

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

1.1 Il quadro di contesto

La disciplina regionale

Le norme regionali che nell'ambito dei servizi alla persona regolano le politiche e gli interventi e servizi per la non autosufficienza sono le seguenti:

- Legge Regionale 27 marzo 1998, n. 22 "Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano Sociale Regionale 1998/2000" e ss.mm.ii.;

- Piano Sociale Regionale 2016/2018, nello specifico la sezione *Asse Tematico 2*, approvato dal Consiglio Regionale con verbale n. 70/4 del 9 agosto 2016 contestualmente all'approvazione di diverso assetto istituzionale, giusto Verbale n. 70/3, con il quale il Consiglio Regionale ratifica la definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali, entrambi pubblicati sul BURAT Speciale n. 114 del 9.9.2016, prorogato con la D.G.R. n. 949/C del 7 dicembre 2018, ratificata dal Consiglio Regionale nella seduta del 31.12.2018 con verbale n.114/3;

- L.R. 23 novembre 2012, n. 57 Interventi regionali per la vita indipendente;

Vi è, inoltre, uno specifico intervento per il riconoscimento del lavoro assistenziale svolto dal caregiver che assiste minori con malattie rare e con disabilità gravissima che necessitano di assenza continuativa, ai sensi della L.R. 27.12.2016 n. 43.

Il percorso partecipativo è stato organizzato - compatibilmente con le disposizioni imposte dall'emergenza epidemiologica - attraverso:

- la redazione di un documento preliminare posto a base del confronto con tutti gli interlocutori presenti sul territorio;
- la messa a disposizione della proposta base con la successiva convocazione in presenza degli interlocutori individuati per l'esposizione delle linee generali di indirizzo e di proposta elaborate e per l'avvio del confronto di merito.
- Raccolta delle osservazioni provenienti da tutti i soggetti coinvolti sul territorio;
- Valutazione di merito dei contributi e predisposizione del documento finale.

1.2 L'integrazione socio-sanitaria

La disciplina regionale

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 191 del 13 aprile 2017 sono state approvate le Linee di Indirizzo per l'Integrazione Socio-Sanitaria al fine di implementare e sviluppare strumenti formali di integrazione a livello istituzionale, di supportare la gestione integrata dei servizi riferibili alle diverse aree di integrazione e di indicare strumenti di raccordo interprofessionale nell'ambito dell'accesso, della valutazione, della continuità assistenziale e del monitoraggio.

Il documento si articola nei seguenti tre livelli dell'integrazione:

Linea di indirizzo 1- Integrazione istituzionale, contenente indicazioni per l'implementazione e lo sviluppo degli strumenti giuridici di integrazione inseriti nel Piano sociale regionale 2016-2018 (Convenzione socio-sanitaria, Conferenza Locale Integrata, raccordo e co-gestione operativa fra Distretto e Ambito, etc.);

Linea di indirizzo 2 - Integrazione gestionale, contenente specifici indirizzi per la gestione integrata di servizi riferiti alle diverse aree dell'integrazione;

Linea di indirizzo 3 - Integrazione professionale, che ricomprende indicazioni relative agli strumenti di raccordo interprofessionale nell'ambito dell'accesso, della valutazione e della continuità, del monitoraggio.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 disciplina il funzionamento dei PUA e delle UVM a livello distrettuale socio - sanitario, in raccordo organizzativo ed operativo con gli Ambiti Distrettuali Sociali della Regione Abruzzo, relativamente alle modalità di valutazione del bisogno socio-assistenziale e socio-sanitario di cui all'art. 3, co 2 del D.M. 26 settembre 2016.

1.2.1 *Ambiti territoriali*

In Abruzzo, la progressiva costruzione di un nuovo welfare regionale, avviata ancora prima della stessa legge 328/2000, è stata contraddistinta da scelte che hanno privilegiato fin dall'origine l'affermarsi dell'associazionismo tra gli enti locali e il consolidamento di un welfare sussidiario, in cui vengono valorizzate le risorse sociali del territorio. Questo processo si è sviluppato partendo dalla individuazione di 35 Ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali, ambiti ritenuti "adeguati" rispetto alle esigenze di omogeneità territoriale e di raccordo tra le diverse politiche dei servizi alla persona. I criteri utilizzati per la zonizzazione tenevano conto anche dell'articolazione delle Aziende USL (e dei loro Distretti sanitari nelle zone collinari e costiere) e dei confini delle Comunità Montane nelle aree interne.

