

“Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo-assistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n.37-6500 del 23.7.2007.”

L'articolo 1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007)” dispone che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, viene istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale un fondo denominato “Fondo per le non autosufficienze” al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.

L'articolo 1, comma 1265 della citata legge 27 dicembre 2006 n. 296 dispone che gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del “Fondo per le non autosufficienze” siano adottati dal Ministro della Solidarietà Sociale, di concerto con il Ministro della Salute, con il Ministro delle Politiche per la Famiglia e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del D.Lgs 28 agosto 1997 n. 281.

In data 20 settembre 2007 è stata acquisita l'intesa della Conferenza unificata di cui al D.Lgs 28 agosto 1997, n. 281.

Per quanto sopra, il Ministro della Solidarietà Sociale, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro delle Politiche per la Famiglia e il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha attribuito alle Regioni con proprio Decreto, in data 12 ottobre 2007, le risorse assegnate al “Fondo per le non autosufficienze” relative all'anno 2007 e la quota assegnata alla Regione Piemonte, secondo i criteri precisati dal Decreto stesso, era pari ad euro Euro 7.797.985,90.

Con D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008, (“Definizione delle modalità e dei criteri dell'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e dei Soggetti Gestori delle funzioni socio assistenziali (EE.GG), delle risorse assegnate a livello nazionale, al “ Fondo per le non autosufficienze” per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte”), la somma di euro 7.797.985,90 è stata destinata per l'attivazione in ogni Distretto sanitario ovvero per il rafforzamento e l'ulteriore messa a punto sotto il profilo organizzativo e gestionale, laddove già avviato, dello Sportello unico Socio-Sanitario configurabile come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione degli interventi.

La deliberazione succitata prevedeva l'attivazione sul territorio di Sportelli unici Socio-Sanitario allo scopo di porre particolare attenzione nel migliorare e facilitare l'accesso ai servizi soprattutto da parte di anziani affetti da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza nonché persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica.

Tali progetti dovevano essere definiti mediante "*Protocolli d'intesa*" fra le Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) le ogni Soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali dello stesso ambito distrettuale, individuando un Ente capofila col compito di provvedere al coordinamento e alla gestione delle risorse assegnate.

Con Decreto interministeriale del 6 agosto 2008 il Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali ha approvato il decreto per l'assegnazione e il riparto delle risorse del “Fondo per le non autosufficienze” per gli anni 2008 e 2009, per i quali la dotazione complessiva è pari a 300 milioni di euro, per il 2008, e a 400 milioni di euro, per il 2009, sulla base di quanto definito dall'art. 2 comma 465 della l. n. 244/2007 (Legge Finanziaria per il 2008).

Il comma 2 dell'art. 1 sia del Decreto del 12 ottobre 2007 sia del Decreto del 06 agosto 2008

hanno indicato i criteri utilizzati, basati sui seguenti indicatori della domanda potenziale di servizi per la non autosufficienza:

- a) popolazione residente per regione, di età pari o superiore a 75 anni, nella misura del 60%;
- b) criteri utilizzati per il riparto del Fondo Nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328 nella misura del 40%.

Nel rispetto dei suddetti criteri le risorse destinate dal Decreto Ministeriale alla Regione Piemonte per l'anno 2008 sono pari ad euro 23.510.441,74.

La Regione Piemonte ha attivato negli anni una diversificazione di servizi a favore della non autosufficienza e intende potenziare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sostenendo in particolare, là ove sia possibile, il mantenimento al domicilio.

Il Piemonte si contraddistingue per essere, rispetto alle medie nazionali, fra i territori "più anziani" d'Italia, con, a fine 2007, una percentuale di anziani ultra 65enni pari al 22,69 %.

Se però l'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società e per la nostra Regione, modifica i profili demografici in modo così radicale relativamente alla composizione per classi d'età, allo stesso tempo la cosiddetta fase di "vita critica" delle persone (comparsa di disabilità e non autosufficienza) cresce in termini percentuali.

La Regione Piemonte considera, pertanto, prioritario e strategico proseguire nell'attività di programmazione e progettazione, attraverso la previsione di azioni coordinate tra i Soggetti Gestori delle attività socio-assistenziali e le A.S.L., di servizi sempre più adeguati alle differenti e complesse necessità dei soggetti anziani non autosufficienti, anche in considerazione del costante e continuo aumento della domanda di assistenza socio-sanitaria a favore di tali soggetti, attraverso una diversificazione delle risposte ai loro bisogni socio-sanitari.

Nell'ambito di tali interventi la Regione ha promosso inoltre significative azioni tese a migliorare le competenze delle persone impegnate nel lavoro di cura attraverso la definizione di standard formativi per le assistenti familiari.

Inoltre con la D.G.R. n. 46-8204 dell'11.2.2008 e la D.G.R. n. 37-9657 del 22/09/2008 sono stati promossi ulteriori progetti e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari utilizzando uno specifico fondo messo a disposizione dalla legge finanziaria per il 2007 a favore degli enti gestori istituzionali dei servizi sociali, per l'attivazione di una o più delle seguenti azioni:

- servizi di informazione: per le/gli assistenti familiari e di sensibilizzazione per le famiglie (es. sportelli informativi, azioni di comunicazione /sensibilizzazione);
- azioni di rafforzamento delle competenze: bilancio di competenze, moduli informativi e formativi, rielaborazione dell'esperienza.
- servizi di accompagnamento / tutoring / sostituzione: servizi di sostituzione delle assistenti familiari durante le assenze per la partecipazione ai moduli formativi, servizio di tutoring da parte di un operatore socio – sanitario.

Il sostegno alla domiciliarità ha l'obiettivo di supportare le risorse proprie di ogni persona, della rete familiare, della comunità, per mantenere quanto più possibile la persona anziana non autosufficiente nel suo contesto abituale.

