento del progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 80.000	finanziamento del progetto decurtato dell'80%

- **Livello Assistenziale Secondo – contributo potenziamento con due funzioni vitali compromesse**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:

Si riferisce a persone che presentano le condizioni previste per l'accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 16 h, con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso. Le persone devono avere almeno due funzioni vitali compromesse, secondo i punteggi di seguito riportati:

a) Grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato respiratorio" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
b) Grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato digerente tratto superiore" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
c) Grave compromissione dello Stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Patologie del sistema nervoso" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
d) Grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100) Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

Il Livello Assistenziale Secondo non è compatibile con l'intervento piani personalizzati L. n. 162/1998.

Per la realizzazione del progetto personalizzato di secondo livello è previsto:

- un contributo regionale ordinario fino a un massimo di € 16.000, in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento comunale pari al 25% del finanziamento regionale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale;
- un contributo regionale per il potenziamento dell'assistenza fino a un massimo di € 9.000 per 12 mensilità.

Al fine di assicurare un'efficace risposta assistenziale, l'assegnazione del finanziamento deve essere destina all'acquisto di servizi alla persona erogati da personale in possesso dei requisiti previsti dall'art. 2. La contrattualizzazione del personale deve avvenire in conformità a quanto previsto dai vigenti contratti collettivi per l'assistenza alle persone non autosufficienti.

È ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del solo contributo ordinario concesso.

Il finanziamento può essere destinato anche all'acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.I suddetti finanziamenti devono essere rapportati al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario misurata in ragione delle soglie di ISEE socio sanitario, di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

ISEE fino a euro 25.000,00	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000	finanziamento del progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000	finanziamento del progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000	finanziamento del progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento del progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000	finanziamento del progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 80.001 ed euro 90.000	finanziamento del progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 90.000	finanziamento del progetto decurtato dell'80%

- **Livello Assistenziale Terzo – potenziamento con tre funzioni vitali compromesse**

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:

Si riferisce a persone che presentano le condizioni previste per l'accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 24 h con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso. Inoltre tali persone devono avere almeno tre funzioni vitali compromesse, di cui una relativa alla funzione respiratoria secondo i punteggi di seguito riportati:

a) Grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Apparato Respiratorio" la descrizione del quadro clinico rilevato e dichiarazione della presenza di ventilazione assistita a permanenza h 24;

b) Grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Apparato Digerente Tratto Superiore" la descrizione del quadro clinico rilevato con presenza di PEG o nutrizione parenterale permanente;

c) Grave compromissione dello Stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Patologie del Sistema Nervoso" la descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);

d) Grave compromissione della funzione motoria Scala Barthel INDEX (0-100) valore = 0.

Il Livello Assistenziale Terzo non è compatibile con l'intervento piani personalizzati L. n. 162/1998.

Per la realizzazione del progetto personalizzato 3°livello è previsto:

- un contributo regionale ordinario fino a un massimo di € 16.000, in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento comunale pari al 25% del finanziamento regionale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale;
- un contributo regionale per il potenziamento dell'assistenza fino a un massimo di € 27.000 per 12 mensilità.

Al fine di assicurare un'efficace risposta assistenziale, l'assegnazione del finanziamento deve essere destina all'acquisto di servizi alla persona erogati da personale in possesso dei requisiti previsti dall'art.2. La contrattualizzazione del personale deve avvenire in conformità a quanto previsto dai vigenti contratti collettivi per l'assistenza alle persone non autosufficienti.

È ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del solo contributo ordinario concesso.

