

Richiamate:

- la Legge 104/92 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”
- la Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- La Legge 18/2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”
- Il DPR 4 ottobre 2009 “Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità”
- la Legge regionale 19/94 “ Norme per la prevenzione, riabilitazione ed integrazione sociale dei portatori di handicap”
- la Legge regionale 12/2006 “Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari”
- la Deliberazione del Consiglio Regionale 18/2013 “Piano Sociale Integrato Regionale 2013.2015”
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.1106/2006 “ Indirizzi per il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 219/2008 “ Indicazioni per l’avvio della prima fase di messa a regime del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza”
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.166/2011 “ Rimodulazione dei criteri per l’accesso alla misura economica del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza a partire dal 1° marzo 2011”;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.719/2012 sono state approvate le linee operative in tema di Sclerosi Laterale Amiotrofica (d’ora in avanti denominata SLA) ai fini del riconoscimento di cura alle persone affette da SLA anche diversamente denominata Malattia del Motoneurone (codice RF0100 oppure RF0110) prevedendo attività progettuali di sostegno alle famiglie per l’assistenza a domicilio;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 1540/2011 con la quale veniva approvato il Programma Attuativo “ *Interventi in tema di sclerosi laterale amiotrofica*”redatto dal Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Servizio Politiche Sociali Integrate ;
- Deliberazione n. 1769/2013 “ Linee regionali relative al Fondo per il sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima;

Dato atto delle politiche volte alla Non Autosufficienza che da anni la Regione Liguria promuove e sostiene, sia con riguardo alle persone anziane che alle persone disabili adulte e minori;

Ritenuto di valorizzare l’indennità di accompagnamento quale misura nazionale di tipo universalistico riconosciuta al fine di provvedere alle necessità della persona non in grado di svolgere le ordinarie funzioni quotidiane;

Considerato che le famiglie provvedono in buona parte all’assistenza dei propri congiunti non autosufficienti, sia attraverso l’assistenza diretta, sia attraverso l’acquisto di prestazioni assistenziali sul mercato e che la stima della spesa delle famiglie in Liguria è di circa 900 milioni di euro a fronte dei 300 milioni spesi dall’INPS per le indennità di accompagnamento;

Ritenuto quindi opportuno adottare strategie per il superamento del suddetto modello di “welfare fai da te” al fine di offrire un sistema universalistico di garanzie a regia pubblica, sia sotto il profilo della domanda che dell’offerta, in cui le famiglie in condizioni di provvedere

economicamente all'assistenza possano farlo comunque in un percorso di definizione del Piano Individualizzato di Assistenza e il relativo monitoraggio, e che le risorse pubbliche a supporto di interventi socio-assistenziali non ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza, siano impegnate a vantaggio dei più fragili economicamente;

Valutata pertanto la necessità di superare la frammentazione, seppur nella salvaguardia dei livelli di servizi fino ad oggi garantiti, degli interventi secondo una logica di:

- centralità della persona/famiglia anche attraverso la partecipazione diretta alla definizione del PIA
- responsabilizzazione degli utenti/famiglie attraverso la trasparenza dei costi sostenuti dalla PA per i diversi interventi e compartecipazione al costo del servizio;
- erogazione di un mix tra servizi e cash in modo tale da favorire l'autonomia e l'autodeterminazione delle famiglie, ma contestualmente garantire standard assistenziali certi alla persona non autosufficiente evitando i rischi di un'eccessiva "monetizzazione del bisogno";
- ricomposizione degli interventi attualmente posti in capo ai servizi sociali, ai servizi sanitari e alle famiglie;
- maggiore equità attraverso l'ingresso nel sistema regolato di famiglie oggi completamente sganciate;
- maggiore appropriatezza garantita dalla valutazione multidimensionale supportata dal sistema ICF di cui è in fase di avvio un percorso formativo per gli operatori sociali e sanitari del territorio;
- maggiore integrazione dei comparti sociali e sanitari attraverso le equipe integrate distrettuali secondo quanto disposto dallo PSIR 2013-2015;
- maggiore inclusività del sistema in cui le famiglie in condizioni di provvedere economicamente all'assistenza possano comunque avere un riferimento nella rete dei servizi per la definizione del Piano Individualizzato di Assistenza e il relativo monitoraggio;
- superamento del sistema "atomizzato" di domanda/offerta del lavoro di cura attraverso forme di aggregazione delle assistenti familiari;
- organizzazione in filiera della rete dei servizi in modo da garantire maggiore flessibilità delle risposte
- emersione del lavoro sommerso di cura;
- responsabilizzazione dei livelli decentrati e conseguente maggiore sostenibilità economica ;