La D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria" ha approvato, tra l'altro, gli indirizzi e le linee guida per "L'articolazione delle Cure Domiciliari nella fase di Lungoassistenza".

Nell'attuale contesto regionale l'applicazione della suddetta deliberazione è parziale e disomogenea - così come evidenziato da una recente indagine, condotta congiuntamente dagli Assessorati regionali al Welfare e Tutela della Salute e Sanità e supportata dall'ARESS, svoltasi nel mese di giugno 2008 - e ha dato luogo a una moltitudine di sperimentazioni territoriali diverse.

Tale disomogeneità applicativa, o mancata applicazione, rende l'accesso e le modalità erogative delle "Cure domiciliari in Lungoassistenza" fortemente diseguali per i cittadini piemontesi.

Pertanto, scaturisce la necessità di ricondurre, per quanto possibile, ad uniformità il diritto ad un intervento compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza, così come viene esplicitato nell'Allegato A), parte sostanziale ed integrante del presente atto deliberativo, avente come oggetto "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo-assistenza di anziani non autosufficienti".

Altresì, nel succitato Allegato A), si è provveduto all'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità di anziani non autosufficienti, disciplinando, tra l'altro, i destinatari, i massimali, le condizioni per l'erogazione, il riconoscimento di un rimborso spese a favore del familiare e dell'affidatario, nonché fissando il principio che sulle suddette prestazioni socio-sanitarie l' A.S.L. (componente sanitaria) assume a proprio carico il 50% del costo, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente / EE.GG.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'Allegato di cui sopra, viene destinata la somma di cui al fondo per la non autosufficienza richiamato in premessa, relativo all'anno 2008, per un importo di euro 21.513.967,74, le cui modalità di erogazione sono dettagliatamente indicate nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

In particolare, l'erogazione della suddetta somma è subordinata alla definizione e predisposizione di Accordi, debitamente sottoscritti dalle A.S.L. e dagli EE.GG. in ogni ambito distrettuale, in cui viene individuato l'Ente capofila, che provvederà alla gestione delle risorse assegnate.

Altresì, tali Accordi devono essere predisposti e trasmessi alla Direzione regionale Sanità e alla Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche entro 60 giorni dall'emanazione del presente provvedimento.

La Direzione Sanità, previa intesa con la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia, disporrà con apposito provvedimento dirigenziale l'assegnazione dei finanziamenti ai soggetti individuati quali capofila dagli Accordi suddetti, per ogni ambito distrettuale, facendo riferimento alla popolazione =>65 anni della Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte (BDDE) 2007.

Relativamente a realtà territoriali specifiche, quali ad esempio l'area torinese laddove un unico Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali afferisce a due Aziende Sanitarie, l'Accordo può includere più realtà distrettuali.

Trattandosi, inoltre, nella fattispecie di interventi soggetti a compartecipazione, si rappresenta altresì la necessità di dare indicazioni circa i relativi criteri di partecipazione alla spesa.

In particolare, la deliberazione n. 37-6500 del 23 luglio 2007 ha individuato le modalità di contribuzione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta praticata nelle strutture residenziali; modalità che prevedono la valutazione del solo reddito e patrimonio individuale.

La deliberazione della Giunta Regionale n. 64-9390 del 1 agosto 2008 ha adottato analoghe disposizioni per quanto concerne la compartecipazione al costo della retta di residenzialità per le persone con handicap permanente grave.

Le citate deliberazioni dispongono, altresì, la promozione di forme di incentivazione a favore degli EE.GG., che adottano i citati criteri di compartecipazione.

Per esigenze di uniformità ed equità, l'Allegato C), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, estende le modalità di valutazione del reddito e del patrimonio individuale di anziani non autosufficienti e di disabili gravi alla determinazione delle quote contributive, relative al costo delle prestazioni di natura domiciliare, e prevede l'erogazione di incentivi ad hoc.

I criteri di compartecipazione, previsti dal suddetto Allegato C), si applicano esclusivamente alla componente del costo dei servizi domiciliari, che è a carico degli utenti.

La Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia eroga agli EE.GG. la somma di € 1.996.474,00, assegnata dalla Direzione regionale Sanità, a titolo di incentivo per l'adozione dei suddetti criteri di compartecipazione.

La Giunta Regionale

sentita la relazione che precede, convenendo appieno con le argomentazioni addotte in ordine al provvedimento proposto.

Vista la legge regionale 8.01.2004, n. 1;
vista la legge 27.12.2006, n. 296;
visto il decreto interministeriale 6.08.2008;
vista la d.g.r. 51-11389 del 23.12.2003;
vista la d.g.r. n. 37-6500 del 23.07.2007;
vista la d.g.r. n. 42-8390 del 10 marzo 2008;
preso atto delle riunioni tenutesi nel tavolo L.E.A. in data 06.11.2008, 09.12.2008;
visto il parere del CO.RE.SA. in data

a voto unanime

delibera

- di definire il riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria, l'istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti, i destinatari, i massimali, le condizioni per l'erogazione, il riconoscimento di un rimborso spese a favore del familiare e dell'affidatario, nonché fissare il principio che sulle suddette prestazioni socio-sanitarie l'A.S.L. (componente sanitaria) assume a proprio carico il 50% del costo, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'utente/EE.GG., secondo quanto disciplinato dall'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che qualora il beneficiario al contributo economico a sostegno della domiciliarità sia titolare di Indennità di Accompagnamento tale previdenza va utilizzata per la copertura della componente sociale, secondo quanto disciplinato dall'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di definire le modalità per la predisposizione degli Accordi, tra Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e Soggetti Gestori delle funzioni socio assistenziali (EE.GG.) del Monitoraggio di