Il finanziamento può essere destinato anche all'acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti. I suddetti finanziamenti devono essere rapportati al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario misurata in ragione delle seguenti soglie di ISEE socio sanitario, di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

ISEE fino a euro 40.000	finanziamento progetto senza decurtazione
ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000	finanziamento progetto decurtato del 5%
ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000	finanziamento progetto decurtato del 10%
ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 70.000	finanziamento progetto decurtato del 25%
ISEE compreso fra euro 70.001 ed euro 80.000	finanziamento progetto decurtato del 35%
ISEE compreso fra euro 80.001 ed euro 90.000	finanziamento progetto decurtato del 50%
ISEE compreso fra euro 90.001 ed euro 100.000	finanziamento progetto decurtato del 65%
ISEE oltre 100.000	finanziamento progetto decurtato del 80%

4) Attuazione intervento

L'attuazione dell'intervento "Ritornare a casa PLUS" prevede, nei limiti degli stanziamenti in bilancio, prioritariamente il rinnovo dei progetti "Ritornare a casa" attivi, ad esclusione del livello assistenziale dimissioni protette, rispettivamente al 31 dicembre di ciascuna annualità.

Assicurato il rinnovo dei progetti, le risorse trasferite e disponibili dovranno essere utilizzate per l'attivazione delle nuove progettualità "Ritornare a casa PLUS" e per i mutamenti di Livello Assistenziale.

L'intervento "Ritornare a casa PLUS" è gestito dagli enti gestori degli ambiti PLUS, che ricevono le relative risorse dalla Regione, e dai comuni che fanno parte dei singoli ambiti territoriali.

Gli enti gestori degli ambiti PLUS trasferiscono con cadenza quadrimestrale, previa attestazione da parte dei comuni del relativo fabbisogno, le risorse necessarie per il finanziamento dei singoli progetti. Qualora a seguito di decessi o interruzioni le risorse trasferite dagli ambiti plus eccedano il concreto fabbisogno, le amministrazioni comunali informano prontamente l'ente gestore e concordano la gestione delle risorse risultate in eccedenza.

Gli enti gestori degli ambiti PLUS monitorano costantemente l'andamento della spesa e dispongono l'attivazione delle nuove progettualità secondo l'ordine cronologico di presentazione delle domande.

Gli enti gestori degli ambiti PLUS, tenuto conto delle proprie strutture organizzative, possono provvedere al pagamento diretto ai beneficiari disponendo i relativi adempimenti amministrativi.

Rinnovi:

- I progetti Ritornare a casa plus attivi al 31 dicembre 2022 andranno in continuità fino al 31 dicembre 2023, salvo interruzione per rinuncia o decesso del beneficiario;
- I progetti "Ritornare a casa plus attivi al 31 dicembre 2023, ad esclusione del livello assistenziale dimissioni protette, andranno in continuità fino al 31 dicembre 2025 salvo interruzione per rinuncia o decesso del beneficiario;

I progetti in continuità dovranno comunque essere rivalutati annualmente relativamente alla situazione economica del beneficiario sulla base delle attestazioni ISEE.

L'obbligo della valutazione in U.V.T. permane per i soli mutamenti di livello.

Nuovi progetti:

La richiesta di predisposizione del progetto "Ritornare a casa PLUS" corredata dalla relativa certificazione sanitaria, è inoltrata dal destinatario del progetto, da un suo delegato, dal tutore o amministratore di sostegno, al comune di residenza o punto unico di accesso che la trasmette all'ente gestore dell'Ambito PLUS.

Alla richiesta devono essere allegati:

- Per il livello assistenziale dimissioni protette:
  1. certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria attestante la condizione di persone anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona

infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio;

2. attestazione ISEE.

- Per il livello assistenziale base A:
  1. idonea documentazione attestante l'impossibilità di accedere alle strutture residenziali e semiresidenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali e copia del verbale di inserimento redatto dall'UVT del Distretto Sociosanitario di residenza. Si tratta nello specifico di persone già inserite, o in procinto di esserlo, a seguito di valutazione in UVT, in percorsi di cura all'interno di strutture residenziali o Centri Diurni Integrati o Centri Diurni a valenza socio riabilitativa, che hanno dovuto interrompere, o non hanno potuto effettuare, l'inserimento a causa dell'emergenza Covid;
  2. verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, oppure verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013. Per l'attivazione del progetto è necessaria l'acquisizione dell'accertamento provvisorio che produce i suoi effetti fino all'emanazione dell'accertamento definitivo.

