



REGOLAMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ: ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI E DISABILI

Contesto di riferimento

Come definito dalla DGR 509/2007 e DGR 1206/2007 la costituzione del Fondo regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) rappresenta una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari e un'opportunità per sviluppare un approccio centrato sui bisogni e sull'autonomia sia delle persone non autosufficienti sia di chi vive accanto a loro e se ne prende cura, ponendo questi soggetti al centro della progettazione e attuazione degli interventi e dei servizi.

La non autosufficienza costituisce condizione che concentra diversi problemi e forti bisogni assistenziali e, in quanto tale, è riferita a diverse popolazioni come anziani, disabili, persone con patologia psichiatrica, o altre patologie, eleggibili per l'assistenza sociale e socio-sanitaria e che richiedono interventi di lungo periodo.

In quanto strumento di programmazione distrettuale il "Piano di zona della salute e del benessere sociale" definito dal Comitato di Distretto in coerenza con le linee di indirizzo provinciali della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, comprende il "Piano per la non autosufficienza", annualmente approvato, sulla cui base sono definite le risorse economico-finanziarie e i servizi per la non autosufficienza.

Quanto sopra premesso costituisce riferimento per l'erogazione di servizi e interventi rivolti alla popolazione non autosufficiente che necessita di definire un regolamento quale strumento per armonizzare sistemi per l'accesso ai servizi e agli interventi rivolti alla persona imperniato a principi di omogeneità, equità, eleggibilità.

Normativa principale di riferimento

- ❖ Legge n. 104 del 05/02/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate",
- ❖ DGR n. 1122 del 01/07/2002 "Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)",
- ❖ D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali",
- ❖ DGR n. 2068 del 18/10/2004 "Il sistema integrato di servizi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.",
- ❖ DGR n. 509 del 16/04/2007 "Fondo Regionale per la non autosufficienza – programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007 – 2009",
- ❖ DGR n. 1206 del 30/07/2007 "Fondo regionale per la non autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR 509/07",
- ❖ Delibera Assemblea Legislativa RER n. 175 del 25/05/2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010",
- ❖ DGR n. 1230 del 28/07/2008 "Fondo regionale per la non autosufficienza – programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità".

Criteri di selezione

Come indicato dalla DGR 1206/07 i destinatari degli interventi sono le persone non autosufficienti, siano essi anziani o disabili, che per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari sono valutati con lo strumento della valutazione multidimensionale da una équipe multiprofessionale denominata Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

L'organismo tecnico è composto in modo combinato, secondo il bisogno, da tecnici quali: medico (MMG/Specialista), infermiere, assistente sociale. Per quanto riguarda gli anziani mantiene la composizione definita quale Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), per quanto riguarda i disabili la composizione è precisata nella procedura Aziendale "Valutazione Disabilità tramite UVM". L'U-

ità di Valutazione per tutta la popolazione eleggibile, nella forma semplificata, può essere composta dall'infermiere e dall'assistente sociale, nei casi previsti.

Per le persone disabili a corredo della valutazione multidimensionale è prevista la certificazione di handicap di cui al comma 3, art. 3 della Legge 104/92.

L'accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari deve inoltre tenere conto delle priorità di accesso definite dal "Piano Sociale e Sanitario 2008 – 2010" che sancisce di indirizzare le risorse *"verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità facendo riferimento ai seguenti principi generali:*

- *equità nel realizzare il diritto individuale ad accedere alle prestazioni, garantendo ai cittadini e alle cittadine in analoghe condizioni di bisogno parità di prestazioni;*
- *equità ed omogeneità nella compartecipazione dei costi dei servizi da parte degli utenti: tale principio presuppone la condivisione di un percorso di approfondimento e di elaborazione comune a livello di zona e regionale sulla determinazione dei costi di ciascun servizio, sulla definizione delle relative tariffe e sull'applicazione dell'ISEE."*

Su questo secondo punto ciascuna zona sociale definirà strumenti e tempi per perseguire l'armonizzazione dei criteri di accesso con approfondimenti e pianificazioni di zona che, stante la complessità del sistema, necessitano di una valutazione specifica da parte delle singole Zone.

Servizio oggetto del presente regolamento

Il presente regolamento costituisce strumento finalizzato al governo dell'accesso all'assegno di cura, quale servizio di supporto della domiciliarità per le persone non autosufficienti, in specifico anziane e disabili.

1. Finalità dell'assegno di cura

L'assegno di cura è il beneficio economico istituito dalla Regione Emilia - Romagna per favorire le opportunità di vita indipendente delle persone in condizione di non autosufficienza, anche sostenendo il necessario lavoro di cura (Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 Art. 12).

L'intervento di contribuzione è erogato, riconoscendo il lavoro di cura della famiglia nei confronti della persona non autosufficiente, per attività socio-assistenziali e a rilievo sanitario, garantite dalla stessa famiglia direttamente o attraverso altri soggetti.

L'Assegno di Cura è una opportunità della rete dei servizi socio-sanitari integrati ed è concesso, con la procedura di cui al successivo punto 5, in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali.

Costituiscono elementi indispensabili ai fini della concessione, la valutazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM), come indicato nei criteri di selezione, e la disponibilità della famiglia/care giver ad assicurare in parte o in toto il programma di assistenza personalizzato.

Inoltre, con l'approvazione della DGR 509/2007, della DGR 1206/2007 e della DGR 1230/2008, sono stati definiti, nell'ambito del FRNA, finanziamenti vincolati orientati al consolidamento, articolazione, qualificazione e potenziamento degli interventi a sostegno delle famiglie per il mantenimento al domicilio delle persone non autosufficienti. L'assegno di cura è inteso come strumento a supporto della domiciliarità ed è confermato come servizio a carico del FRNA la cui ripartizione è annualmente indicata nel "Piano per la Non Autosufficienza" compreso nel Piano per la Salute e il Benessere adottato e approvato con l'Accordo di programma fra Comuni del distretto, Provincia e Azienda USL.

2. Beneficiario dell'assegno di cura

Beneficiaria dell'Assegno di Cura è la persona non autosufficiente che, nei termini previsti dal presente Regolamento, è riconosciuta bisognosa di prestazioni socio-assistenziali e socio-riabilitative a rilievo sanitario presso il proprio domicilio.

Per essere beneficiario dell'Assegno di Cura occorre possedere i seguenti requisiti individuali di ammissibilità (come previsto dalla DGR 1206/07 e DGR 1230/08):

- residenza anagrafica in uno dei Comuni della Provincia di Ravenna e domicilio nel territorio regionale,
- persona anziana al compimento del 65° anno di età o adulto portatore di patologie assimilabili

- a quelle dell'anziano, disabile certificato L. 104/92 art. 3 comma 3,
- valutazione multidimensionale, con riconoscimento della condizione di non autosufficienza, effettuata dall'UVM,
- condizione economica in base ai limiti di reddito indicati al successivo punto 8.