applicazione della presente deliberazione, secondo quanto definito nell'Allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che la Regione, attraverso provvedimento dirigenziale della Direzione regionale Sanità – da adottarsi d'intesa con la Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia - proceda ad assegnare le risorse finanziarie per l'erogazione del contributo economico in oggetto ad ogni Distretto sanitario, previa acquisizione dei relativi Accordi, secondo un parametro che faccia riferimento facendo riferimento alla popolazione =>65 anni della Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte (BDDE) 2007, definita a livello distrettuale;
- di stabilire che, nell'ambito di ogni Distretto sanitario, deve essere individuato, in sede di Accordo, un Ente capofila, il quale deve provvedere alla gestione delle risorse assegnate;
- di assegnare la somma complessiva di € 21.513.967,74 finalizzata all'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti;
- di stabilire che l'erogazione della suddetta somma è subordinata alla definizione e presentazione alla Direzione regionale Sanità e alla Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia degli Accordi A.S.L./EE.GG., in ogni ambito distrettuale, che devono essere predisposti e trasmessi entro 60 giorni dall'emanazione del presente provvedimento,
- di stabilire che la Regione, attraverso provvedimento dirigenziale della Direzione regionale Sanità – da adottarsi d'intesa con la Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia - proceda ad assegnare le risorse finanziarie per l'erogazione del contributo economico in oggetto ad ogni Ente capofila, previa acquisizione dei relativi Accordi, secondo un parametro che faccia riferimento facendo riferimento alla popolazione =>65 anni (BDDE 2007), definita a livello distrettuale
- di estendere a soggetti anziani non autosufficienti - la cui non autosufficienza sia stata accertata dalle competenti unità di valutazione - e a persone con handicap permanentemente grave - certificato ai sensi della L. 104/92 secondo il percorso progettuale definito dall'Unità di Valutazione Handicap (U.V.H.) territorialmente competente per la determinazione della compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare - i criteri di contribuzione di cui alla D.G.R. 37-6500 del 23 luglio 2007, secondo le modalità previste dal citato Allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che la Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia proceda ad erogare agli EE.GG. la somma di € 1.996.474,00, assegnata dalla Direzione regionale Sanità, a titolo di incentivo per l'adozione dei criteri di compartecipazione previsti nell'Allegato C);
 - di dare atto che alla spesa complessiva pari a euro 23.510.441,74 si fa fronte con l'impegno n. 6757 disposto cap. 156988 del Bilancio anno 2008.

**RIORDINO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TUTELARE SOCIO
SANITARIA E
ISTITUZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA
DOMICILIARITA' PER LA LUNGOASSISTENZA DI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI**

PREMESSA

I nuovi crescenti bisogni dei soggetti non autosufficienti comportano, per la loro intensità e consistenza, una rivisitazione dell'attuale sistema dell'offerta dei servizi nell'ambito delle "Cure Domiciliari", che, in relazione alle modalità attuative dell'Allegato A "L'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza" della DGR 51- 11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria", riconsideri il sistema delle prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria, ormai composite e diversificate.

Nell'attuale contesto regionale l'applicazione della suddetta D.G.R. 51/03 - così come evidenziato da una recente indagine, svoltasi nel mese di giugno 2008, condotta congiuntamente dagli Assessorati al Welfare e Tutela della Salute e Sanità e supportata dall'ARESS - è parziale e disomogenea ed ha dato luogo a una moltitudine di sperimentazioni territoriali diverse. Tale disomogeneità applicativa, o mancanza di applicazione, rende l'accesso e le modalità erogative delle "Cure Domiciliari in Lungoassistenza" fortemente "diseguale" per i cittadini piemontesi, e determina la necessità di ricondurre, per quanto possibile, ad uniformità il diritto ad un intervento compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tra le molteplici criticità rilevate dall'indagine emerge, in particolare, la necessità di una ridefinizione più adeguata ed attuale delle "Prestazioni di assistenza tutelare socio sanitaria", che non possono più essere esclusivamente ricondotte alla figura professionale dell'ADEST/OSS, ma devono essere estese al riconoscimento del lavoro di cura prestato da familiari e/o conviventi, da volontari riconosciuti, attraverso lo strumento "dell'affidamento", nonché da assistenti familiari.

Il riconoscimento di tali figure, quali soggetti che intervengono nelle prestazioni di assistenza tutelare, consente non solo di meglio interpretare ciò che nella D.G.R. 51/2003 viene indicato come "risorsa locale adeguata e validata dalle competenti Unità Valutazione Geriatrica (U.V.G.) nell'ambito del Progetto individuale", ma anche di realizzare quanto espresso a tal proposito dal Piano Socio Sanitario Regionale 2007 / 2010 - paragrafo 4.5.2 - e di rendere coerente quanto previsto dalla recente D.G.R. 42 - 8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale".

Tale riconoscimento dà l'opportunità di regolamentare in modo omogeneo il "Contributo Economico a Sostegno della Domiciliarità", che sotto diverse forme e modalità viene attualmente erogato da Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) ed Enti Gestori della funzioni socio-assistenziali (EE.GG.) in alcuni territori regionali ad anziani non autosufficienti, in base a semplici accordi locali, proponendolo come uno degli strumenti, a disposizione delle Unità di Valutazione Geriatrica, da utilizzare per la realizzazione di Piani Assistenziali Individuali (P.A.I.) in Lungoassistenza (LA), in applicazione dei L.E.A. sulle Cure Domiciliari.

Il "Contributo Economico di Sostegno alla Domiciliarità", oggetto del presente atto deliberativo, viene inizialmente e prioritariamente rivolto alle persone anziane ultra65enni non autosufficienti residenti nel territorio piemontese.

Nel corso degli anni, a partire dalla D.G.R. 113-16221\92 fino alla D.G.R. 42\2008, sono stati progressivamente definiti i criteri di valutazione sanitaria e sociale dei soggetti anziani.