Con DGR 475/C del 21/7/2016 si è proceduto alla riorganizzazione degli Ambiti territoriali Sociali, passando dai precedenti 35 a 24 Ambiti territoriali, che diventano "distrettuali" ovvero coincidenti con i distretti sanitari; una soddisfacente coincidenza si riscontra anche con i Centri per l'Impiego, anche se non sono intervenuti, sinora, provvedimenti riorganizzativi in tal senso.

1.2.2 *Punti Unici di Accesso*

Il servizio PUA rappresenta la porta unitaria di accesso agli interventi ad elevata intensità socio-sanitaria del territorio, e viene declinato a livello regionale attraverso l'organizzazione del servizio integrato presso l'Ambito Distrettuale Sociale (ADS) ed il competente DSB territoriale.

1.2.3 *Valutazione multidimensionale*

La Regione nella programmazione unitaria dei servizi alla persona previsti con il PSR 2016/18 (Asse Tematico 2) e nello specifico con il FNNA, garantisce modalità di presa in carico partendo dalla valutazione del bisogno assistenziale della persona con grave disabilità e, quindi, del bisogno sociale e socio-sanitari, mediante una valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

Quale riferimento normativo regionale ai fini della definizione della valutazione multidimensionale, vige il Decreto del Commissario ad acta n. 107/2013, che costituisce il documento approvativo delle "Linee Guida Regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale", comprensivo altresì della seguente modulistica:

- "Esito valutazione UVM",
 - "Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) - a cura del MMG/PLS"
 - "Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP) – Dimissione protetta". L'UVM è costituita da professionalità socio sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche.
- Rappresenta uno strumento flessibile ed integrato, in grado di oggettivare, attraverso le competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno del singolo paziente, individuando le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta, definendo gli obiettivi e consentendo la presa in carico e la valutazione

degli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza. L'UVM opera in stretta correlazione con il Punto Unico di Accesso ed è composta da

- Responsabile del DSB
- Medico di medicina generale (MMG), nominato tra i componenti dell'UCAD
- Assistente Sociale,
- Infermiere
- MMG dell'Assistito, o PLS, a richiesta dell'UVM
- Medico specialista (geriatra, neurologo, cardiologo, ecc) competente per la specifica patologia clinica. L'UVM, come innanzi declinata, quindi, può essere integrata da ulteriori professionalità quali, a titolo esemplificativo, l'assistente domiciliare del soggetto interessato, il facilitatore della comunicazione laddove necessario, i prestatori di attività di volontariato a beneficio del soggetto, operatori del servizio per il collocamento mirato di cui alla L. 68/1999, ove appropriato. Ai fini dell'autodeterminazione e di considerare i desideri, le aspettative e preferenze, alla definizione del progetto personalizzato, partecipa la persona con disabilità grave o, nel caso di impossibilità di quest'ultimo a partecipare attivamente, i familiari o chi ne tutela gli interessi.

1.2.4 Progetto personalizzato

L'efficace presa in carico della persona non autosufficiente necessita di un piano personalizzato di assistenza o progetto personalizzato.

Il Progetto personalizzato è definito e condiviso con il soggetto interessato, previa valutazione multidimensionale; esso scandisce e misura il percorso socio-assistenziale, riabilitativo ed educativo attraverso una visione multidimensionale della persona disabile al fine dirigere gli interventi verso il mantenimento o il recupero delle potenzialità residue e il miglioramento della qualità della vita quotidiana.