- Per tutti gli altri livelli:
  1. verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013. Se al momento della presentazione della domanda l'interessato non ha ancora ricevuto il verbale che attesti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, la relativa domanda può essere presentata con riserva di integrazione;
  2. certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata e convenzionata che dimostri una delle condizioni sanitarie (schede ministeriali e regionali in ragione della patologie e condizione di accesso). Qualora difficoltà organizzative dei servizi territoriali rendessero impossibile o estremamente gravosa la certificazione della condizione di disabilità gravissima da parte di specialisti di struttura pubblica o privata accreditata, la relativa certificazione può essere resa da specialisti nell'esercizio della libera professione;
  3. per il Livello Assistenziale Base A e il Livello Assistenziale Base B dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato L. 162/1998 ovvero di essere beneficiari ultrasessantacinquenni di piani personalizzati L. 162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
  4. per il Livello Assistenziale Primo, Secondo e Terzo dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato L. 162/1998;
  5. attestazione ISEE.

L'ente gestore dell'ambito PLUS, dopo aver accertato la copertura finanziaria, trasmette le richieste alle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) dell'Azienda del SSR territorialmente competente per la valutazione delle condizioni sociosanitarie rispetto ai criteri fissati nelle presenti linee d'indirizzo.

Per i progetti di tutti i livelli dovranno essere utilizzate, con riferimento alla specifica patologia, sia le scale di valutazione di cui al D.M. del 26/11/2016, recepite con Delib.G.R. n. 37/11 del 1.8.2017, che quelle regionali richiamate nelle presenti linee guida.

La valutazione multidimensionale costituisce requisito fondamentale per garantire il rispetto del principio di equità nell'accesso ai servizi e una risposta appropriata ai bisogni manifestati, garantendo l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie. Al fine di adottare una metodologia uniforme su tutto il territorio regionale nelle modalità di valutazione dei progetti del programma "Ritornare a casa" è necessario effettuare la valutazione multidimensionale attraverso le specifiche scale di valutazione riportate per ogni singola condizione.

In presenza di una richiesta di passaggio di livello sarà necessario procedere a una nuova valutazione da parte delle Unità di Valutazione Territoriale;

Le Unità di Valutazione Territoriale (UVT) delle Aziende del SSR in caso di valutazione positiva approvano il progetto e individuano il livello di intensità assistenziale più adeguato, che dovrà essere riconducibile ai livelli assistenziali descritti, e ne da comunicazione al comune di residenza e all'ente gestore dell'Ambito PLUS per la sua attivazione. Nel caso di non approvazione l'UVT dovrà darne comunicazione al comune di residenza e all'ente gestore dell'Ambito PLUS motivando il diniego e che provvederanno a darne comunicazione scritta al richiedente.

Nel caso di attivazione nel corso dell'anno, i nuovi progetti dovranno coprire un arco temporale di almeno un mese.

Tutti i progetti di rinnovo e di prima attivazione, ad eccezione del livello dimissioni protette, si concludono il 31 dicembre di ciascuna anno.

In caso di ricovero in strutture ospedaliere, residenziali o hospice per un periodo fino a 30 giorni, gli interventi verranno sospesi per essere ripristinati con il rientro a domicilio. In caso di sospensione per un periodo superiore a 30 giorni si dovrà procedere a nuova valutazione e alla eventuale riattivazione del progetto.

Nel caso di assistenza diretta, sono riconosciute come rimborsabili le spese per la contrattualizzazione dell'assistente personale. La titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del beneficiario. A suo carico sono anche gli oneri assicurativi e previdenziali riguardanti gli assistenti impiegati che sono ricompresi nell'importo riconosciuto.

Nel caso in cui un progetto presentato per un'annualità successiva alla prima, non sia riapprovato dalla UVT, al fine di non interrompere l'assistenza, trattandosi di persone con disabilità molto gravi, si può, in deroga a quanto previsto per i termini di presentazione delle domande, attivare un piano personalizzato ai sensi della L. n. 162/1998, utilizzando eventuali economie del programma regionale o procedere all'attivazione dell'assistenza domiciliare.