Attualmente sono in fase di studio e predisposizione gli atti normativi relativi alla valutazione di altre categorie di non autosufficienti, che nella misura in cui saranno validati ed approvati, consentiranno la progressiva estensione del "Contributo Economico di Sostegno alla Domiciliarità" a tutta l'area di soggetti non autosufficienti, indipendentemente dalla fascia di età.

1. RIORDINO DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE DI ASSISTENZA TUTELARE

Il Riordino delle Prestazioni socio sanitarie di assistenza tutelare comporta, in questa fase, un'identificazione più precisa dei ruoli da attribuire ai vari attori interagenti nel sistema delle Cure Domiciliari, riconoscendo ciò che "di fatto" è già diffusamente presente, con modalità diverse, nei territori regionali.

Tale riordino è altresì necessario a rendere meglio applicabile quanto è stato deliberato con le recenti D.G.R. 21-7391 del 12 novembre 2007 "Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del "peso" ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione" e della già succitata D.G.R. 42/2008.

In particolare quest'ultima, nel definire Linee Guida per la realizzazione del P.A.I. domiciliare in lungo assistenza, considera la possibilità del contributo di nuove figure "professionali" (es. l'assistente familiare) e figure non professionali come i familiari e gli affidatari, nonché di prestazioni sociali a valenza sanitaria.

L'identificazione e il riconoscimento delle Prestazioni socio sanitarie si ispira fondamentalmente ai seguenti principi:

- promozione e sostegno del ruolo esercitato dalla famiglia, distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà intrafamiliare e svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- promozione e sostegno dell'assunzione di un ruolo parafamiliare da parte di volontari singoli attraverso la modalità dell'affidamento familiare, distinguendo tra l'esercizio di funzioni tipiche della solidarietà di vicinato e lo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura;
- definizione del ruolo esercitato dagli operatori professionali di diversa qualifica nel sistema della cura, in questo caso assistenti domiciliari e collaboratori familiari, in relazione allo specificità professionale e alla necessità di ottimizzare/promuovere lo sviluppo delle risorse umane.

Di seguito si descrivono le fondamentali prestazioni oggetto del presente Riordino identificandone le caratteristiche e specificandone chi le esegue, sia questa figura professionale o non.

ASSISTENZA TUTELARE SOCIO SANITARIA NELLE CURE DOMICILIARI

Assistenza domiciliare	<p>Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.</p> <p>Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione ecc.</p>	<p>L'Adest(1)/OSS: * Per gli operatori Adest/OSS si individua come peculiare e vincolante l'esercizio di un ruolo di supporto professionale, così come definito dalla D.G.R. 46-5662 del 25 marzo 2002 “.</p> <p>1) L'Assistente familiare: ** Con il termine "Assistente Familiare" si intende unificare quel vasto ed eterogeneo “mondo” prevalentemente femminile, spesso di origine straniera, impropriamente definito "colf"/"badante", che quotidianamente ha compiti e responsabilità di cura. Si tratta di una figura che gestisce sia di cura alla persona sia il lavoro domestico della cura della casa il lavoro svolto a domicilio in modo continuativo e/o residenziale, in rete con gli altri soggetti coinvolti (familiari, operatori pubblici e privati ecc.).</p>
Cure familiari **	Cure prestate ad un congiunto da parte di chi ha con l'interessato legami di tipo familiare, per legami di parentela o di affinità, oppure convive anagraficamente o di fatto con il beneficiario, attraverso un'assistenza diretta e personale.	Il familiare , che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative), che può dedicare del tempo all'assistenza della persona non autosufficiente.
Affidamento **	<p>Intervento di carattere non professionale prestato tramite volontari, singoli o famiglie, che si rendono disponibili a sostenere nel quotidiano anziani singoli o in coppia, nell'intento di mantenerli a domicilio.</p> <p>Si distinguono due tipologie di affidamento:</p>	Il/la volontario/a capace di relazionarsi con una persona anziana nella quotidianità in un'ottica di solidarietà e vicinanza affettiva, per offrire un riferimento e un aiuto concreto a quelle persone prive di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo. Per la sua natura volontaristica non richiede competenze professionali specifiche, mentre richiede invece competenze e disponibilità simili a quelle normalmente assicurate da una famiglia presente e capace.

	<ul style="list-style-type: none"> - diurna a domicilio della persona non autosufficiente; - residenziale, con una maggiore prevalenza del lavoro di cura, che comporta un inserimento della persona all'interno del nucleo affidatario. 	
Telesoccorso**	Installazione di un terminale sul telefono di casa che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.	Il fornitore riconosciuto da A.S.L.\EE.GG. in tutti i casi è necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
Pasti a domicilio**	Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano.	Il fornitore riconosciuto da A.S.L.\EE.GG., che provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

* prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

** prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

(1) figura ad esaurimento

2. CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ.

Il "CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ", in questa fase prioritariamente rivolto a favore di persone anziane non autosufficienti, si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario del piano assistenziale individuale (P.A.I.), per la copertura del costo dei servizi di Assistenza Tutelare socio sanitaria, descritte nel precedente paragrafo 1.

Le prestazioni di Assistenza Tutelare socio-sanitaria sono soggette a compartecipazione paritaria fra ASL e Utente/EEGG così come disposto dalla DGR 51\2003 e devono essere previste dal PAI in Lungoassistenza domiciliare redatto secondo le modalità della DGR 42\2008.

I costi delle prestazioni di Assistenza Tutelare socio-sanitaria sono da riferirsi:

- al riconoscimento economico dovuto alle prestazioni di cura familiare e affidamento, secondo i massimali e le modalità successivamente stabilite;
- all'assunzione di un Assistente Familiare,;
- all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST\OSS presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle ASL\EEGG;
- all'acquisto del servizio di telesoccorso;
- all'acquisto di pasti a domicilio.

Il "Contributo economico a sostegno della domiciliarità" rappresenta una delle modalità di realizzazione delle prestazioni previste dal P.A.I.