Affinché la definizione del progetto personalizzato avvenga con il coinvolgimento delle necessarie competenze professionali, è utile una fase di pre-analisi della situazione della persona con disabilità grave che consenta di determinare la composizione della equipe multiprofessionale ai fini della valutazione delle seguenti dimensioni:

- cura della persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici,
 - mobilità,
 - comunicazione ed altre attività cognitive,
 - attività strumentali e relazionali della vita quotidiana,
 - condizione familiare, abitativa e ambientale, in particolare, le dinamiche affettive e dei vissuti del contesto familiare, il contesto socio-relazionale della persona disabile, le motivazioni e le attese sia personali che del contesto familiare
- Alla definizione del progetto personalizzato partecipa come soggetto attivo, e non solo come osservato, la persona con disabilità grave o, nel caso di impossibilità di quest'ultimo a partecipare attivamente, i familiari o chi ne tutela gli interessi, al fine di consentirne l'autodeterminazione. Anche il monitoraggio e la valutazione del progetto personalizzato vede la partecipazione del soggetto interessato o di chi ne tutela gli interessi. Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi rispetto agli obiettivi, occorre procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato per obiettivi a medio e lungo termine. Il Progetto personalizzato, costruito con la partecipazione attiva del soggetto interessato o di chi ne tutela di interessi, individua la figura del case manager quale figura di riferimento per la sua corretta realizzazione, il necessario monitoraggio periodico e verifica per l'eventuale revisione in itinere. Di norma il case manager è un operatore sociale con le necessarie competenze

1.2.5 Budget di Progetto

Il budget di progetto completa il Progetto individualizzato; individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita», inclusi gli interventi a valere sul FNNA e contempla tutte le risorse: umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata, in ragione delle peculiarità del soggetto interessato, dei suoi bisogni e delle capacità residue possedute in ordine alle attività della vita quotidiana. Al suo interno vengono quindi considerati gli interventi di carattere socio - sanitario di cui il soggetto già gode (che possono essere periodicamente riformulati in funzione della dinamicità del progetto stesso), e di ogni altra risorsa attivabile ai fini del miglior raggiungimento degli obiettivi; sono annoverati nel budget di progetto, oltre agli interventi da porre a carico del FNNA progetto, anche le altre risorse spendibili: personali, familiari, amicali e quelle garantite dal volontariato..

La costruzione di un valido budget di progetto, presuppone un lavoro di condivisione del metodo di lavoro, essenziale per garantire standard qualitativi ed uniformi su tutto il territorio regionale nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza.

2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

Individuazione dei beneficiari

Destinatari degli interventi sono le persone in condizione di disabilità gravissima, incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione. Gli atti di programmazione regionale fanno propria la definizione di condizione di disabilità gravissima esplicitata all'art. 3 del DM 20016 e impegna gli Ambiti Distrettuali Sociali a destinare, prioritariamente, almeno il 50% delle risorse del Fondo agli interventi diretti e indiretti a loro favore, fatta salva la quota del Fondo destinata all'implementazione delle Linee guida per la Vita Indipendente. Le persone in condizione di disabilità gravissima sono individuate dal DM 26/9/2016 nelle 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) dello stesso decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate negli allegati al medesimo decreto.

Il Fondo finanzia anche interventi per non autosufficienze «gravi» che sono individuati nelle persone con disabilità grave certificata ai sensi dell'art. 3, co 3 L. 104/92 con la presenza di oggettive condizioni di non autosufficienza dovuta a deficit di carattere bio-clinico, socio-familiare che comportano una significativa riduzione delle capacità funzionali di autonomia personale.

Modalità di valutazione del bisogno

L'accesso ai benefici è condizionato alla valutazione del bisogno assistenziale mediante strumenti validati in uso alle Unità di Valutazione Multidimensionale; lo strumento di valutazione maggiormente utilizzato risulta essere la scheda S.Va.M.Di., integrata con altri strumenti (MSQ, IADL, SVAMA, AIL, BARTEL) di ausilio per misurare l'intensità del bisogno assistenziale. In caso di risorse insufficienti, a parità di condizioni, la situazione economica meno vantaggiosa può determinare priorità d'accesso, fermo restando quanto previsto dal Piano nazionale 2019-2021 circa il valore di reddito socio-sanitario a cui condizionare l'accesso all'assegno di cura per la disabilità gravissima (€ 50.000,00 accresciuti ad € 65.000,00 in caso di beneficiari minori).

