



**AZIENDA SPECIALE CONSORTILE
PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI
NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A1
Via Fontananuova - 83031 Ariano Irpino**

REGOLAMENTO

Accesso ed erogazione dei servizi sociosanitari

(articolo 41, comma 3, L.R. 11/2007)

Premesso:

- Che con la legge 234 del 30/12/2021 sono stati approvati e ampliati la gamma dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) individuando gli ambiti territoriali sociali (ATS) quali dimensione territoriale in cui programmare e realizzare le attività utili al raggiungimento dei LEPS;
- Che con D.M.L.P.S. 229 del 30/12/2021 è stato approvato il piano per gli interventi dei servizi sociali di contrasto alla povertà per il triennio 2021/2023;
- Che con D.G.R. n. 414 del 27/07/2022 Piano Regionale della Campania per la lotta alla povertà 2021/2023;
- Che con D.G.R.C. 121 del 14/03/2023 è stato approvato il Piano Regionale non autosufficienti per le persone disabili 2022/2024;
- Che con D.G.R. n. 66 del 14/02/2023 è stato approvato il V Piano Sociale Regionale 2022/2024 che definisce gli indirizzi per la realizzazione del sistema di interventi e servizi da parte degli Ambiti territoriali;

Considerato:

- Che con nota prot. 0304596 del 14/06/2023 sono state trasmesse le indicazioni operative al fine di consentire agli Ambiti territoriali una programmazione organica dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari attraverso la presentazione della prima e seconda annualità dei Piani di Zona triennali in applicazione del V Piano Sociale Regionale 2022/2024;
- Che le indicazioni sopra richiamate richiedono nel rispetto dell'articolo 41 comma 3, della Legge Regionale 11 del 23 ottobre 2007 l'adozione di apposito regolamento disciplinante l'accesso e l'erogazione dei servizi sociosanitari;

- Che per l'adozione del piano triennale 2022/2024, in applicazione dell'art. 21 della Legge Regionale 11/2007, è stato sottoscritto tra l'Azienda Consortile A01 e l'ASL Avellino l'Accordo di programma in materia di integrazione sociosanitaria.

Considerato altresì

- Che la normativa nazionale assume ormai il percorso integrato Accesso, Valutazione, PAI e Monitoraggio quali LEPS, quindi vincolanti anche per i soggetti responsabili dell'assistenza sociale;
- Che il PNRR, il Piano Sociale Nazionale, il PNNA, e il DM 77/2022 vanno tutti nella medesima direzione programmatica, sostenendo anche finanziariamente il rafforzamento e la qualificazione del sistema integrato territoriale sociosanitario.

ART. 1

Obiettivo

I percorsi integrati sociosanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati in Ambiti Territoriali per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni sociosanitarie.

In questo regolamento si delineano le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie.

ART. 2

Definizioni di prestazioni sociosanitarie

L'insieme delle prestazioni sociosanitarie si caratterizza in tre tipologie a seconda della maggiore o minore presenza di fattori sociali o sanitari.

Le prestazioni sono individuate quali:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione.

La prima tipologia, ***prestazioni sanitarie a rilevanza sociale***, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse,

inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di ***prestazione sociale a rilevanza sanitaria***, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita da appositi regolamenti.

La terza tipologia prevede invece le ***prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione***. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sociali e sanitari, tali da rendere la prestazione inscindibile e indivisibile.

Di queste prestazioni, alcune vengono definite ***prestazioni sociosanitarie compartecipate***. Le prestazioni sociosanitarie cosiddette compartecipate sono quelle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e del Consorzio di Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Attengono prevalentemente alle aree:

- **materno infantile;**
- **persone anziane e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;**
- **persone con disabilità;**
- **persone con patologie psichiatriche;**
- **dipendenze da droga, alcol e farmaci;**
- **patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.**

Si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

L'Allegato 1C del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare:

Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)

- comprende le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e)

prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa];

Assistenza semiresidenziale:

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per persone con disabilità grave;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone anziane

- prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie

- prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

- prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per persone con disabilità grave;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

- prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani

- prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV

- prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

ART. 3

Il Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso PUA si colloca nell'ambito del "welfare d'accesso" di comunità, si pone come modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, rispondendo ai bisogni dell'individuo quale LEPS. Il PUA è il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso "unitaria" alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Ambito Territoriale e distretto sanitario dell'ASL di competenza. Destinatari del PUA sono le singole persone e le famiglie residenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria. Il PUA è ubicato presso la sede del Distretto Sanitario di Ariano Irpino e le sedi distaccate dei Presidi Sanitari ad esso afferenti.