I P.A.I. domiciliari possono contenere un mix di prestazioni erogabili, come sopra specificate, integrabili con interventi semiresidenziali e residenziali temporanei di sollievo, all'interno dei massimali previsti di seguito.

Tali prestazioni possono essere realizzate sia attraverso l'offerta pubblica di Assistenza Tutelare socio sanitaria, secondo le modalità e gli accordi locali tra le Aziende Sanitarie Locali e gli EEGG, sia attraverso il contributo economico a sostegno della domiciliarità.

Ai fini di una applicazione di criteri uniformi di valutazione della situazione economica, rilevante per l'individuazione dei criteri di compartecipazione ai costi dei Servizi Socio-assistenziali, si applicano le disposizioni di cui all'Allegato C) del presente provvedimento.

2.1 Destinatari

I destinatari oggetto della presente deliberazione sono i soggetti anziani, che hanno fatto domanda alla competente U.V.G. territoriale e sono stati dichiarati non autosufficienti ed eligibili ad un progetto di Cure Domiciliari in Lungoassistenza.

Gli anziani, già valutati ed in lista di attesa per la residenzialità o semiresidenzialità, nelle situazioni in cui non sia stato preso in considerazione un progetto di domiciliarità da parte della competente U.V.G., possono richiedere una riprogettazione del Progetto stesso. Nel caso sussistano le condizioni è possibile passare ad un Progetto di domiciliarità, in analogia alla D.G.R. 42/2008, la quale prevede, che "Qualora per sopravvenute circostanze il soggetto, con Progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un Progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall'U.V.G., verrà inserito nella lista d'attesa tenendo conto della data della prima valutazione".

Resta fermo quanto previsto dalle Linee Guida di Vita Indipendente di cui alla D.G.R. 48-9266 del 21 luglio 2008 "Linee Guida per la predisposizione dei Progetti di Vita Indipendente" relativa alle persone ultrasessantacinquenni, fino a che sussistano i requisiti per il mantenimento del Progetto. I beneficiari del Contributo Economico in un Progetto di LA domiciliare sono esclusi dalla lista di attesa per un Progetto di Residenzialità, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R.42/2008.

2.2 Massimali erogabili

Gli importi relativi al Contributo Economico a Sostegno della Domiciliarità devono essere erogati con i massimali di seguito indicati, rapportati alla scala di intensità del Progetto di Cure Domiciliari in Lungoassistenza, definito dalla competente U.V.G. aziendale a norma della D.G.R. 42/2008.

Tali importi si riferiscono alla copertura massima del costo di Assistenza Tutelare Socio Sanitaria prevista dal P.A.I.:

- | | |
|---|----------------------------|
| - Bassa intensità assistenziale (punteggio da 4 a 9) | fino a euro 800 mensili |
| - Media intensità assistenziale (punteggio da 10 a 15) | fino a euro 1.100 mensili |
| - Medio-alta intensità assistenziale (punteggio oltre 15) | fino a euro 1.350 mensili* |
- *(1.640 se senza rete familiare)

Il costo dell'Assistenza Tutelare Socio Sanitaria prevista dal PAI è per il 50% (componente sanitaria) a carico dell'ASL, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'Utente/EEGG.

Qualora il beneficiario sia titolare di Indennità di Accompagnamento tale previdenza va utilizzata per la copertura della componente sociale.

2.3 Condizioni e modalità di erogazione.

E' condizione indispensabile all'erogazione del Contributo Economico a Sostegno della Domiciliarità l'accettazione da parte del soggetto destinatario, o del familiare, o, ove necessario, dell'amministratore di sostegno, del curatore, del tutore, dell'intero P.A.I. domiciliare redatto dalla competente équipe interdisciplinare prevista dalla D.G.R. 42/2008.

Tale accettazione implica l'impegno alla corresponsione della quota a carico dell'utente nella percentuale e modalità previste del P.A.I. medesimo.

A) Assistente familiare

Nei casi in cui il P.A.I. preveda l'attività di un "assistente familiare", questo/a deve essere regolarmente assunto/a secondo il C.C.N. del Lavoro Domestico.

L'assistente familiare può essere assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. ed EE.GG.

B) Familiare

I due fondamentali ruoli esercitati dai familiari comportano differenziazioni sul piano del riconoscimento economico:

- quando il familiare è solo caregiver, tale ruolo non è monetizzato in quanto intrinseco al legame di parentela e all'eventuale scelta di convivenza;
- nel caso in cui il familiare, oltre al ruolo di caregiver, svolga anche compiti di cura nei confronti di soggetti non autosufficienti, secondo i tre gradi di necessità assistenziale sopramenzionati, sono previste quote di riconoscimento economico differenti a seconda della tipologia in cui è stato valutato il beneficiario, integrando nel P.A.I., oltre al lavoro dei familiari, altre prestazioni/servizi, che possono essere "mixati" fra di loro fino al massimale erogabile.

Nei casi in cui il P.A.I. preveda le attività di un familiare con comprovata disponibilità di tempo e capacità, il Contributo Economico a Sostegno della Domiciliarità. è concesso a favore del familiare che si fa carico, in via preminente, della cura e dell'assistenza dell'anziano, previa formalizzazione dell'impegno con A.S.L. ed EE.GG.

Si riconoscono pertanto ai **familiari**, che svolgono funzioni di cura, le seguenti quote:

- **Euro 200,00** per un soggetto non autosufficiente a bassa intensità assistenziale;
- **Euro 300,00** per un soggetto non autosufficiente a media intensità assistenziale;
- **Euro 400,00** per un soggetto non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale.

Il contributo economico ai familiari non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza svolte ma si giustifica in relazione alle spese sostenute e all'eventuale mancato guadagno

C) Affidatario

Nei casi in cui il P.A.I. preveda il ricorso "all'affidamento" diurno o residenziale, il Contributo Economico a Sostegno della Domiciliarità è concesso all'affidatario con le stesse modalità del familiare di cui sopra.

Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree geografiche ad alta dispersione territoriale.

Laddove il servizio sociale attiva l'affidamento a un volontario riconosciuto, l'attività del volontario può essere integrata dall'intervento domiciliare reso dall'assistente familiare o da altra figura professionale fino alla concorrenza del massimale previsto, analogamente a quanto avviene per i familiari.

Il contributo economico all'affidatario non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza bensì come un ristoro in relazione alle spese sostenute .

1) affidatario caregiver

Euro 200,00 quando l'affidatario esercita unicamente il ruolo di caregiver (ruolo più "leggero"), nel caso di bassa e media intensità assistenziale per un soggetto non autosufficiente.

Tale ruolo sarà necessariamente integrato da altri servizi facenti parte del P.A.I. individuale (es. assistente familiare).

2) affidatario con compiti di cura

Quando l'affidatario svolge anche compiti di cura, il contributo economico previsto è diversificato sulla base delle tipologie così ripartite:

- **Euro 400,00** per un soggetto non autosufficiente a bassa intensità assistenziale privo di rete familiare;
- **Euro 500,00** per un soggetto non autosufficiente a media intensità assistenziale senza rete familiare;
- **Euro 600,00** per un soggetto non autosufficiente a media-alta intensità assistenziale senza rete familiare, nei confronti del quale viene attivato un affidamento, ipotizzando un intervento che preveda oltre a passaggi plurimi durante l'arco della giornata anche più momenti di copertura notturna in caso di necessità.

3) Affidamento residenziale

Si intende l'accoglienza temporanea/definitiva della persona anziana presso il domicilio dell'affidatario nei casi in cui l'assenza di reti parentali precluderebbe la permanenza presso la propria abitazione. Si tratta di un intervento connotato dalla continuità delle cure, attivabile in situazioni di maggiore necessità assistenziale evitando/ritardando così il ricorso all'istituzionalizzazione dell'anziano, con un rimborso pari a **700,00** Euro mensili.

2.4 Controversie

La Commissione Centrale per le rivalutazioni cliniche di cui alla D.G:R. 74-28035 del 02/08/1999, integrata con le figure professionali in possesso di specifica competenza sull'area degli anziani, da individuarsi con apposito provvedimento regionale, costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie, che dovessero insorgere tra i diversi soggetti (AS.L., EE.GG., utenti/familiari/associazioni rappresentative).

ACCORDI

Il finanziamento erogato ai soggetti individuati quali enti capofila, pari a euro 21.513.967,74, è comprensivo della quota sanitaria e della quota sociale; pertanto tale finanziamento fa fronte alla copertura del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) anche per la parte sociale, se questa è dovuta, in base al regolamento di compartecipazione degli EE.GG.

A tal fine, sviluppando ulteriormente le significative e diffuse esperienze di comune collaborazione e costruzione da parte dei Distretti sanitari e degli EE.GG., già maturate nella costruzione dei Piani di Zona - in ambito sociale-, le A.S.L. (e per esse ogni Distretto sanitario) e ogni EE.GG. dello stesso ambito distrettuale devono procedere alla definizione di Accordi debitamente sottoscritti dai rispettivi rappresentanti. Tali Accordi devono contenere almeno i seguenti punti:

- obiettivi comuni,
- metodologia, risorse umane e strumenti organizzativi integrati per la predisposizione dei P.A.I.,
- soggetti coinvolti,
- individuazione Ente capofila,
- destinatari anziani non autosufficienti =>65 anni,
- servizi e interventi previsti,
- monitoraggio dei P.A.I.,
- modalità di erogazione del contributo economico,
- tempistica di attivazione.

L'Accordo potrà prevedere altresì il mantenimento di eventuali importi attualmente in essere se più favorevoli per il cittadino.

Qualora vengano già corrisposti contributi economici con criteri ed importi diversi dal presente provvedimento gli Accordi potranno definire, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, le modalità di programmazione per l'adeguamento.

Inoltre, l'Accordo deve confermare che, per le prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare da erogare, l'A.S.L. (componente sanitaria) assume a proprio carico il 50% del costo, mentre il restante 50% (componente sociale) è a carico dell'Utente/EE.GG.

Per quanto riguarda la tempistica di attivazione degli interventi, è necessario che l'erogazione delle prestazioni a rilievo sanitario sia attivata entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda di intervento e l'erogazione delle prestazioni a rilievo sociale avvenga entro 90 giorni.

Relativamente a realtà territoriali specifiche, quali ad esempio l'area torinese laddove un unico Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali afferisce a due Aziende Sanitarie, l'Accordo può includere più realtà distrettuali.

Gli Accordi devono essere predisposti e trasmessi, entro 60 giorni dall'emanazione del presente provvedimento, alla Direzione regionale Sanità e alla Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la famiglia. La Direzione Sanità, previa intesa con la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia, disporrà con apposito provvedimento dirigenziale l'assegnazione dei finanziamenti ai soggetti individuati quali Enti capofila dagli Accordi suddetti, per ogni ambito distrettuale, facendo riferimento alla popolazione =>65 anni della Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte (BDDE) 2007.

MONITORAGGIO

A livello locale l'équipe interdisciplinare che predispose il P.A.I. e l'interessato (o chi per esso titolato) devono verificare almeno quadrimestralmente sia l'attuazione degli impegni previsti nel Piano Assistenziale Individuale medesimo, anche mediante l'esame della relativa documentazione, sia il mantenimento delle condizioni di erogazione del contributo economico, nonché procedere ad una eventuale ridefinizione del PAI stesso.