Dato atto di alcune fondamentali sperimentazioni in corso che stanno dando esiti positivi, in particolare:

- progetto "Meglio a Casa- Approccio sociale alle persone fragili in condizioni di criticità" in cui oltre il 30% delle famiglie che al momento della dimissione ospedaliera ricevono un sostegno e una mensilità gratuita di assistente familiare, continuano il contratto di lavoro con la stessa assistente familiare regolarizzata;
- progetto "Sostegno a domicilio a malati di SLA" in cui i servizi impiegano un modello di valutazione multidimensionale e multidisciplinare in una logica di integrazione sociosanitaria e di collegamento ospedale/territorio;

Dato atto altresì di alcune idee progettuali in corso di elaborazione:

- progetto la "Giusta Causa" di contrasto alla povertà in cui si prevedono anche forme alternative di residenzialità leggera per soggetti parzialmente non autosufficienti
- revisione filiera servizi sociosanitari per disabili
- revisione filiera servizi sociosanitari per anziani

Visto il Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2015 di cui alla citata DCR 18/2013 in cui,

nell'ambito delle Politiche per la Non Autosufficienza, all'azione 11.a prevede la sperimentazione della **Dote di Cura** definita come offerta determinata nella qualità, quantità e nel tempo, di un insieme integrato di interventi sociosanitari tutelari, sanitari e familiari, finanziata da uno specifico budget sociosanitario;

Considerato che il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, individua, tra le altre, la linea di intervento n. 6 "Salute, diritto alla vita, abilitazione e riabilitazione" in cui si stabilisce che: *L'integrazione socio-sanitaria dovrà prevedere uno stretto collegamento tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale, atta a garantire una continuità ed una semplificazione dei processi di accesso all'assistenza. È importante favorire interventi volti a garantire un maggiore livello di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari attraverso la realizzazione e promozione di strumenti organizzativi dedicati. [...]Un ulteriore vantaggio di un sistema di servizi basati sul punto Unico di Accesso (PUA) potrebbe orientarsi ad una riduzione del peso economico del sistema sanitario. Questo obiettivo può essere raggiunto grazie ad una migliore razionalizzazione delle risorse collegata ad una razionalizzazione delle cure e dei processi di presa in carico;*

Valutato inoltre, che il suddetto Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, tra le altre cose, dà specifiche indicazioni sui progetti di Vita Indipendente;

Ritenuto quindi opportuno precisare che la sperimentazione della Dote di Cura deve riguardare:

- persone non autosufficienti per le quali si predispone un piano assistenziale individualizzato per il mantenimento a domicilio (long care term);
- persone con potenzialità residue per le quali si predispone un progetto di vita indipendente;

Considerato che gli interventi di cui al presente provvedimento sono finalizzati :

- all'erogazione di misure ed interventi a sostegno della domiciliarità per persone con limitata autonomia, sulla base di una valutazione multidimensionale e un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA);
- a sviluppare nuovi strumenti di supporto alla domiciliarità per le gravissime disabilità, a partire dalla sperimentazione di interventi a favore delle persone affette da SLA;
- mettere a sistema gli interventi sociosanitari e sociali, ancora frazionati, promuovendo il sistema integrato di servizi alle persone non autosufficienti, a partire dalla presa in carico globale e da un piano individualizzato condiviso con il soggetto fruitore ed impiegando altresì logiche di differenziazione dell'offerta in base alla differente complessità ed ai diversi bisogni;

Vista la piattaforma sindacale del 17/12/2012 sottoscritta dagli Assessori competenti " Accordo sullo sviluppo dei servizi sanitari territoriali, le azioni per non autosufficienza ed il riconoscimento del ruolo del personale del comparto sanità" nella quale, tra gli altri obiettivi, è indicata la sperimentazione della Dote di Cura;

Considerato lo specifico gruppo politico e tecnico di lavoro, con le OO.SS che ha condotto un'attività istruttoria in ordine: ai presupposti teorici, alle risorse impiegate ad oggi per la non autosufficienza da parte di tutti gli attori in gioco, all'assetto organizzativo necessario;

Considerata la concertazione con i Comuni e le ASL nell'ambito della stesura e dell'attuazione dello PSIR 2013-2015;

Considerato che la sperimentazione della Dote di Cura ha richiesto una preliminare analisi (attraverso la rilevazione di dati dalle Aziende Sanitarie, Comuni e INPS) delle risorse disponibili per il trattamento della non autosufficienza da cui è risultato un budget Dote di Cura così composto:

- spesa sanitaria ambulatoriale residenziale e semiresidenziale convenzionata 187 ml /anno (89 ml disabili + 98 anziani);
- spesa sanitaria ambulatoriale residenziale e semiresidenziale a gestione diretta 44 ml/anno (17,5 disabili, 26,5 anziani);
- spesa sanitaria Cure Domiciliari diretta e indiretta (28,5 ml/anno);
- spesa sociale per il Contributo di Solidarietà per la residenzialità e semiresidenzialità di disabili, pazienti psichiatrici e persone affette da AIDS (24 ml/anno);
- spesa sociale FRNA (11 ml/anno);
- spesa sociale per il mantenimento a casa di persone con gravissime disabilità (Fondo Nazionale NA complessivamente 7,5 ml per il 2014 comprensivi dei residui anni precedenti);
- spesa sociale per progetto dimissioni protette dall'ospedale (770.000 euro anno 2014);
- spesa sociale Comuni per anziani e disabili (27,5 ml/anno);
- spesa INPS per indennità di accompagnamento (stimata circa 300 ml/anno);

Dato atto che, sulla base di quanto premesso, nelle more del perfezionamento del sistema di distrettualizzazione nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali Liguri, si ritiene di avviare interventi socio-assistenziali come primo step nella sperimentazione della Dote di Cura

DEFINIZIONE DELLA DOTE DI CURA:

La **Dote di Cura** come definita nello PSIR 2013-2015 corrisponde a quello che in altri contesti regionali è definito **budget di salute** e che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto individuale terapeutico, riabilitativo, educativo ed assistenziale, un **progetto di vita** con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Esso costituisce uno strumento gestionale per la realizzazione delle attività sociosanitarie, capace di promuovere ed innescare percorsi di riabilitazione delle persone che perseguono l'obiettivo della *salute*, anziché quello di *cura*”.

La Dote di Cura è volta prioritariamente a sostenere ed incentivare interventi di mantenimento della persona a casa fatti salvi quei casi per i quali gli interventi a domicilio non sono sostenibili per condizioni clinico-sanitarie e/o totale assenza di una rete di supporto;

Si concretizza in un ventaglio di opportunità che possano essere variamente combinate tra loro in

“ **pacchetti assistenziali personalizzati**”, per la promozione di percorsi abilitativi individuali, valorizzando anche la figura del caregiver familiare quale componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

BENEFICIARI:

Sono destinatari di tali interventi i cittadini in condizioni di non autosufficienza che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale presi in carico dal sistema pubblico sociosanitario (ASL/Comuni) , che usufruiscono di pacchetti assistenziali integrati anche dal lavoro privato di cura..

L'indennità di accompagnamento percepita dalla persona finalizzata all'assistenza della stessa , rientra a pieno titolo nella Dote di Cura concorrendo alla realizzazione degli interventi di cui sopra;

Sulla base di quanto già sperimentato con i pazienti di SLA (DGR n.719/2011, DGR

1540/2011) i diversi **pacchetti assistenziali personalizzati devono essere differenziati sulla base del fabbisogno assistenziale della singola persona e gravità.**

L'APPLICAZIONE DELLA DOTE DI CURA

Per la sperimentazione e l'applicazione della Dote di cura, ogni Distretto Sociale deve pianificare l'utilizzo della **totalità di risorse destinate alla non autosufficienza** ad esso afferenti, siano esse trasferite dalle regione, siano esse risorse con cui i Comuni partecipano alla spesa sociale; il Distretto dovrà disporre delle risorse sanitarie assegnate al Distretto Sanitario e delle risorse sociali assegnate al Distretto Sociale e che alla gestione delle suddette risorse provvederanno rispettivamente il Direttore del Distretto Sanitario e il Direttore Sociale nell'ambito dell'Unità Distrettuale, ciascuno per la propria parte di responsabilità, secondo criteri di appropriatezza, economicità, trasparenza, integrazione ed unitarietà degli interventi, al fine di garantire alle

persone non autosufficienti anche interventi di *long term care* atti ad evitare ricoveri ospedalieri impropri con conseguente lievitazione dei costi sanitari;

La sperimentazione in oggetto è affidata alle **équipe integrate sociosanitarie distrettuali** così come indicato nello PSIR 2013-2015; a tal fine si è avviato un percorso formativo di supporto agli operatori sanitari e sociali volto a facilitare il processo di costituzione delle suddette équipe oggetto di specifico percorso formativo.