ART. 4

U.V.I.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.). si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno sociosanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale individuale (PAI). L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una "diagnosi" del bisogno sociosanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il "sintomo" portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

L'U.V.I. si riunisce di norma presso il Distretto Sanitario e presso i Presidi Sanitari del territorio salvo diverse esigenze per le quali risulti opportuno utilizzare un'altra sede territoriale od extraterritoriale (strutture residenziali extra ASL) o presso la sede dei servizi sociali territoriali coinvolti, oppure presso il domicilio del richiedente la prestazione.

ART. 5

L'accesso alle prestazioni

Ogni richiesta accolta presso il PUA si conclude con una valutazione e con la proposta di relativo percorso. Nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, al PUA compete l'orientamento e/o l'invio ai servizi individuati al riguardo. Per le situazioni “complesse” si provvede ad avviare il percorso di presa in carico, con conseguente definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che prevede il coinvolgimento di molteplici professionalità.

È possibile rivolgersi al PUA in modo diretto, oppure attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, mail) indirizzando la richiesta di accesso al front office. Il PUA prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di interventi in favore di soggetti fragili, presentate da MMG/PLS, Associazioni di volontariato, parrocchie e /o altri soggetti istituzionali o meno.

La richiesta viene effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc e contenente: Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.); Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.); Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata; Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice; Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso. La modulistica unica adottata per la domanda di accesso prevede che il cittadino o il suo tutore giuridico esprima il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy.

ART. 6

Ammissione alle prestazioni sociosanitarie

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione alle prestazioni sociosanitarie.

La proposta di ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano (o suo delegato).

La convocazione dell'UVI è affidata al Responsabile UVI di norma individuato in un Medico Dirigente del Distretto Sanitario o suo delegato.

La Proposta di ammissione deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni: bisogno/problema rilevato; prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione delle prestazioni sociosanitarie; prima ipotesi di intervento; tempi di attivazione dell'UVI.

Sulla base della proposta per l'ammissione alle prestazioni sociosanitarie viene convocata l'UVI entro il limite massimo di 72 ore dalla richiesta. Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

ART. 7

La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

Per la parte sanitaria: M.M.G./P.L.S; Medico dell'U.O. distrettuale competente formalmente delegato alla spesa da parte del Direttore del Distretto

Per la parte sociale: assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale e/o UO responsabili dei diversi servizi;

Utente e/o familiare di riferimento munito di certificazione ISEE di cui al regolamento di compartecipazione alla spesa sociosanitaria ex decreto n. 6/2010.

In caso di ricovero presso strutture sociosanitarie aziendali e/o accreditate, se il Responsabile UVI ne ravvede la necessità, potrà intervenire all'UVI il rappresentante della struttura.

La normativa regionale considera obbligatoria la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata e necessario l'assenso del rappresentante di ogni ente al progetto individuale concertato nell'UVI stessa, ai fini dell'erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche o altre figure necessarie legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni. L'UVI effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello); elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela; verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato; stabilisce la percentuale di compartecipazione alla spesa socio sanitaria da parte dell'ASL e dell'utente/Ambito.

La *valutazione multidimensionale* dell'UVI viene effettuata con strumenti specifici, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumenti resi disponibili dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA e la classificazione ICF. Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 20 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato.

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia. Il *Case Manager o Responsabile del caso* assicura che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del*

caso. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere funzionalmente del suo operato.

ART. 8

La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue l'elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI ha i seguenti compiti:

1) Definisce gli indicatori di accesso utili ad individuare priorità e tempi necessari alla valutazione;
2) Applica gli strumenti idonei e standardizzati per la valutazione multidimensionale (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale: **SVAMA, SVAMDI**;

3) Elabora il PAI comprendente obbligatoriamente:

- gli obiettivi essenziali da raggiungere;
- la tipologia della prestazione;
- la durata presumibile degli interventi assistenziali;
- tempi di verifica dell'andamento del PAI;
- i costi della prestazione e la ripartizione percentuale dei costi tra ASL, utente e Ambito;
- le modalità di pagamento;
- la firma per accettazione da parte di tutti i

partecipanti.