A livello regionale si prevede l'avvio di un sistema, allo stato attuale sperimentale, di monitoraggio e coordinamento tecnico di applicazione della deliberazione, tale da consentire, attraverso la definizione di indicatori e standard condivisi, una verifica puntuale e sistematica della domanda espressa, delle risorse utilizzate e degli interventi erogati.

L'arco temporale del monitoraggio va dal 1° luglio al 31 dicembre 2009 ed i dati utili per la costruzione degli indicatori di cui alla Tabella A, dovranno essere inoltrati entro il 15 gennaio 2010 alla Direzione Sanità e alla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, utilizzando la Tabella B.

Tabella A

<i>Fenomeno da monitorare</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Standard</i>	<i>Numeratore e Denominatore dell'indicatore</i>
Domanda e Accessibilità (Oggetto di valutazione: Soggetti che usufruiscono, liste di attesa...)			
	(D1) Percentuale di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità rispettivamente bassa/media/medio-alta intensità nell'anno <i>(l'indicatore valuta l'incidenza della domanda soddisfatta con i finanziamenti disponibili; evidenziare i casi già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera)</i>	In prospettiva Definire Standard fabbisogno	<i>Numeratore</i> Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni (e altri) che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità rispettivamente bassa/media/medio-alta intensità nell'anno (1) <i>Denominatore</i> Totale anziani > 65 anni del distretto/Asl (2)

	(D2) Numero di soggetti in lista di attesa per l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità <i>(l'indicatore valuta l'incidenza della domanda insoddisfatta)</i>		<i>Numeratore</i> Numero di soggetti in lista di attesa per l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità (3)
	(D3) Numero di rinunce (a seguito: della valutazione, della presa in carico e del PAI) agli interventi economici a sostegno della domiciliarità		<i>Numeratore</i> Numero di rinunce (a seguito: della valutazione, della presa in carico e del PAI) agli interventi economici a sostegno della domiciliarità (4)
Risorse (finanziarie e di personale)			
	(R4) Valore complessivo e pro capite dei contributi economici a sostegno della domiciliarità (rispettivamente bassa/media/medio-alta intensità) erogati nell'anno		<i>Numeratore</i> Valore complessivo dei contributi economici a sostegno della domiciliarità (bassa/media/medio-alta intensità) erogati nell'anno (5)
	(R5) Percentuale di spesa destinata a contributi economici a favore di soggetti infrassessantacinquenni		<i>Numeratore</i> Spesa destinata a contributi economici a favore di soggetti infrassessantacinquenni (6) <i>Denominatore</i> Valore complessivo dei contributi economici a sostegno della domiciliarità (bassa/media/medio-alta intensità) erogati nell'anno (5)
	(R6) Presenza dell' Equipe Interdisciplinare (ai sensi dell' Allegato D della dgr 42/08) per la predisposizione dei PAI individualizzati <i>(L'indicatore valuta la dotazione organizzativa dell'Asl nel far fronte agli interventi economici a sostegno della domiciliarità)</i>	SI	Presenza dell' Equipe Interdisciplinare (7)
Attività (aspetti qualitativi e quantitativi)			
	(A7) Percentuale di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni rispettivamente Adest/Oss, Assistenti Familiari, Familiari, Affidatari <i>(L'indicatore valuta l'incidenza delle singole tipologie di interventi)</i>		<i>Numeratore</i> Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni rispettivamente Adest/Oss, Assistenti Familiari, Familiari, Affidatari (8) <i>Denominatore</i> Totale interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati (1)
	(A8) Percentuale di Assistenti Familiari regolarmente assunti secondo il CCN del Lavoro Domestico <i>(L'indicatore valuta l'appropriata erogazione degli interventi)</i>	100 %	<i>Numeratore</i> Numero di Assistenti Familiari regolarmente assunti secondo il CCN del Lavoro Domestico (9) <i>Denominatore</i> Numero di assegni di cura erogati con prestazioni di Assistenti Familiari (è un di cui dell'8)

Tabella B

	Descrizione	Numero di casi da 01/07/09 a 31/12/09
1	Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità a bassa intensità di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera	
	Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità a media intensità di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera	
	Numero di anziani non autosufficienti > 65 anni che hanno usufruito di contributo economico a sostegno della domiciliarità medio-alta intensità di cui già in carico in modalità integrata alla data di attivazione della delibera	
2	Totale anziani > 65 anni residenti (dato BDDE)	
3	Numero di soggetti in lista di attesa per l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità	
4	Numero di rinunce (a seguito: della valutazione, della presa in carico e del PAI) agli interventi economici a sostegno della domiciliarità	
5	Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità bassa intensità erogati nell'anno	
	Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità media intensità erogati nell'anno	
	Valore dei contributi economici a sostegno della domiciliarità medio-alta intensità erogati nell'anno	
6	Spesa destinata a contributi economici a favore di soggetti infrasessantacinquenni	
7	Presenza dell'Equipe Interdisciplinare (ai sensi dell'Allegato D della D.G.R. 42/2008) per la predisposizione dei PAI	
8	Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni Adest/Oss	
	Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Assistenti Familiari	
	Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Familiari	
	Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni di Affidatari	
	Numero di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati con prestazioni integrate	

9	Numero di Assistenti Familiari regolarmente assunti secondo il CCN del Lavoro Domestico	
---	---	--

ALLEGATO C

Criteri per la compartecipazione dei soggetti anziani non autosufficienti e delle persone con handicap permanente grave al costo delle prestazioni di natura domiciliare.

L'art. 3, comma 2 ter, del decreto legislativo 109/1998, modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130, recita: "limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria erogate a domicilio o in ambiente residenziale (...) rivolte a persone con handicap permanente grave di cui all'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza psichica o fisica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali", si applicano le disposizioni nel medesimo decreto contenute "nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri".

Tale ultimo decreto è adottato "(...) al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione".