3. Destinatari dell'assegno di cura

Sono destinatari dell'intervento di contribuzione le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano o la persona con disabilità (ai sensi delle DGR 1122/02 e DGR 2068/04), certificata non autosufficiente, nel proprio contesto di vita e che a essa garantiscono direttamente o, avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali e a rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma assistenziale domiciliare definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica e Unità di Valutazione Multidimensionale.

Inoltre possono essere destinatari dell'assegno di cura:

- a) il beneficiario stesso, quando in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- b) il tutore, il curatore, l'amministratore di sostegno, ai sensi della Legge 6/2004;
- c) altri soggetti anagraficamente conviventi o non conviventi col beneficiario che intrattengono, nei suoi confronti, consolidati e verificabili rapporti di "cura" anche se non legati da vincoli familiari.

La famiglia o gli altri soggetti di cui in precedenza, per essere destinatari del contributo economico, devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona non autosufficiente ovvero garantire una presenza a casa della persona non autosufficiente in relazione alle sue necessità, previste nel programma assistenziale personalizzato.

4. Soggetto erogatore

L'Azienda Unità Sanitaria Locale e i Comuni, nell'ambito della programmazione dell'FRNA, definiscono annualmente le risorse finanziarie da finalizzare alla concessione di assegni di cura.

Tali risorse sono vincolate dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) come definito dalla DGR 509/2007, DGR 1206/2007 e DGR 1230/2008, sulla base del Piano per la Non Autosufficienza approvato in ogni Distretto, in attuazione degli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Al Servizio Anziani e Disabili Adulti di ogni Distretto è affidata la gestione delle procedure per l'erogazione dell'assegno di cura agli aventi diritto, fino alla concorrenza del budget definito dal Comitato di Distretto.

5. Fasi operative

a. Accesso

L'assegno di cura rappresenta una prestazione della rete dei servizi prevista dalle DGR 509/07, DGR 1206/07 e DGR 1230/08.

La proposta di erogazione dell'assegno di cura, di norma, compete all'assistente sociale territoriale responsabile del caso (a eccezione dei casi eleggibili come da DGR 2068/2004 in cui il responsabile del caso è la figura sanitaria), in base al riscontro di un reale bisogno assistenziale e previa verifica di alcune condizioni generali con particolare riferimento a:

- possibilità che l'erogazione dell'assegno di cura, in quanto strumento di supporto alla domiciliazione, rappresenti un'alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali;
- disponibilità del beneficiario o del destinatario (quando altra persona) ad assicurare:
 - a favore della persona non autosufficiente anziana le attività socio-assistenziali concordate (evidenziate nella Tabella 1 allegata, parte integrante della DGR n. 2686 del 20.12.2004, da riprodurre unitamente al rispettivo programma assistenziale personalizzato),
 - a favore della persona disabile le attività socio-assistenziali definite nel programma assistenziale personalizzato, parte integrante del contratto come indicato al successivo punto c.

Il responsabile del caso (di norma l'assistente sociale territoriale, tranne per i casi eleggibili ai sensi della DGR 2068/2004) è il primo e costante riferimento per il beneficiario e per il destinatario dell'assegno di cura (quando altra persona), dalla fase istruttoria del percorso di accesso fino

alla conclusione della presa in carico da parte della rete dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti.

La proposta del responsabile del caso deve essere dal medesimo trasmessa al competente Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti che, a sua volta, deve attivare gli strumenti tecnici più opportuni per la necessaria valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente.

b. Valutazione multi dimensionale

Al fine di effettuare la valutazione multidimensionale, il Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti (anche tramite il coordinatore/responsabile della medesima UVM) attiva l'UVM, quale organismo tecnico preposto e definito nelle sue diverse forme al punto "Criteri di selezione", che, tenendo conto delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente e, sulla base della valutazione multidimensionale, redige per gli anziani e valuta per i disabili il programma assistenziale personalizzato proposto dal responsabile del caso, eventualmente in accordo con il medico di medicina generale e lo valida.

La valutazione della persona non autosufficiente, così come la verifica periodica, è svolta di norma, per gli anziani, presso il domicilio della persona beneficiaria.

Nel caso in cui il programma assistenziale personalizzato possa essere assicurato a domicilio, anche con il concorso dei servizi della rete, l'Unità di valutazione multidimensionale verifica:

- a) la possibilità di assicurare il programma assistenziale personalizzato nel contesto abitativo della persona non autosufficiente;
- b) l'eventuale disponibilità e capacità della famiglia e/o dei soggetti indicati al precedente punto 2 ad assicurare le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, previste nel programma assistenziale personalizzato;
- c) relativamente a una valutazione della congruità dell'ambiente domestico e a eventuali adattamenti ambientali degli stessi, l'UVM avrà cura di predisporre, attraverso il responsabile del caso, concordemente con il beneficiario e la sua famiglia, l'eventuale consulenza del Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD);
- d) Sulla base della disponibilità della famiglia, da sancirsi mediante accordo formalizzato che definisce gli impegni assistenziali a carico della stessa, l'UVM propone il beneficio economico in relazione alla gravosità degli impegni assunti.

Nei casi in cui sia accertata la presenza di assistenti familiari, assunti con regolare contratto, l'UVM informa altresì la famiglia della possibilità di accedere al beneficio economico aggiuntivo e ne declina le modalità per avanzare la domanda.

Il Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti verifica l'esistenza, preventivamente rispetto alla sottoscrizione di contratto, dei requisiti per la concessione dell'assegno di cura e degli eventuali contributi aggiuntivi richiesti (limiti di reddito, documentazione attestante la contribuzione previdenziale, etc.) secondo le modalità di cui ai punti successivi.

Fatta salva l'adozione di eventuali specifici protocolli regionali, il riscontro documentale delle valutazioni multi dimensionali è rappresentato, per gli anziani, dalla scala "*Breve Indice Non Autosufficienza (B.I.N.A.)*" della Regione Emilia - Romagna, nella versione "*Home*" (valutazione al domicilio) e dalle scale ADL e IADL (Activities of Dayly Living; Instrumental Activities of Daily Living) in occasione di rinnovo.

L'accesso al beneficio economico dell'assegno di cura per le persone disabili è effettuato sulla base della valutazione multidimensionale e prevede l'attivazione del Servizio Sociale e/o di eventuali altri servizi che hanno in carico il caso (Servizio di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, U.O. Neuropsichiatria Infantile, ecc ...) secondo requisiti e modalità previste dalla DGR 1206/07 e sulla base di scale di valutazione in uso diverse da quella utilizzata per soggetti = > 65 aa e fino a diversa determinazione della RER.

c. Programma assistenziale personalizzato

Il programma assistenziale personalizzato è il riscontro documentale che, in esito alla valutazione multi dimensionale della persona non autosufficiente, in termini professionali e condivisi, tenuto conto dei vincoli e/o delle priorità assegnate, rappresenta la necessaria sintesi tra: bisogni accertati, risorse disponibili, possibili obiettivi da perseguire.