Il PAI contiene il seguente set di informazioni:

- Anamnesi del Medico di Medicina Generale (M.M.G.) o del Pediatra di Libera Scelta (P.L.S.);
- Anamnesi socio-ambientale del singolo e/o del nucleo familiare a cura dei servizi sociali d'ambito;
- Diagnosi sociosanitaria;
- Diagnosi sociale;
- Individuazione risorse personali;
- Individuazioni risorse familiari;

- Indicatore della situazione economica del singolo e/o del nucleo familiare di riferimento all'I.S.E.E.;
- Obiettivi dell'intervento integrato;
- Metodologia;
- Prestazione sanitaria dettagliata e operatori coinvolti;
- Prestazione sociale dettagliata e operatori coinvolti;
- Eventuali moduli, schede, protocolli, relazioni, certificazioni, frutto della professionalità, dell'esperienza, della competenza dei componenti e/o delle unità operative e dei servizi che questi rappresentano.

- 4) individua il Case Manager responsabile distrettuale della presa in carico deputato a seguire il percorso del PAI di cui è il garante. Verifica costantemente la corrispondenza tra gli obiettivi prefissati, i risultati raggiunti e le risorse impiegate;
- 5) individua il Case Manager deputato a seguire il processo di assistenza e di attuazione degli interventi previsti nel PAI nella figura preferibilmente del MMG/PLS;
- 6) trasmette il PAI per l'autorizzazione, al Direttore Sanitario del Distretto e al Responsabile del PdZ per le autorizzazioni di competenza;
- 7) acquisisce il consenso formale del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato e al pagamento dell'eventuale quota di compartecipazione alla spesa definita dalla certificazione ISEE;
- 8) Propone il ricovero in R.S.A. o C.D., a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali;
- 9) verifica e rivaluta l'andamento complessivo del PAI. Da tali rivalutazioni può scaturire un nuovo PAI modificativo del precedente; stabilisce le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- 10) provvede alla tenuta ed archiviazione dei fascicoli personali dei pazienti.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere conclusa, come già indicato al paragrafo precedente, entro 20 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti

ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'UVI.

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'UVI in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy. Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

ART. 9

Fatturazioni prestazioni residenziali sociosanitarie

A partire dal 1° gennaio 2012 è fatto obbligo alle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001, secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010 e 110/2014, e secondo le successive disposizioni della D.G.R.C n. 282 del 14/6/2016, di fatturare all'ASL nel cui territorio opera la struttura esclusivamente la quota dovuta per la componente sanitaria, di fatturare all'utente la quota di compartecipazione sociale determinata dall'applicazione del regolamento di compartecipazione sociosanitaria e fatturare all'Ambito la restante quota sociale non a carico dell'utente.

Le percentuali di compartecipazione sociosanitaria tra sanitario (ASL) e sociale (Utente/Ambito) sono:

- Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona 50% 50%;
- Servizi semiresidenziali per disabili fisici psichici e sensoriali per prestazioni diagnostiche terapeutiche e socio riabilitative 70% 30%
- Servizi semiresidenziali per anziani e demenze: per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo 50% 50%
- Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi 70% 30%;
- Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socio riabilitative per disabili privi di sostegno 40% 60%;

- Servizi residenziali a favore di anziani per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo 50% 50%;
- Servizi residenziali per persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie per prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale/ 40% 60%;
- Servizi residenziali a persone affette da AIDS per prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo assistenza 70% 30%;

Art. 10 Norme di rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente atto si rinvia alla legislazione vigente, nonché alle norme, disposizioni e regolamenti del settore emanate da Stato, Regione ed altre autorità competenti in quanto applicabili.

Art. 11

Termini temporali di efficacia.

Il presente regolamento ha efficacia per la durata della V triennalità del Piano di zona sociale 2022/2024, ovvero dalla pubblicazione del medesimo sul sito istituzionale dell'ente e fino alla data di conclusione della programmazione triennale di riferimento.