Le équipe integrate i hanno il compito di stabilire di intesa con l'assistito e i suoi familiari, un **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** attuabile grazie alla disponibilità di risorse previste dalla Dote di Cura e all'offerta di servizi attivi sul territorio; le persone per le quali si è proceduto alla definizione del PIA accedono ai pacchetti assistenziali prevedendo una compartecipazione di spesa in base ad un sistema di ISEE;

A supporto della presa in carico integrata dovrà essere attivata la **cartella individuale sociosanitaria informatizzata** in fase di predisposizione da parte degli uffici regionali competenti e che verrà sviluppata progressivamente per singoli target a partire dal sistema già informatizzato di valutazione per l'accesso delle persone anziane alle strutture residenziali sulla base di criteri unificati sociosanitari.

Nelle more dell'adozione da parte del sistema regionale del Fascicolo elettronico bio-psico-sociale costruito sui criteri dell'ICF(International Classification Functionality) (attualmente in fase di sperimentazione) con lo scopo di utilizzare un linguaggio standard ed unificato a livello regionale ,le équipe distrettuali integrate sociosanitarie dovranno tener conto per la redazione del PIA e la quantificazione del contributo, degli elementi valutativi di cui si avvale il **sistema ICF**. La valutazione basata su ICF permette di descrivere il bisogno assistenziale di una persona, non a partire dalla diagnosi clinica, bensì dall'interazione della disabilità con i fattori ambientali in termini di funzionamento della persona, cioè quanto una persona è messa , con l'intervento nella condizione di migliorare la sua qualità di vita.

INTERVENTI SOCIALI DI SOSTEGNO AL MANTENIMENTO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI AL PROPRIO DOMICILIO

- *Azione 1. Non Autosufficienza- Assegno di cura*
- *Azione 2.Sostegno a casa per persone in condizione di disabilità gravissima*
- *Azione 3.Progetti di vita indipendente*

1. NON AUTOSUFFICIENZA- ASSEGNO DI CURA (DGR 1106/2006 -219/2008-166/2011)

Beneficiari: persone ultrasessantacinquenni e disabili in stato di non autosufficienza intesa come

“disabilità grave e permanente, che comporta l’incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana”;

Criteri di accesso e modalità gestionali:

per i criteri di accesso e le modalità gestionali resta in vigore quanto già regolamentato dalle DGR 1106/2006, 219/2008, 166/2011 e dalle altre deliberazioni che ne abbiano integrato/modificato le disposizioni, tranne per l’innovazione della **soglia ISEE** che passa da 10.000 euro ad **uguale o inferiore a 12.000, euro** per le domande pervenute ai distretti a partire dal **1° settembre 2014**.

La decorrenza per accogliere domande con ISEE inferiore o uguale a 12.000,00 euro è il **1° settembre**.

2. SOSTEGNO A CASA PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA (DGR 1769/2013 “Linee regionali relative al Fondo per il sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima)

Beneficiari :

“*persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie/nutrizionali/dello stato di coscienza / privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica;* tra i potenziali beneficiari si includono anche coloro affetti da patologie implicanti gravissimi disturbi del comportamento tali da richiedere assistenza vigile/controllo continuativo H24 per l’elevato rischio di vita;

Preso in carico da parte del distretto sociosanitario

Pazienti disabili minori e adulti sono presi in carico dalla competente équipe integrata sociosanitaria che provvede alla definizione del Piano individualizzato; sulla base di questo l’Unità Distrettuale composta dal Direttore Sociale e dal Direttore del Distretto Sanitario, provvede quindi alla validazione del PIA e alla relativa autorizzazione all’intervento.

Criteri di accesso alla misura

- Condizione di dipendenza vitale secondo quanto sopra indicato accertata clinicamente dal medico specializzato di struttura pubblica membro dell’equipe integrata sociosanitaria ;
- Riconoscimento dell’Indennità di Accompagnamento;

L’accesso alla misura non è vincolato ad alcuna soglia ISEE, ma in caso di domande eccedenti la disponibilità dei fondi, l’ISEE costituisce criterio di priorità di graduatoria, fatte salve le persone già in carico fruitori della misura;

Fase operativa a decorrere dal 1/09/2014

- La domanda per l’accesso al beneficio, redatta su apposita modulistica predisposta dalla Struttura Regionale, presentata presso lo sportello unico di accesso (PUA) del Distretto sociosanitario competente territorialmente;
- La modulistica suddetta è reperibile sul sito della Regione, delle ASL, dei Comuni capofila di Distretto Sociale;
- Le domande pervenute verranno esaminate entro il termine di sessanta giorni ; dopo la raccolta delle domande pervenute nel mese di settembre, verrà effettuato , da parte della regione, in collaborazione con i distretti e Fi.L.S.E, una ricognizione finalizzata alla verifica ed alla messa a regime del sistema anche apportando eventuali modifiche.