Il programma assistenziale personalizzato è condiviso con la famiglia e sottoscritto formalmente dal care giver indicato dalla stessa o dal beneficiario.

Procedura rapida per la valutazione delle situazioni critiche

Per le situazioni più critiche, che presentano carattere di emergenza, la valutazione da parte dell'UVM dovrà essere effettuata con procedura rapida di norma entro un tempo di 6 giorni dalla segnalazione.

Rapporti con le famiglie

Il programma assistenziale personalizzato può prevedere che la famiglia, a integrazione del proprio impegno, possa avvalersi dell'aiuto dei servizi semiresidenziali e domiciliari della rete in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza della persona e delle capacità di cura della famiglia stessa. In tal caso l'"accordo" evidenzia tale condizione. Gli oneri per queste prestazioni saranno a carico della famiglia (sulla base dei vigenti regolamenti comunali da adeguare rispetto alla DGR 1206/2007). Il responsabile del caso è il costante riferimento per la famiglia nella gestione complessiva della persona non autosufficiente; inoltre, nell'ambito delle sue funzioni, controlla l'attuazione del programma personalizzato di assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia.

Il medico di medicina generale, cui compete la responsabilità e il controllo sanitario della persona non autosufficiente, attiva gli interventi e le consulenze di tipo sanitario necessari al puntuale espletamento del programma assistenziale.

Il responsabile del caso si coordina con il medico di medicina generale.

Il responsabile del caso svolge le verifiche periodiche definite nell'ambito del programma assistenziale e, in caso di gravi inadempienze da parte della famiglia rispetto agli impegni assunti, può proporre la revoca del contributo riferendone all'UVM.

f. Compiti del responsabile del caso

Il responsabile del caso, oltre alla fase istruttoria, verifica che:

1. la persona non autosufficiente sia adeguatamente assistito e si trovi in buone condizioni;
2. siano rispettati il programma di assistenza personalizzato e gli impegni assunti dalla famiglia in particolare relativamente a:
 - igiene e cura della persona,
 - igiene e mantenimento dell'ambiente di vita,
 - condizioni dell'alimentazione;
3. la famiglia utilizzi tutti gli ausili ritenuti opportuni per la gestione delle attività quotidiane, per la prevenzione e il mantenimento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente;
4. siano assolte le necessità della persona non autosufficiente in rapporto con l'ambiente esterno e sul piano relazionale.

6. Criteri di erogazione dell'assegno di cura

a. Primo contratto, durata e rinnovo

L'accesso alla fruizione ex novo del beneficio di cui al presente regolamento, richiamando quanto esposto al precedente art 5, p. b), avviene a seguito di dichiarazione di eleggibilità da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale, la quale si esprime in ordine all'appropriatezza dell'erogazione dell'assegno di Cura rispetto ai bisogni rilevati. In conseguenza di ciò essa redige e/o valuta un progetto personalizzato che si pone come fine il mantenimento della persona non autosufficiente presso il proprio domicilio, sostenendo così, tramite un contributo di natura economica, le azioni di cura e/o di tutela assicurate.

Ai fini della eleggibilità, sono considerati:

- gli Anziani Non Autosufficienti valutati tramite la scala "Breve indice di Non Autosufficienza" (BINA)
- I Disabili valutati con specifici strumenti e scale di valutazione adottati in sede locale diversi da quella utilizzata per soggetti ≥ 65 aa e fino a diversa determinazione della RER.

Per quanto concerne la popolazione anziana, la UVM individua inoltre la tipologia dell'Assegno da erogare: A, B, C, a ognuno dei quali è associato un diverso corrispettivo economico a seconda del diverso impegno assistenziale richiesto.

Per quanto concerne la popolazione disabile, la UVM individua la tipologia dell'Assegno da erogare secondo quanto stabilito dalle DGR 1122/2002 e 2068/2004.

Di norma, ogni primo contratto ha durata pari a sei mesi, salvo la definizione di un termine diverso se motivato dal Programma assistenziale personalizzato.

Per le situazioni tendenzialmente stabilizzate, prevalentemente per la popolazione disabile, i contratti possono aver validità sino a 12 mesi, fatto salvo quanto definito al successivo punto c).

Al termine della durata del contratto viene aggiornata la valutazione multidimensionale, in genere da parte di una Unità valutativa semplificata, composta dall'Assistente Sociale e dall'Infermiere. In casi giudicati ad alta complessità, la Unità di Valutazione Semplificata può richiedere l'intervento di ulteriori competenze professionali.

In esito a tale valutazione, se permangono le condizioni che rendono ancora opportuno e necessario sostenere il lavoro assistenziale dei familiari con l'assegno di cura, ne è previsto il rinnovo o più rinnovi, ciascuno dei quali di durata di norma non superiore a mesi sei, compatibilmente con le risorse disponibili, nel rispetto dei criteri di priorità definiti ai successivi punti ed eventualmente adeguando il programma di assistenza personalizzato (definito per gli anziani dalla Tab. 1 allegata). In ogni caso, per tutto l'arco temporale di erogazione del beneficio, devono essere assicurate le opportune verifiche da parte del responsabile del caso al fine di monitorare l'adesione al programma assistenziale concordato.

Il Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti adotta procedure tese ad assicurare la corretta e tempestiva informazione dei cittadini per quanto riguarda le determinazioni in merito al rinnovo o non rinnovo dell'assegno .

b. Criteri di priorità per l'accesso ex novo e per il rinnovo del beneficio

I diversi Programmi assistenziali, che contemplano l'erogazione e/o il rinnovo (di cui al punto 6.) dell'Assegno di Cura, al fine di completare la fase istruttoria, sono valutati collegialmente (periodicità di norma bimestrale) da un gruppo composto dal Responsabile del Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti del Distretto di appartenenza del Beneficiario, dai componenti della Unità di Valutazione Multidimensionale Territoriale e dai Responsabili dei casi, tenendo conto¹) della valutazione multidimensionale rappresentata dalle scale e da altri strumenti di valutazione che si rendessero necessari.

Per la popolazione anziana le posizioni sono ordinate secondo la seguente scala di priorità

- Posizioni eleggibili per l'assegno di cura di tipo A. ordinate per BINA,
- Posizioni eleggibili per l'assegno di cura di tipo B. ordinate per BINA,
- Posizioni eleggibili per l'assegno di cura di tipo C. ordinate per BINA.

Per la popolazione disabile le posizioni sono ordinate secondo le i punteggi risultanti dalle scale di valutazione adottate.