5) Elaborazione del progetto personalizzato

Il progetto personalizzato è predisposto dalle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) dell'Aziende del SSR competente per territorio, con la presenza dell'assistente sociale del comune di residenza in qualità di componente dell'UVT, e dal diretto interessato (ovvero in caso di impossibilità da altra figura di riferimento).

Nel progetto devono essere definiti gli obiettivi prioritari da raggiungere al fine assicurare il miglioramento del grado di autonomia e della qualità della vita della persona rispetto alle seguenti dimensioni: igiene della persona e degli ambienti di vita; svolgimento delle attività di vita quotidiana; promozione della vita di relazione. Gli interventi assistenziali declinati nel progetto devono essere finalizzati esclusivamente alla cura della persona e del suo ambiente di vita in ragione del piano di spesa finanziato, con esclusione pertanto di voci di spesa non strettamente riconducibili al bisogno assistenziale del beneficiario.

Il livello di contributo è ricondotto al bisogno assistenziale rilevato e correlato alla situazione economica certificata.

Il progetto personalizzato, da attuarsi nell'ambito del comune di residenza presso l'abitazione nella quale il beneficiario e i suoi familiari dimorano abitualmente deve indicare le modalità di copertura del bisogno assistenziale tenendo conto dell'assistenza fornita dai familiari, dell'assistenza fornita dal progetto (con rapporto di 1/1 tra assistito e operatore) e dell'assistenza fornita con altri interventi.

Il progetto dovrà inoltre prevedere espressamente le modalità di verifica dell'assistenza da parte del servizio sociale comunale e del raggiungimento degli obiettivi predefiniti.

Il progetto si configura pertanto quale "patto assistenziale" che sancisce l'intesa assistenziale-terapeutica tra la persona interessata, la famiglia e gli operatori sociali e sanitari;

Per il livello assistenziale dimissioni protette Il progetto personalizzato è predisposto dalle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) dell'Aziende del SSR competente per territorio in sinergia con l'organo di valutazione multidimensionale della struttura sanitaria che dispone e certifica le dimissioni protette.

6) Contributo per disabilità gravissime

Sarà comunque garantito alle persone in condizione di disabilità gravissime, già beneficiarie nel 2017 del contributo in argomento ai sensi della Delib.G.R. n. 70/13 del 29/12/2016, il mantenimento del contributo stesso. Analogamente sarà garantito alle persone in condizione di disabilità gravissime, già beneficiarie nel 2018 del contributo potenziamento incrementato della quota disabilità gravissime ai sensi sella Delib.G.R. n. 56/21 del 20/12/2017, il mantenimento del contributo stesso.

7) Caregiver familiare

Per caregiver familiare si deve intendere "la persona 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", in conformità a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020".

Il sostegno economico al caregiver familiare deve essere previsto espressamente nel progetto e deve essere erogato come corrispettivo di un carico assistenziale effettivamente sostenuto.

Le ore di assistenza domiciliare e l'attività di cura resa dal caregiver devono essere espressamente riportate nel progetto personalizzato.

All'interno del singolo piano personalizzato può essere prevista l'attività di cura del caregiver familiare per l'intero importo previsto per il Livello Base A, per una quota non superiore al 50% dell'importo previsto per il Livello Base B e per una quota non superiore a un terzo del solo contributo ordinario per i Livelli Primo, Secondo e Terzo.

8) Monitoraggio e debito informativo

Gli enti gestori degli ambiti PLUS e i comuni trasmettono alla Regione, per il tramite del sistema informativo Sisar, i dati riferiti a tutti i progetti complessivamente gestiti per il relativo monitoraggio e rendicontazione.

I dati relativi ai progetti devono essere aggiornati periodicamente sul sistema informativo per consentire un monitoraggio costante dell'andamento del programma regionale.