Intervento:

Gli interventi messi in atto a sostegno dei beneficiari in prima istanza dovranno ammontare a 500,00 euro mensili (siano essi prestazioni, servizi, sia trasferimenti monetari) .Tale valore può aumentare fino ad un massimo di 1.000 euro mensili secondo il parere dell’equipe, sulla base degli elementi familiari, sociali e della rete assistenziale già attiva, condiviso tra il servizio e la famiglia nel PIA.. L’intervento attivato, attraverso i fornitori accreditati/convenzionati con gli

enti titolari , è pertanto modulato sul bisogno assistenziale che la persona esprime ad integrazione degli interventi , anche informali, già attivi. L'equipe distrettuale integrata sociosanitaria dovrà nella redazione del PIA, tenere in considerazioni non solo gli aspetti clinico diagnostici ma anche gli aspetti familiari, sociali, ambientali che costituiscono la rete assistenziale del paziente; il contributo andrà quindi, a compensare le lacune assistenziali e/o a mantenere l'assistenza già adeguatamente organizzata. Nel computo delle risorse assegnate all'intervento in capo alla persona è inclusa l'indennità di accompagnamento ;

Ritenuto di destinare in fase di avvio della misura **euro 2.813.000,00** , rinviando a successivo provvedimento l'integrazione all'azione sopra descritta.

3- PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

Definizione di Vita Indipendente:

Per Vita Indipendente si intende la possibilità , per una persona adulta con disabilità grave, di autodeterminarsi avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta. La persona con disabilità abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare "soggetto attivo" che si autodetermina.

Questo obiettivo presuppone l'esistenza di un **Piano di Assistenza Individuale** , con il quale , alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare , in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari, il livello di prestazioni assistenziali di cui necessita, i tempi, le modalità attuative , favorendone nel contempo la domiciliarità, tramite anche , la concessione di uno specifico contributo ;

Beneficiari:

- Persone disabili, con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di età compresa tra i 18-65 anni ;in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92.
- In possesso di attestazione ISEE individuale non superiore ai 40.000. L'ISEE non costituisce criterio di eleggibilità ma in caso di esubero di domande verrà utilizzato come strumento per redigere una graduatoria. La persona priva di nucleo familiare avrà comunque priorità nel riconoscimento del beneficio.

Ritenuto di rinviare a successivo provvedimento l'impegno per l'integrazione di risorse di cui all'azione 2. *Sostegno a casa per persone in condizione di disabilità gravissima* , l'impegno di risorse per il FRNA, e l'impegno di risorse nonché definizione delle procedure per l'attivazione dei progetti relativi alla Vita Indipendente

Considerato che per il sostegno a casa delle persone non autosufficienti sono necessarie le seguenti risorse complessive per l'anno in corso di euro **20.375.800,00 di cui:**

- **Azione 1. Non Autosufficienza -Assegno di cura € 10.500.000,00**
- **Azione 2.Sostegno a casa per persone in condizione di disabilità gravissima €6.875.800,00**
- **Azione 3.Progetti di vita indipendente € 3.000.000,00**

Le misure di cui alle azioni 1.2.3., non sono cumulabili

Dato atto che alle quote sociali sopra dettagliate, in base al Progetto Individuale, verranno aggiunti servizi e risorse professionali da parte delle Aziende sanitarie Locali tramite i Distretti Sanitari e gli altri servizi sanitari territoriali;

Ritenuto di rimandare, nel rispetto della data di decorrenza del 1° settembre 2014, a successivo provvedimento le disposizioni in merito alla costituzione del **budget integrato sociosanitario** e l'organizzazione del personale sanitario che dovrà far parte **équipe integrate sociosanitarie**

distrettuali alle quali compete la presa in carico e la stesura del Piano Individuale di Assistenza;

Vista la convenzione già in essere con Fi.L.S.E spa , relativa alla gestione del contributo per i malati di SLA (DGR 719/2012);

Ritenuto opportuno far valere la suddetta convenzione anche per gli interventi a sostegno di persone in condizione di disabilità gravissima, in quanto sono da considerarsi estensione degli interventi rivolti ai malati di SLA;