A parità di punteggio BINA per gli anziani o di altre scale di valutazione in uso per i disabili, le posizioni vengono ulteriormente ordinate sulla base del conteggio numerico della presenza dei fattori, di seguito elencati e certificati dal Responsabile del caso. Ad ognuno dei fattori sotto elencati viene attribuito pari valore:

- necessità di riduzione dell'attività lavorativa (o rinuncia totale) da parte di un familiare;
- sostanziale cambiamento dello stile di vita e conseguente grave disagio familiare;
- acquisto di servizi assistenziali da terzi, sia di carattere privato sia di carattere pubblico;
- acquisto di particolari attrezzature, modifiche ambientali, riduzione barriere architettoniche con costi a carico del nucleo familiare e quando la spesa non è sostenuta da altri interventi pubblici;
- frequenza del ricorso a servizi esterni (esempio: Centri diurni e simili), quali alternative alla residenzialità in strutture;
- assenza o irreperibilità di parenti "obbligati";
- assenza di indennità di accompagnamento o di analoghe erogazioni pubbliche.

Per le singole situazioni vengono successivamente verificati, ai fini dell'erogabilità dell'assegno, i limiti di reddito secondo quanto previsto al successivo punto 8.

c. modalità di gestione delle risorse finanziarie ed erogazione dell'assegno di cura

Al fine di garantire gli equivalenti diritti all'accesso ed alla continuità dell'erogazione del beneficio in corso d'anno, stante il permanere delle condizioni che ne hanno determinato la concessione, i Servizi procedono con l'utilizzo del FRNA come definito dal Piano per la Non Autosufficienza annuale, nel modo seguente:

- Il finanziato di cui al FRNA per l'anno in corso è gestito secondo un criterio di budget bimestrale, di cui una quota è destinata al mantenimento dei casi in essere fino alla scadenza del contratto, una quota è destinata ai nuovi accessi ed una quota è destinata ai rinnovi dei contratti pervenuti a scadenza.
- Con cadenza bimestrale il Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti procede alla corresponsione dell'assegno ai casi in essere e alla predisposizione di apposite graduatorie, distinte per Nuovi accessi e per Rinnovi, così da garantire il duplice diritto dell'accesso al beneficio e della continuità assistenziale.

Al fine di completare la fase istruttoria, i diversi Programmi assistenziali che contemplano l'erogazione e/o il rinnovo dell'Assegno di Cura, sono valutati collegialmente con periodicità di norma bimestrale da un gruppo composto dal Responsabile del Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti del Distretto di appartenenza del Beneficiario, dai componenti della UVM e dai Responsabili dei casi.

Le Graduatorie per l'accesso sono costituite dalle nuove valutazioni effettuate da parte dell'UVM.

Le graduatorie per i rinnovi sono costituite dai contratti in scadenza nel bimestre in corso.

- Se le risorse sono sufficienti si dà corso alla corresponsione degli Assegni per tutte le posizioni valutate come eleggibili dalla UVM.
- Nel caso in cui le risorse disponibili siano insufficienti a soddisfare tutte le posizioni eleggibili per l'accesso e per il rinnovo per la popolazione anziana, si adottano i seguenti criteri:
 - Nuovi contratti:
 - Livello A: accesso al beneficio dei nuovi eleggibili,
 - Livello B: accesso al beneficio dei nuovi eleggibili,
 - Livello C: accesso al beneficio almeno per l'8% dei casi,

- Rinnovi:

Il numero di posizioni rinnovabili, ordinate secondo i criteri di cui ai punti precedenti, è determinato dalla quota di FRNA residua disponibile nel bimestre, al netto di quanto impegnato per i nuovi accessi e per il mantenimento delle posizioni già in essere. Sarà cura del Servizio Assistenza Anziani e Disabili, nel corso degli incontri collegiali di cui al punto precedente, comunicare formalmente fino a quale tipologia di assegno e, nell'ambito di quest'ultima fino a quale punteggio BINA è possibile disporre il rinnovo per il bimestre in corso.

- Nel caso in cui le risorse disponibili siano insufficienti a soddisfare tutte le posizioni eleggibili per l'accesso e per il rinnovo per la popolazione disabile saranno redatte due graduatorie separate, per i disabili afferenti rispettivamente alla DGR 1122/2002 e DGR 2068/2004, tenendo conto dei finanziamenti distinti nell'ambito dell'attribuzione del FRNA.

Le posizioni inserite in graduatoria che non hanno avuto il riconoscimento del beneficio, sia come primo contratto che come rinnovo, conservano il diritto di permanenza in graduatoria per la durata di anni uno dal momento dell'inserimento. Decorso tale periodo, solo qualora intervengano modificazioni delle condizioni, saranno rivalutate in base alle modalità previste all'art. 5.

c. Deroghe

Su proposta motivata dell'UVM e previo parere obbligatorio del Responsabile del Servizio Assistenza Anziani e Disabili, possono essere ammesse alla fruizione del beneficio, situazioni per le quali si presuma con buona ragionevolezza che gli strumenti in uso da parte delle strutture valutanti, non intercettino una reale condizione di fragilità e di bisogno. In tali casi dette motivazioni vanno formalmente esplicitate per iscritto e allegate alla documentazione istruttoria.

7. Contenuto del contratto

La positiva conclusione della fase istruttoria è sancita dalla stipula di uno specifico Contratto di Assegno di Cura.

Nel contratto debbono essere indicati:

- la durata,
- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire,
- le attività assistenziali che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2) si impegnano ad assicurare,

- la data di sottoscrizione,
- le modalità ed i tempi della verifica,
- l'entità del contributo,
- le modalità di erogazione,
- gli altri impegni assunti da parte del familiare/care giver che ha la responsabilità del contratto.

Tra questi impegni vanno esplicitati in particolare quelli relativi a:

- tempestiva comunicazione della eventuale corresponsione dell'indennità di accompagnamento;
- tempestiva comunicazione di eventuali significative variazioni del reddito familiare di riferimento;
- partecipazione a momenti di sostegno e/o aggiornamento per i familiari, organizzati dal Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti.

Inoltre nel caso il piano di assistenza venga assicurato anche mediante il ricorso ad assistenti familiari nel contratto, il familiare che si assume la responsabilità del contratto si impegna a:

- sottoscrivere con l'assistente familiare regolare contratto di lavoro;
- favorire la partecipazione dell'assistente familiare alle iniziative di aggiornamento e formazione organizzate dal sistema locale dei servizi socio-sanitari e della formazione professionale.

Il contratto è sottoscritto dal Responsabile del competente Servizio Assistenza Anziani e Disabili Adulti e dal Destinatario; ed è contestualmente controfirmato dall'Assistente sociale - Responsabile del caso in relazione al ruolo ed alle competenze affidategli dalle normative regionali in vigore.