3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

L'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 2 del Piano, individua le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;

c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

La Regione Abruzzo assicura i seguenti interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per le persone in condizione di disabilità grave:

3.1 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

3.1.1 Assegno di cura e per l'autonomia

Assegno per le disabilità gravissime

È un beneficio economico per la cura e per l'autonomia, ovvero ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale e non assimilabile all'indennità di accompagnamento o alle altre prestazioni di invalidità civile (cui comunque si cumulerà) a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, prevedendo un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità.

Le istanze, corredate dalla suddetta certificazione di diagnosi definitiva di SLA e altre disabilità gravissime devono essere presentate all'E.C.A.D. nel cui territorio è compreso il Comune di residenza della persona affetta da SLA nei termini e modalità previste negli appositi avvisi pubblici e con il supporto diretto dei servizi di informazione e presa in carico dell'ADS di riferimento (es. Segretariato Sociale, PUA), assicurando anche un canale informativo diretto rivolto alle Associazioni rappresentative della disabilità e della Non autosufficienza.

L'ADS tramite il competente UVM prevede una modulazione del beneficio sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato che contiene il budget di progetto, che riporta gli elementi di bisogno ed il quadro del sostegno presente sia diretto che indiretto. La regione ha fornito agli ADS specifici indirizzi tramite linee guida regionali per la quantificazione del beneficio.

Il beneficio è ancorato ad un bisogno assistenziale intenso e permanente valutato attraverso Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e) e h), sono illustrate nell'Allegato 1 al Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 al Decreto 26/09/2016.

Nelle linee guida regionali vengono previsti assegni di cura per la disabilità gravissima per un importo minimo di almeno 400 euro ed uno massimo di 1.000,00 euro mensili per 12 mensilità; viene, inoltre, riportata la indicazione del piano nazionale 2019-2021 che nel caso di risorse limitate il beneficio può eventualmente essere condizionato a ISEE, ma per valori non inferiori a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;

Le linee guida regionali prevedono espressamente obblighi di correttezza e fiducia sia da parte degli enti erogatori (alimentazione del casellario assistenza, SIUSS, SINA, Home Care premium), oltre che la compilazione di schede di monitoraggio e di rendicontazione delle spese annuali, che da parte del beneficiario o suo curatore dettagliate in uno specifico documento denominato "accordo di fiducia".

3.1.2 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)

Altri servizi complementari per disabilità gravissima

Gli altri interventi previsti nelle linee guida regionali 2019-21 complementari al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza già riportati nei piani distrettuali sociali sono i seguenti:

A.D.I. – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il servizio Assistenza Domiciliare Integrata fornisce prestazioni socio assistenziali e sanitarie erogate a domicilio, a persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi laterale amiotrofica.

A.D.S.A. – ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE DISABILITÀ GRAVISSIMA

Il servizio di Assistenza domiciliare socio assistenziale è rivolto a disabili gravissimi che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare, assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), interventi complementari (ricoveri di sollievo):

Interventi previsti nella Regione Abruzzo

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA(A.D.I.). Il servizio fornisce prestazioni socio assistenziali e sanitarie erogate a domicilio, a persone disabili e anziani non autosufficienti, al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano non autosufficiente e il disabile grave nel proprio ambiente di vita.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (A.D.S.A.). Il servizio è rivolto a disabili gravi e anziani non autosufficienti che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE. Il servizio consiste in prestazioni strutturate, finalizzate a soddisfare esigenze personali connesse con la vita di relazione, con la fruibilità del tempo libero e con particolari interessi professionali e di studio. È funzionalmente collegato al sistema dei servizi sociosanitari ed assistenziali e in particolare al servizio di assistenza domiciliare.

TELESOCORSO – TELEASSISTENZA. Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, e sono rivolti ad anziani e disabili gravi che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socio-economiche.

TRASPORTO. Il servizio di trasporto, anche mediante un servizio di taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone anziane ultra sessantacinquenni sole o disabili gravi, al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, etc.

CENTRI DIURNI. Le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, quali i centri diurni, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.