Ritenuto pertanto rimandare, alla scadenza della sopracitata convenzione, la ridefinizione del corrispettivo economico a Fi.L.S.E nelle more della quantificazione del numero dei nuovi beneficiari ;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche Sociali, Terzo Settore, Cooperazione allo sviluppo, Politiche Giovanili, Pari opportunità, Lorena Rambaudi e dell'Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezze dei Cittadini, Claudio Montaldo

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa che si richiamano integralmente,

1. di approvare la definizione di Dote di Cura ed il processo di costruzione attraverso gli interventi socio-assistenziali così come delineati in premessa:

DEFINIZIONE DELLA DOTE DI CURA:

La **Dote di Cura** come definita nello PSIR 2013-2015 corrisponde a quello che in altri contesti regionali è definito **budget di salute** e che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto individuale terapeutico, riabilitativo, educativo ed assistenziale, un **progetto di vita** con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. Esso costituisce uno strumento gestionale per la realizzazione delle attività sociosanitarie, capace di promuovere ed innescare percorsi di riabilitazione delle persone che perseguono l'obiettivo della *salute*, anziché quello di *cura*".

La Dote di Cura è volta prioritariamente a sostenere ed incentivare interventi di mantenimento della persona a casa fatti salvi quei casi per i quali gli interventi a domicilio non sono sostenibili per condizioni clinico-sanitarie e/o totale assenza di una rete di supporto;

Si concretizza in un ventaglio di opportunità che possano essere variamente combinate tra loro in

“ **pacchetti assistenziali personalizzati**”, per la promozione di percorsi abilitativi individuali, valorizzando anche la figura del caregiver familiare quale componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

BENEFICIARI:

Sono destinatari di tali interventi i cittadini in condizioni di non autosufficienza che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale presi in carico dal sistema pubblico sociosanitario (ASL/Comuni) , che usufruiscono di pacchetti assistenziali integrati anche dal lavoro privato di cura..

L'indennità di accompagnamento percepita dalla persona finalizzata all'assistenza della stessa , rientra a pieno titolo nella Dote di Cura concorrendo alla realizzazione degli interventi di cui sopra;

Sulla base di quanto già sperimentato con i pazienti di SLA (DGR n.719/2011, DGR 1540/2011) i diversi **pacchetti assistenziali personalizzati devono essere differenziati sulla base del fabbisogno assistenziale della singola persona e gravità.**

APPLICAZIONE DELLA DOTE DI CURA

Per la sperimentazione e l'applicazione della Dote di cura, ogni Distretto Sociale deve pianificare l'utilizzo della **totalità di risorse destinate alla non autosufficienza** ad esso afferenti, siano esse trasferite dalle regione, siano esse risorse con cui i Comuni partecipano alla spesa sociale; il Distretto dovrà disporre delle risorse sanitarie assegnate al Distretto Sanitario e delle risorse sociali assegnate al Distretto Sociale e che alla gestione delle suddette risorse provvederanno rispettivamente il Direttore del Distretto Sanitario e il Direttore Sociale nell'ambito dell'Unità Distrettuale, ciascuno per la propria parte di responsabilità, secondo criteri di appropriatezza, economicità, trasparenza, integrazione ed unitarietà degli interventi, al fine di garantire alle persone non autosufficienti anche interventi di *long term care* atti ad evitare ricoveri ospedalieri impropri con conseguente lievitazione dei costi sanitari;

La sperimentazione in oggetto è affidata alle **équipe integrate sociosanitarie distrettuali** così come indicato nello PSIR 2013-2015; a tal fine si è avviato un percorso formativo di supporto agli operatori sanitari e sociali volto a facilitare il processo di costituzione delle suddette équipe oggetto di specifico percorso formativo.

Le équipe integrate i hanno il compito di stabilire di intesa con l'assistito e i suoi familiari, un **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** attuabile grazie alla disponibilità di risorse previste dalla Dote di Cura e all'offerta di servizi attivi sul territorio; le persone per le quali si è proceduto alla definizione del PIA accedono ai pacchetti assistenziali prevedendo una compartecipazione di spesa in base ad un sistema di ISEE;

A supporto della presa in carico integrata dovrà essere attivata la **cartella individuale sociosanitaria informatizzata** in fase di predisposizione da parte degli uffici regionali competenti e che verrà sviluppata progressivamente per singoli target a partire dal sistema già informatizzato di valutazione per l'accesso delle persone anziane alle strutture residenziali sulla base di criteri unificati sociosanitari.