8. Verifica dei limiti di reddito per il diritto all'assegno di cura

La verifica è svolta dal competente Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti, osservando quanto segue:

- lo strumento di verifica è l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (di seguito ISEE), così come previsto dal Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 109, e successive modificazioni e integrazioni, rilasciato da un Centro di Assistenza Fiscale (CAF) o altro Ente legalmente autorizzato;
- ai fini dell'erogazione dell'Assegno di Cura, il nucleo familiare di riferimento è costituito dal solo beneficiario (si deve considerare la situazione economica e patrimoniale della sola persona non autosufficiente, eventualmente estratta da quella del nucleo familiare di riferimento qualora composto da più persone, fatta eccezione per i disabili per i quali si prende a riferimento la situazione economica e patrimoniale del nucleo familiare di appartenenza e secondo quanto stabilito dalle DGR 1122/02, DGR 2068/04);
- il calcolo della situazione economica e patrimoniale del Beneficiario, estratta da quella del nucleo familiare, se e quando necessaria, è compreso nelle attività di verifica affidate al Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti;
- l'indicatore ISEE rilasciato per l'anno in corso, per quanto riguarda gli anziani, non può essere superiore al limite rivalutato al 31 dicembre di ogni anno successivo, in misura pari alla variazione percentuale dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo;
- in base a quanto disposto dalla DGR 122 del 06/02/2007, dal 01/04/2007 non potranno più essere concessi alle persone anziane assegni di cura di tipo C a coloro che percepiscono l'indennità di accompagnamento;
- la verifica è equiparata ai tempi del procedimento amministrativo ordinario, pertanto, di norma, deve essere completata entro 30 giorni dal ricevimento del Programma assistenziale personalizzato recante la proposta di erogazione dell'Assegno di Cura.

9. Contributo aggiuntivo per Assistenti Familiari

A decorrere dal 01/11/2007, ai sensi della DGR 1206/2007 e successive integrazioni, nell'ambito delle finalità proprie dell'assegno indirizzate alla promozione di un processo, connesso al sostegno al domicilio, di progressiva emersione e regolarizzazione degli assistenti familiari, oltre che di integrazione e qualificazione del loro lavoro nella rete dei servizi, per le famiglie per le quali il Programma connesso alla erogazione dell'assegno di cura contempra il ricorso a tale risorsa, è previsto un contributo economico aggiuntivo pari a 160 euro mensili, aggiornabile in seguito a eventuali successive disposizioni regionali.

Tale contributo è concedibile previa verifica della documentazione attestante la regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro secondo le modalità specificate al successivo punto 9.1 e previo accertamento che la condizione economico patrimoniale con ISEE estratto non sia superiore ai limiti definiti dalla Regione.

La regolare contrattualizzazione è da riferirsi sia a contratti individuali stipulati direttamente tra il familiare di riferimento e l'assistente familiare, sia a rapporti che la famiglia contrae con soggetti terzi che forniscono personale per l'assistenza familiare rilasciando regolare fattura.

Ai fini del riconoscimento di tale contributo, in relazione ai bisogni della persona non autosufficiente evidenziati dal piano di assistenza individuale, i Servizi si impegnano a verificare la congruità degli interventi che il familiare si impegna ad assicurare, congiuntamente all'impegno orario indicato nel contratto dell'assistente familiare che dovrà essere pari o superiore a venti ore settimanali.

1) Modalità di presentazione delle domande

Il contributo aggiuntivo viene concesso sulla base di specifica domanda, inoltrata al Servizio Anziani e Disabili dal Destinatario, contestualmente alla produzione della documentazione richiesta per la concessione dell'assegno di Cura o in un momento successivo alla concessione dell'assegno; in tal caso con decorrenza dal mese successivo alla domanda e fino al termine fissato dall'accordo in essere, previa verifica delle condizioni di cui al successivo punto 9.2) del presente regolamento.

2) Verifica delle condizioni per il diritto al contributo economico aggiuntivo per le famiglie che si avvalgono di Assistenti Familiari

In base alla DGR 1206/2007, l'erogazione del contributo economico aggiuntivo per le famiglie che si avvalgono della collaborazione di Assistenti familiari (di seguito Contributo Aggiuntivo) è subordinata alle modalità di verifica della condizione economica del Beneficiario e della sussistenza di regolare contratto di lavoro a favore dell'Assistente familiare svolte dal competente Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti.

- a) Nel caso di contratto diretto tra la persona non autosufficiente o suo familiare e l'assistente familiare, la verifica della regolare contrattualizzazione avviene tramite:
- presentazione della copia della comunicazione obbligatoria della avvenuta assunzione inviata dal datore di lavoro al competente Centro per l'Impiego, ai sensi del D. Lgs 181/2000 e succ. modificazioni ed integrazioni
 - presentazione di autodichiarazione del soggetto che sottoscrive l'accordo attestante:
 - le generalità del datore di lavoro e dell'assistente familiare,
 - l'entità dell'impegno orario previsto nel contratto di lavoro,
 - il fatto che l'attività di assistenza viene svolta a favore del beneficiario dell'Assegno di Cura e presso il domicilio dello stesso,
 - l'impegno, in caso di cessazione del rapporto di lavoro, a produrre al Servizio Anziani e Disabili copia della comunicazione obbligatoria di risoluzione del contratto inviata al Centro per l'impiego, entro 10 giorni dalla data della sua presentazione,
 - la presa d'atto che eventuali somme relative al contributo aggiuntivo indebitamente percepite dovranno essere restituite,
 - la presa d'atto che i servizi competenti possono svolgere controlli periodici e ordinari per verificare la permanenza del rapporto di lavoro,
 - l'impegno a comunicare ogni aggiornamento relativo alle generalità dell'assistente familiare in caso di sostituzione o modifica del rapporto di lavoro, entro 10 giorni dalle comunicazioni obbligatorie di cui ai punti precedenti.

Nel caso di impossibilità a presentare copia di comunicazione della costituzione del rapporto di lavoro, la verifica di cui al presente paragrafo viene svolta da Servizio Anziani e Disabili entro 60 giorni dalla presentazione di domanda di contributo aggiuntivo, mediante invio della lista dei beneficiari dell'assegno di cura e delle relative assistenti familiari al competente Centro per l'Impiego, il quale di norma comunica l'esito dell'accertamento entro 30 giorni.

Sino all'esito di tale verifica il Contributo Aggiuntivo non è liquidato.

- b) Nel caso in cui il rapporto di lavoro intervenga tra la famiglia e un soggetto imprenditoriale terzo, nelle more della definizione dei criteri per l'autorizzazione al funzionamento e l'accredita-

mento della assistenza domiciliare, la verifica della regolare contrattualizzazione avviene tramite:

- presentazione di copia della fattura
 - dichiarazione dell'impresa che assicura il servizio attestante:
 - l'entità degli interventi per almeno 20 ore settimanali di assistenza e la destinazione degli stessi a favore della persona non autosufficiente beneficiaria dell'assegno di cura,
 - il/i nominativi del/delle assistenti familiari che hanno assicurato il servizio al domicilio del beneficiario dell'assegno di cura,
 - la regolare contrattualizzazione delle stesse.
- c) Verifica della condizione economica del Beneficiario:
- lo strumento di verifica è ISEE;
 - ai fini dell'erogazione del Contributo Aggiuntivo per le persone di maggiore età, il nucleo familiare di riferimento è costituito dal solo beneficiario (si deve considerare la situazione economica e patrimoniale della sola persona non autosufficiente, estratta da quella del nucleo familiare di riferimento qualora composto da più persone);
 - per usufruire del Contributo Aggiuntivo, l'indicatore ISEE del Beneficiario, rilasciato, per l'anno in corso deve essere inferiore al limite stabilito dalla Regione (tale limite è rivalutata al 31 dicembre di ogni anno successivo, in misura pari alla variazione percentuale dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo);

10. Modificazione, sospensione, risoluzione del contratto

a. Modificazioni che intervengono nel periodo di validità del contratto

Durante il periodo di erogazione del beneficio economico possono intervenire variazioni rispetto alle condizioni assistenziali iniziali, tuttavia tali da non intaccare la validità del contratto in essere.