PRESTAZIONI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE E DI SUPPORTO AL CARE-GIVER

Intervento di supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia a titolo di rimborso dei costi relativi alla quota sociale per ricoveri di sollievo temporanei presso strutture socio-sanitarie nel caso in cui gli stessi siano complementari al percorso domiciliare e di sostegno alle prestazioni svolte dal care-giver.

Per le prestazioni assistenziali sopra elencate l'Ente Capofila di Ambito Distrettuale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e a monitorare periodicamente l'andamento degli interventi tramite una figura di raccordo con gli enti e la famiglia del beneficiario denominato Case Manager.

ASSEGNO DI CURA PER IL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' E AIUTO PERSONALE

L'accesso alle assegnazioni economiche è regolato dalla valutazione del grado di intensità del grado del bisogno socio-sanitario della persona non autosufficiente da parte dell'U.V.M. e – in caso di parità del bisogno rilevato - il reddito più basso, definito attraverso l'ISEE socio-sanitario (art. 6 DPCM 159/2013), garantirà la priorità di accesso, ai sensi del D.P.C.M. 05/12/2013, n. 159, coordinato con l'Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata del D.P.C.M. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo" approvato con D.G.R. n. 112/2017.

4. La programmazione delle risorse finanziarie		
Indicare la previsione di spesa per le singole attività finanziabili con le risorse del Fondo distinguendo l'importo destinato alle persone con disabilità grave e gravissima.		
Aree di intervento	Annualità 2020	
	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare	637.915,00	6.110.650,00
b) Assistenza indiretta	7.519.817,00	447.800,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare	459.718,00	939.000,00
Totale (esclusa Vita indipendente)	8.617.450,00	7.497.450,00
d) Progetti Vita indipendente - Fondo F.N.A.		880.000,00
- Cofinanziamento (Ambiti)		220.000,00
Totale (Vita indipendente)		1.100.000,00
Totale Generale risorse F.N.A.		16.994.900,00

5 Il monitoraggio degli interventi

Azioni di monitoraggio degli interventi e prestazioni e delle risorse finanziarie previsti.

Al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità previste dal presente programma, la Regione Abruzzo monitora e rendiconta al Ministero gli interventi programmati a valere sulle risorse del Fondo secondo le indicazioni del Piano Nazionale. Gli Ambiti Distrettuali Sociali, a cui son trasferite le risorse, sono tenuti ad inviare apposita rendicontazione, entro il termine che sarà successivamente comunicato dal competente Servizio della Giunta Regionale, unitamente ad un dettagliato rapporto qualitativo e quantitativo degli interventi e i servizi erogati nonché le informazioni sul numero e le caratteristiche dei beneficiari delle diverse tipologie d'intervento nei differenti ambiti previsti.

Gli Ambiti territoriali sono tenuti all'assolvimento dell'obbligo informativo mediante popolamento della specifica sezione del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS), istituito con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 22 agosto 2019.

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

Azioni di co-progettazione per la vita indipendente previste dalla Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo, come indicato nella Deliberazione di Giunta che approvano le nuove linee guida FNNA 2019-2021, prevede espressamente l'istituzione di un tavolo tecnico di lavoro per definire un percorso omogeneo e condiviso con gli stessi Ambiti Distrettuali Sociali, per definire le azioni innovative e complementari ai progetti posti in essere con la L.R. 57/2012 sulla "Vita Indipendente".

Verrà garantito un cofinanziamento così come stabilito con le linee guida approvate con D.D. n. 669 del 28 dicembre 2018, pari al almeno il 20% dell'intero progetto. Il totale delle risorse è pertanto pari ad almeno 100 mila euro per il numero di ambiti indicato nella Tabella al punto 41 delle linee guida approvate con il citato D.D. Per l'annualità 2020 saranno 11 gli Ambiti Territoriali coinvolti nella sperimentazione die progetti di Vita indipendente.

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

<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-finanziamento</i>	<i>Totale</i>
Euro 880.000,00	Euro 220.000,00	Euro 1.100.000,00

Indicazione n. Ambiti aderenti

n. 11

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

Da definire