Nelle more dell'adozione da parte del sistema regionale del Fascicolo elettronico bio-psico-sociale costruito sui criteri dell'ICF(International Classification Funzionalità) (attualmente in fase di sperimentazione) con lo scopo di utilizzare un linguaggio standard ed unificato a livello regionale ,le équipe distrettuali integrate sociosanitarie dovranno tener conto per la redazione del PIA e la quantificazione del contributo, degli elementi valutativi di cui si avvale il **sistema ICF**. La valutazione basata su ICF permette di descrivere il bisogno assistenziale di una persona, non a partire dalla diagnosi clinica, bensì dall'interazione della disabilità con i fattori ambientali in termini di funzionamento della persona, cioè quanto una persona è messa , con l'intervento nella condizione di migliorare la sua qualità di vita.

NON AUTOSUFFICIENZA- ASSEGNO DI CURA (DGR 1106/2006 -219/2008-166/2011)

Beneficiari: persone ultrasessantacinquenni e disabili in stato di non autosufficienza intesa come “ disabilità grave e permanente, che comporta l'incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana”;

Criteri di accesso e modalità gestionali:

per i criteri di accesso e le modalità gestionali resta in vigore quanto già regolamentato dalle DGR 1106/2006, 219/2008,166/2011 e dalle altre deliberazioni che ne abbiano integrato/modificato le

disposizioni, tranne per l'innovazione della **soglia ISEE** che passa da 10.000 euro ad **uguale o inferiore a 12.000, euro** per le domande pervenute ai distretti a partire dal **1°settembre 2014.**

La decorrenza per accogliere domande con ISEE inferiore o uguale a 12.000,00 euro è il 1° settembre.

SOSTEGNO A CASA DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
(DGR 1769/2013 “ Linee regionali relative al Fondo per il sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima)

Beneficiari :

“persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie/nutrizionali/dello stato di coscienza / privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica; tra i potenziali beneficiari si includono anche coloro affetti da patologie implicanti gravissimi disturbi del comportamento tali da richiedere assistenza vigile/controllo continuativo H24 per l'elevato rischio di vita;

Preso in carico da parte del distretto sociosanitario

Pazienti disabili minori e adulti sono presi in carico dalla competente equipe integrata sociosanitaria che provvede alla definizione del Piano individualizzato; sulla base di questo l'Unità Distrettuale composta dal Direttore Sociale e dal Direttore del Distretto Sanitario, provvede quindi alla validazione del PIA e alla relativa autorizzazione all'intervento.

Criteri di accesso alla misura

- Condizione di dipendenza vitale secondo quanto sopra indicato accertata clinicamente dal medico specializzato di struttura pubblica membro dell'equipe integrata sociosanitaria ;
- Riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;

L'accesso alla misura non è vincolato ad alcuna soglia ISEE, ma in caso di domande eccedenti la disponibilità dei fondi, l'ISEE costituisce criterio di priorità di graduatoria, fatte salve le persone già in carico fruitori della misura;

Fase operativa a decorrere dal 1/09/2014

- La domanda per l'accesso al beneficio, redatta su apposita modulistica predisposta dalla Struttura Regionale, presentata presso lo sportello unico di accesso (PUA) del Distretto sociosanitario competente territorialmente;
- La modulistica suddetta è reperibile sul sito della Regione, delle ASL, dei Comuni capofila di Distretto Sociale;
- Le domande pervenute verranno esaminate entro il termine di sessanta giorni ; dopo la raccolta delle domande pervenute nel mese di settembre, verrà effettuato , da parte della regione, in collaborazione con i distretti e Fi.L.S.E, una ricognizione finalizzata alla verifica ed alla messa a regime del sistema anche apportando eventuali modifiche.

Intervento:

Gli interventi messi in atto a sostegno dei beneficiari in prima istanza dovranno ammontare a 500,00 euro mensili (siano essi prestazioni, servizi, sia trasferimenti monetari) .Tale valore può aumentare fino ad un massimo di 1.000 euro mensili secondo il parere dell'equipe, sulla base degli elementi familiari, sociali e della rete assistenziale già attiva, condiviso tra il servizio e la famiglia nel PIA.. L'intervento attivato, attraverso i fornitori accreditati/convenzionati con gli enti titolari , è pertanto modulato sul bisogno assistenziale che la persona esprime ad integrazione degli interventi , anche informali, già attivi. L'equipe distrettuale integrata sociosanitaria dovrà nella redazione del PIA, tenere in considerazioni non solo gli aspetti clinico diagnostici ma anche gli aspetti familiari, sociali, ambientali che costituiscono la rete assistenziale del paziente; il contributo andrà quindi, a compensare le lacune assistenziali e/o a mantenere l'assistenza già adeguatamente organizzata. Nel computo delle risorse assegnate all'intervento in capo alla persona è inclusa l'indennità di accompagnamento ;

PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

Definizione di Vita Indipendente:

Per Vita Indipendente si intende la possibilità , per una persona adulta con disabilità grave, di autodeterminarsi avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta. La persona con disabilità abbandona la posizione di “oggetto di cura” per diventare “soggetto attivo” che si autodetermina.