In ogni caso il Destinatario è obbligato a dare immediata comunicazione e, comunque non oltre 15 giorni dall'evento, di ogni variazione delle condizioni definite dal contratto direttamente al Responsabile del caso o, in sua assenza, all'ufficio del Servizio Assistenza Anziani e Disabili.

b. Sospensione del contratto

- a) Nel caso di ricovero ospedaliero (ivi compresi reparti di Lungodegenza, Riabilitazione estensiva, Hospice) del beneficiario l'erogazione dell'Assegno di Cura e del contributo aggiuntivo qualora accordato, rapportato a valore giornaliero, sono mantenuti fino a un massimo di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di ingresso. Trascorso tale termine l'erogazione è sospesa d'ufficio per l'intera durata del restante periodo di ricovero. L'erogazione riprende a partire dal giorno successivo alla dimissione fino al termine fissato dal contratto in essere.
- b) Nel caso di ricovero temporaneo in strutture residenziali socio-assistenziali convenzionate l'erogazione dell'Assegno di Cura e del contributo aggiuntivo qualora accordato, rapportato a valore giornaliero è sospesa a partire dalla data di ingresso, per riprendere a partire dal giorno successivo alla dimissione fino al termine fissato dal contratto in essere. Viene mantenuta l'erogazione del solo contributo aggiuntivo per Assistenti Familiari, qualora accordato, limitatamente ai casi di accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali socio-assistenziali convenzionate.
- c) Nel caso di ricovero temporaneo del beneficiario in una struttura socio assistenziale autorizzata, a sostegno della famiglia, previo accordo con l'Assistente Sociale responsabile del caso, l'assegno di cura e il contributo aggiuntivo, qualora accordato, è mantenuto in essere per un massimo di venti giorni di ricovero.
- d) Di ogni provvedimento deve essere data tempestiva comunicazione al beneficiario, al destinatario (quando altra persona), all'assistente sociale - Responsabile del caso, nelle forme previste dalle norme e dai regolamenti in vigore.

La sospensione dell'erogazione del beneficio economico e del contributo aggiuntivo, qualora accordato è disposta in via cautelare dal Responsabile del competente Servizio Assistenza Anziani e Disabili adulti, in presenza di indizi rilevanti circa il non corretto funzionamento del contratto, ancora in fase di accertamento.

Entro i successivi 30 giorni la sospensione deve essere revocata senza effetto alcuno; oppure deve essere tramutata in risoluzione dell'Accordo.

c. Risoluzione del contratto

La risoluzione vera e propria del contratto è disposta dal Responsabile del competente Modulo Organizzativo Assistenza Anziani e Disabili adulti, su segnalazione da parte del Responsabile del caso, in presenza dell'accertamento dei seguenti fatti:

- gravi inadempienze del destinatario;
- trasferimento del domicilio del beneficiario fuori dal territorio distrettuale; ovvero in località e/o abitazioni non compatibili con la corretta e regolare esecuzione del Programma assistenziale personalizzato;
- ricovero definitivo della persona non autosufficiente in strutture residenziali socio-assistenziali, socio-riabilitative o in ambiti collettivi assimilabili.

In caso di risoluzione l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna si riserva la facoltà di procedere, anche a posteriori, al pieno recupero delle eventuali somme indebitamente erogate, fatte salve le azioni legali qualora i fatti accertassero comportamenti illeciti e/o omissioni giuridicamente perseguibili.

11. Entità del beneficio economico

L'entità del beneficio economico per l'assegno di cura è ordinata in relazione:

- alla gravità della condizione di non autosufficienza del beneficiario;
- alle necessità assistenziali;
- alle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario poste a carico del destinatario.

L'UVM si attiene ai criteri di gravità per la determinazione della proposta di entità del contributo, tenendo conto anche:

- della frequenza delle attività assistenziali,
- del relativo impegno temporale e della sua distribuzione nell'arco della giornata,
- della incidenza degli impegni di cura derivanti da condizioni sanitarie complesse,
- della possibilità di specifiche valutazioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo del mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio contesto e del suo benessere.

L'entità del beneficio economico aggiuntivo per le assistenti familiari, qualora accertati i requisiti per la erogazione, è stabilito ai sensi della DGR 1206/2007 All. 3, p. 3) in € 160 a prescindere dal livello dell'Assegno di Cura e a prescindere dalla contemporanea erogazione della Indennità di accompagnamento, limitatamente alle tipologie di Assegno A e B per gli anziani.

Per le persone disabili i livelli assistenziali dell'assegno di cura nonché l'entità del beneficio economico sono stabiliti dalle DGR 1122/02, DGR 2068/04 in corrispondenza della gravità valutata sulla base dei criteri e delle condizioni precisate dalle deliberazioni sopra richiamate.

Qualora il beneficiario sia titolare di indennità di accompagnamento o di indennità analoga, erogata da INPS, INAIL o altri Istituti, l'entità del contributo economico prevista per ciascun livello è ridotta, per i soli anziani, nei modi e nelle forme disposte dalla normativa regionale. Qualora al beneficiario sia assegnata una di tali indennità successivamente al contratto, la riduzione si applica a partire dalla stessa data di concessione dell'indennità. I criteri sopra riportati saranno modificati in base alle disposizioni regionali.

12. Decorrenza

a) decorrenza

Quando il Programma Assistenziale personalizzato in base alla valutazione dell'UVM prevede la concessione dell'assegno di cura, quest'ultimo decorre dalla data di sottoscrizione del contratto con le seguenti precisazioni:

- 1) decorrenza dal quindicesimo giorno del mese se il contratto è firmato entro la prima quindicina,
- 2) decorrenza posticipata al primo del mese successivo se il contratto è firmato nella seconda quindicina,
- 3) decorrenza dalla data indicata nel programma Assistenziale qualora espressamente specificato nella valutazione

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche alla erogazione del contributo aggiuntivo, qualora erogabile.