Tenuto conto che le modifiche al titolo V della Costituzione rivedono il ruolo dello Stato in materia di assistenza e provvedimenti connessi, attribuendo alle Regioni la competenza a regolamentare tale materia ad esclusione dei livelli essenziali, la Giunta Regionale del Piemonte ha adottato la deliberazione n. 37-6500 del 23 luglio 2007 diretta a disciplinare:

- i criteri di compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta praticata nelle strutture residenziali, criteri che prevedono la valutazione del solo reddito e patrimonio individuale;
- le modalità di attribuzione di un incentivo a favore degli Enti Gestori e Comuni singoli che provvedano ad adottare regolamenti conformi ai suddetti criteri di compartecipazione, o, ad adeguarli, se già esistenti, ai criteri medesimi.

Con la deliberazione della Giunta Regionale n. 64-9390 del 1 agosto 2008, che disciplina i criteri di ripartizione dei finanziamenti a sostegno della disabilità e delle loro famiglie, è stata prevista l'attribuzione di una quota di tali finanziamenti agli Enti Gestori "che prevedono l'applicazione del d.lgs 109/1998, come modificato dal d.lgs 130/2000, relativamente alla compartecipazione degli utenti alla retta per la residenzialità, prendendo come riferimento il solo reddito e patrimonio dell'interessato".

Sia per i soggetti anziani non autosufficienti sia per le persone con handicap permanente grave si rende ora necessario disciplinare - in considerazione del disposto del citato art. 3, comma 2 ter, del d.lgs. 109/1998 - criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare, erogate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria.

La presente deliberazione dispone pertanto l'estensione a soggetti anziani non autosufficienti - la cui non autosufficienza sia stata accertata dalle competenti unità di valutazione - e alle persone con handicap permanente grave - certificato ai sensi della legge 104/92, secondo il percorso

progettuale definito dalla U.V.H., competente per territorio - dei criteri di contribuzione per la determinazione della compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare, previsti dall' allegato A) della suddetta D.G.R. 37-6500 del 2007.

Tale estensione si rende necessaria non solo per l' esigenza di uniformare sul territorio regionale le modalità di contribuzione, ma, soprattutto, per motivi di equità di trattamento tra utenti ricoverati ed utenti in assistenza domiciliare.

Franchigia sul reddito e ambito di applicazione

a) In relazione alla specificità degli interventi domiciliari ed al diverso contesto in cui tali interventi vengono erogati rispetto alla residenzialità, debbono essere apportate le seguenti modificazioni ai criteri previsti dalla citata D.G.R. 37-6500 del 2007:

Punto 4.1 FRANCHIGIA DEL REDDITO:

“Al beneficiario della prestazione spetta una quota di reddito non inferiore alla soglia di povertà indicata dall'ISTAT nel “Rapporto annuale sulla povertà relativa”.

La stima dell'incidenza della povertà relativa - che indica la percentuale di famiglie e persone povere sul totale delle famiglie e persone residenti - viene annualmente calcolata dal suddetto Istituto sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà), che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi.

L'ultimo rapporto assunto nel 2008 fissa la soglia di povertà, per l'anno 2007, in euro 591,81, in riferimento ad un soggetto singolo.

b) I criteri previsti nel presente allegato sono utilizzabili, oltre che per la determinazione della contribuzione al costo delle prestazioni di natura domiciliare, per accedere alle assegnazioni economiche (contributi economici a sostegno della domiciliarità, assegni, vaucher..) alternative all'erogazione diretta di interventi, o per escluderne l'erogazione.

Criteri per l'erogazione di incentivi

In analogia con la D.G.R. 37-6500 del 2007, si prevede, per quanto concerne le prestazioni di natura domiciliare, la corresponsione di un incentivo, sia in riferimento ai soggetti anziani non autosufficienti sia in riferimento alle persone con handicap permanente grave, a favore di quegli Enti Gestori che:

- assumano regolamenti conformi ai criteri di compartecipazione - disciplinati nel presente allegato - o li adeguino, se già esistenti, ai criteri medesimi;
- abbiano già assunto, prima della adozione della presente deliberazione, regolamenti conformi ai criteri previsti dal presente allegato;
- provvedano a far pervenire tali regolamenti alla Amministrazione regionale entro il 31 dicembre 2009.

Per la determinazione dell'incentivo si assume come base di calcolo la popolazione residente in ciascun ambito territoriale, non essendo possibile quantificare a priori il numero di Enti Gestori che adegueranno la propria normativa ai criteri previsti dal presente atto.

Poiché, dai dati forniti dagli Enti Gestori in relazione ai servizi domiciliari, emerge che tali servizi sono rivolti - nel 75% dei casi - alla popolazione anziana, l'ammontare dell'incentivo viene determinato dal prodotto di una quota base procapite di riferimento per il numero di anziani ultrasessantacinquenni residenti nell'ambito territoriale di ciascun Ente Gestore .

La quota base procapite di riferimento è fissata in € 2,00.

L'incentivo suddetto viene erogato **una tantum** ed è calcolato sulla base dei dati della popolazione ultrasessantacinquenne estratti dalla BDDE (Banca dati demografica evolutiva della Regione Piemonte) per l'anno 2007 e sulla base dell'assetto territoriale 2009.

Con Determina Dirigenziale, da adottarsi da parte della Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia, previa acquisizione dei regolamenti così come sopra indicato, viene disposta l'assegnazione delle risorse finanziarie agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, secondo i criteri prestabiliti.

A tal fine, viene assegnato alla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia apposito impegno delegato della somma di euro 1.996.474,00; somma complessiva necessaria per far fronte all'erogazione degli incentivi, se la totalità degli Enti Gestori assume provvedimenti conformi.

Resta inteso che, alla scadenza prevista, eventuali risorse residuali derivanti da Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, che non abbiano aderito a quanto previsto nel presente allegato, saranno rese disponibili per finalità concernenti i contributi economici a sostegno della domiciliarità.