13. Modalità di pagamento

Per consentire una gestione corretta anche sotto il profilo contabile, per ridurre spiacevoli azioni di recupero, per attenuare il numero e l'effetto di eventuali errori nell'erogazione del beneficio economico, il pagamento dell'Assegno di Cura viene predisposto dal competente Modulo Organizzativo Assistenza Anziani e Disabili adulti, di norma, con cadenza bimestrale posticipata.

14. Riesame della valutazione effettuata dall'UVM

Il cittadino o la famiglia che non condividono il programma assistenziale personalizzato, proposto a seguito della valutazione dell'UVM, perchè valutano che tutti gli elementi necessari alla determinazione del bisogno non siano stati disponibili o non siano stati valutati, hanno facoltà di ricorrere al Direttore del Distretto competente per ottenere una nuova valutazione.

15. Dichiarazioni non veritiere

Il beneficiario e/o il destinatario che abbiano reso dichiarazioni non veritiere ovvero abbiano formato, o concorso alla formazione, o utilizzato, documenti o atti falsi, ai fini dell'erogazione dell'Assegno di Cura Anziani, o ricorrano a forme irregolari di assistenza, decadono immediatamente dai benefici conseguiti con obbligo di rifondere immediatamente e integralmente l'Azienda Unità Sanitaria Locale per quanto indebitamente percepito e per i danni connessi; fatto comunque salvo il diritto dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di ricorrere, in accordo con l'Ente Capofila per la zona sociale, all'azione penale richiamata dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

16. Trattamento dei dati e delle informazioni

Le attività professionali connesse all'attività istituzionale dei Servizi Assistenza Anziani e Disabili adulti, nella fattispecie quelle connesse all'erogazione dell'Assegno di Cura, siano esse di natura sanitaria, tecnica o amministrativa, supportate o meno da procedure e strumenti informatici, sono assoggettate alle normative in vigore in materia di riservatezza nel trattamento di dati personali e sensibili, ed utilizzate esclusivamente nell'ambito del procedimento in parola.

Le rappresentazioni ed elaborazioni statistiche previste dai flussi informativi Regionali e locali, sono sempre prodotte e diffuse in totale garanzia dell'anonimato.

Le attività di verifica e controllo riguardanti l'andamento complessivo sono esercitate nei limiti posti dal Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196.

17. Disposizioni finali

Il presente Regolamento, di n. 13 pagine, è corredato dall'allegata Tabella 1.

Il presente Regolamento, approvato dai Comitati di Distretto di Faenza, Lugo e Ravenna, è adottato con deliberazione del Direttore Generale del 00/00/0000 n. 0000. decorre dal 01/10/2009 e resta in vigore fino a nuove disposizioni.

Tutti i contratti stipulati o rinnovati a partire da tale data debbono esservi conformati.

Una copia del regolamento deve essere consegnata al Destinatario/Beneficiario di ciascun contratto attivo, previo riscontro di presa visione e di accettazione.

TABELLA 1 ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI
ai sensi della DGR 2686/2004

LIVELLO ELEVATO	SI	NO	Gestione dei disturbi comportamentali caratterizzati da aggressività o pericolo per sé o per altri e dell'alterazione del ritmo sonno-sveglia per soggetti dementi
	SI	NO	Somministrazione degli alimenti solidi e/o liquidi ad anziani con difficoltà di deglutizione/assunzione e alimentazione artificiale
	SI	NO	Effettuazione delle attività di igiene personale quotidiana
	SI	NO	Mobilizzazione e prevenzione della sindrome di immobilizzazione.

LIVELLO ALTO	SI	NO	Gestione di disturbi comportamentali e/o cognitivi in soggetti dementi
	SI	NO	Aiuto nell'alimentazione a/o idratazione
	SI	NO	Aiuto nella mobilizzazione, deambulazione ed uso corretto degli ausili protesici
	SI	NO	Aiuto nell'assolvimento delle attività di igiene personale quotidiana
	SI	NO	Effettuazione delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia)
	SI	NO	Effettuazione dell'attività di vestizione
	SI	NO	Assistenza globale per incontinenza
SI	NO	Sostegno nel mantenimento delle relazioni personali interne ed esterne al nucleo familiare e promozione del benessere complessivo dell'anziano, con particolare attenzione alla costante cura dell'ambiente di vita (luminosità, areazione, temperatura, riduzione disturbi per la percezione dell'anziano) ed al mantenimento di modalità comunicative (verbal e non verbali).	

LIVELLO MEDIO	SI	NO	Attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita dell'anziano
	SI	NO	Aiuto nella vestizione, scelta e cura dell'abbigliamento
	SI	NO	Aiuto nell'espletamento delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona (bagno/doccia)
	SI	NO	Supervisione e sorveglianza dell'anziano, anche avvalendosi di idonee strumentazioni telematiche
	SI	NO	preparazione dei pasti, controllo dell'assunzione di alimenti e liquidi
	SI	NO	Supervisione durante le attività di igiene quotidiana
	SI	NO	Supervisione e sorveglianza delle posture e/o della deambulazione con o senza ausili
	SI	NO	Aiuto nella gestione della incontinenza e/o dell'uso dei servizi igienici
	SI	NO	Aiuto nell'espletamento di attività significative per l'anziano in rapporto con l'esterno e di stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali
	SI	NO	Attività di riattivazione/stimolazione per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche dell'anziano.

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 671

Ravenna, 23.11.2009

Publicata il 25/11/2009

APPROVAZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ: ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI E DISABILI.

IL DIRETTORE GENERALE

Attesa la proposta del Direttore del Distretto di Lugo, in qualità di Referente per i Distretti dell'Area della Non Autosufficienza, dalla quale si evince quanto segue:

Richiamate le seguenti fonti normative di riferimento nonché le Deliberazioni regionali di attuazione delle medesime:

- Legge n. 104 del 05.02.1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- DGR n. 1377 del 26.07.1999 "Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto - assegno di cura" (e successive modificazioni ed integrazioni);
- DGR n. 1122 del 01.07.2002 "Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)";
- D. Lgs 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- DGR n. 2068 del 18.10.2004 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni", con la quale sono stati previsti interventi di carattere residenziale, l'erogazione di un ulteriore livello contributivo dell'assegno di cura a favore delle persone con gravissime disabilità acquisite;
- DGR n. 509 del 16.04.2007 "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009";
- DGR n. 1206 del 30.07.2007 "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Indirizzi attuativi della DGR 509/07";
- Delibera Assemblea Legislativa Regione Emilia - Romagna n. 175 del 25.05.2008 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010";
- DGR n. 1230 del 28.07.2008 "FRNA - programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone con disabilità";

Premesso che, come definito dalla DGR n. 509 del 16.04.2007 e dalla DGR n. 1206 del 30.07.2007, la costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) rappresenta una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari e un'opportunità per sviluppare un approccio centrato sui bisogni e sull'autonomia, sia delle persone non autosufficienti sia di chi vive accanto a loro e se ne prende cura, ponendo questi soggetti al centro della progettazione e dell'attuazione degli interventi e dei servizi;

Dato atto che la non autosufficienza costituisce una condizione che concentra diversi problemi e forti bisogni assistenziali e, in quanto tale, è riferita a diverse popolazioni quali anziani, disabili, persone con patologia psichiatrica o altre patologie, eleggibili per l'assistenza sociale e socio-sanitaria e che richiedono interventi di lungo periodo;

Atteso che, quale strumento di programmazione distrettuale, il "Piano di Zona della Salute e del Benessere Sociale", definito dal Comitato di Distretto in coerenza con le linee di indirizzo provinciali della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, comprende il "Piano per la non autosufficienza", annualmente approvato, sulla cui base sono definite le risorse economico-finanziarie e i servizi per la non autosufficienza. Pertanto quanto sopra premesso costituisce riferimento per l'erogazione di servizi e interventi rivolti alla popolazione non autosufficiente;

Considerato che è necessario la definizione di un nuovo regolamento quale strumento per armonizzare sistemi per l'accesso ai servizi e agli interventi rivolti alla persona imperniato a principi di omogeneità, equità, eleggibilità;

Richiamata la propria deliberazione n. 79 del 27.02.2009 con la quale sono stati approvati gli Accordi di Programma per l'adozione dei Piani Distrettuali per la Salute e il Benessere Sociale, valevoli per il triennio 2009-2011, dei Programmi Attuativi Annuali 2009 e dei programmi provinciali dei Distretti di Ravenna, Lugo e Faenza;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n. 393 del 16.06.2008 con la quale è stato approvato il Regolamento Aziendale per l'erogazione di benefici economici a persone anziane e non autosufficienti, dimoranti al proprio domicilio (Assegno di cura anziani, disabili e non autosufficienti), con decorrenza dal 01.06.2008, in vigore fino a nuove disposizioni, nelle more della normativa che la Regione Emilia - Romagna ha annunciato di essere in procinto di formalizzare. Detto regolamento aziendale ha definito, tra l'altro, quali destinatari degli interventi anche le persone disabili di età inferiore agli anni 18, valutate sulla base di certificazione di handicap con connotazione di gravità ai sensi della L. n. 104/1992, articolo 3 - comma 3;

Ravvisata la necessità, stante le modifiche e integrazioni del quadro normativo di riferimento nella materia di cui trattasi, di procedere alla definizione di un nuovo regolamento aziendale quale strumento per armonizzare sistemi per l'accesso ai servizi e agli interventi rivolti alla persona, imperniato a principi di omogeneità, equità, eleggibilità;

Vista la proposta di "Regolamento per l'accesso ai servizi di supporto alla domiciliarità: assegno di cura per anziani e disabili", nel testo allegato al presente atto quale parte integrante;

Precisato che:

- il regolamento in oggetto costituisce strumento finalizzato al governo dell'accesso all'assegno di cura, quale servizio di supporto della domiciliarità per le persone non autosufficienti, in specifico anziane e disabili;
- l'assegno di cura è una opportunità della rete dei servizi socio-sanitari integrati ed è concesso in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali;
- come indicato dalla DGR n. 1206/2007, i destinatari degli interventi sono le persone non autosufficienti, siano essi anziani o disabili, i quali per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari sono valutati con lo strumento

- della valutazione multidimensionale da una equipe multiprofessionale denominata Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- sono pertanto destinatari dell'intervento di contribuzione le famiglie che, nel territorio regionale, mantengono l'anziano o la persona con disabilità (ai sensi delle DGR 1122/02 e DGR 2068/04), certificata non autosufficiente, nel proprio contesto di vita e alla quale garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio assistenziali e a rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma assistenziale domiciliare definito dall'Unità di Valutazione Geriatria e Unità di Valutazione Multidimensionale.
 - Inoltre possono essere destinatari dell'assegno di cura:
 - il beneficiario stesso, quando in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
 - il tutore, il curatore, l'Amministratore di Sostegno, ai sensi della Legge 6/2004;
 - altri soggetti anagraficamente conviventi o non conviventi col beneficiario che intrattengono, nei suoi confronti, consolidati e verificabili rapporti di "cura" anche se non legati da vincoli familiari;

Precisato altresì che l'analisi del Regolamento di cui trattasi nella sua nuova stesura:

- è stato oggetto di valutazione da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 30.07.2009;
- è stato oggetto di confronto con gli Uffici di Piano di Ravenna, Lugo e Faenza, il Direttore delle Attività Socio Sanitarie e i Direttori di Distretto;
- è stato oggetto altresì di approvazione da parte dei Comitati di Distretto di Ravenna, Lugo, Faenza;
- inoltre è stato oggetto di condivisione con le OO.SS., nell'incontro avvenuto in data 04.08.2009;

Ritenuto di approvare, per quanto sopra esposto, il nuovo "Regolamento per l'accesso ai servizi di supporto alla domiciliarità: Assegno di cura per anziani e disabili", nel testo di cui al documento allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

Tenuto conto della intervenuta verifica da parte del Direttore della U.O. Direzione Amministrativa della Assistenza Distrettuale in ordine alla legittimità formale ed agli aspetti giuridico - amministrativi del presente atto, a termini della deliberazione n. 865 del 17.12.2007;

Atteso che il Direttore del Distretto di Lugo, quale Referente per i Distretti dell'Area della Non Autosufficienza, ha dichiarato la conformità alle normative in vigore e quindi la legittimità del presente provvedimento;

Acquisiti, in fase istruttoria, i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, Dott. Savino Iacoviello, del Direttore Sanitario, Dott. Andrea Rossi e del Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Dott. Eno Quargnolo:

D E L I B E R A

1) di approvare il nuovo "Regolamento per l'accesso ai servizi di supporto alla domiciliarità: Assegno di cura per anziani e disabili" come allegato al presente atto quale parte integrante;

2) di dare atto che il Regolamento, nella sua nuova stesura, è stato oggetto di valutazione da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 30.07.2009, di confronto con gli Uffici di Piano di Ravenna,

Lugo e Faenza, il Direttore delle Attività Socio Sanitarie e i Direttori di Distretto, di approvazione da parte dei Comitati di Distretto di Ravenna, Lugo, Faenza e di condivisione con le OO.SS., nell'incontro avvenuto in data 04.08.2009;

3) di dare atto che il Regolamento in oggetto ha decorrenza dal 01.10.2009 e resta in vigore fino a nuove disposizioni, conseguentemente si intende abolito il Regolamento Aziendale, approvato con deliberazione n. 393 del 16.06.2008, richiamata in premessa.

**IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Tiziano Carradori)**

P.V./mz

Si attesta che la presente deliberazione:

- a) è stata pubblicata all'Albo di questa Azienda U.S.L., ove rimarrà affissa per 15 giorni consecutivi;
- b) è stata trasmessa al Collegio Sindacale e all'U.O. Bilancio e Programmazione Finanziaria.

**IL FUNZIONARIO INCARICATO
dott.ssa Flavia Casadio**