Questo obiettivo presuppone l'esistenza di un **Piano di Assistenza Individuale** , con il quale , alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare , in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari, il livello di prestazioni assistenziali di cui necessita, i tempi, le modalità attuative , favorendone nel contempo la domiciliarità, tramite anche , la concessione di uno specifico contributo ;

Beneficiari:

- Persone disabili, con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di età compresa tra i 18-65 anni ;in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92.
- In possesso di attestazione ISEE individuale non superiore ai 40.000. L'ISEE non costituisce criterio di eleggibilità ma in caso di esubero di domande verrà utilizzato come strumento per redigere una graduatoria. La persona priva di nucleo familiare avrà comunque priorità nel riconoscimento del beneficio.

2. di approvare le per il sostegno a casa delle persone non autosufficienti le tre azioni e le seguenti risorse complessive per l'anno in corso di euro **20.375.800,00 di cui:**

-Azione 1.la Non Autosufficienza - Assegno di cura

-Azione 2.Sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima

-Azione 3.Progetti di vita indipendente

3. che per il Fondo regionale per la Non Autosufficienza il limite di accesso dell'ISEE passi , a decorrere dal 1°settembre da 10.000 euro a 12.000 euro consentendo un aumento dei beneficiari;

4. che gli interventi di cui alle azioni 1,2 e 3 decorrono **dal 1°settembre 2014;**

5. di destinare alle succitate azioni per il sostegno a casa delle persone non autosufficienti le seguenti risorse complessive per l'anno in corso di euro **20.375.800,00 di cui:**

-Azione 1.Assegno di cura per la Non Autosufficienza € 10.500.000,00

*-Azione 2.Sostegno a cas aper persone in condizione di disabilità gravissima
€6.875.800,00*

-Azione 3.Progetti di vita indipendente € 3.000.000,00

6. che le misure di cui alle azioni sopracitate non sono cumulabili

7. di destinare in fase di avvio dell'azione 2.Sostegno a casa per persone in condizioni di disabilità gravissima **euro 2.813.000,00** , rinviando a successivo provvedimento l'integrazione ed il finanziamento per i progetti di vita indipendente e FRNA;

8. di autorizzare la spesa di euro 2.813.000,00 a favore di FILSE S.p.a. ,per l'attivazione del beneficio relativo al *sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima*, rimandando l'impegno delle rimanenti risorse all'arrivo dei fondi ministeriali per la non autosufficienza anno 2014;

9. di impegnare la somma di euro 2.813.000,00 ai sensi degli articoli 79 della l.r. n. 42/1977 e 86 comma 5 della l.r n 15/2002, imputando la spesa al Capitolo n 5970 che presenta la necessaria disponibilità , UPB 10.106.00 c.s. 10.106.02 a favore di Fi.L.S.E. S.p.a. con sede in Genova – Via Peschiera n. 16 – C.F. 00616030102;

10. di liquidare contestualmente la somma di € 2.813.000,00 a carico dell'impegno come sopra assunto autorizzando il Settore Ragioneria e Contabilità a provvedere all'emissione

del mandato di pagamento a favore di FiLSE, da accreditarsi sul corrente intestato :FILSE SPA PAGAMENTI SLA- IBAN: **IT 86 F 06175 01400 000007028080**, dando atto che la somma sopra riportata non è soggetta alla verifica degli inadempimenti ai sensi dell'art. 48 bis del D.P.R. n. 602/1973;

11. che la convenzione in essere con Fi.L.S.E spa , relativa alla gestione del contributo per i malati di SLA (DGR 719/2012), venga estesa anche per gli interventi a sostegno di persone in condizione di disabilità gravissima, da considerarsi estensione degli interventi rivolti ai malati di SLA;
12. di rimandare, alla scadenza della sopracitata convenzione, la ridefinizione del corrispettivo economico a Fi.L.S.E nelle more della quantificazione del numero dei nuovi beneficiari ;
13. di rinviare a successivo provvedimento l'impegno per l'integrazione di risorse di cui all'azione 2. *sostegno a casa di persone in condizione di disabilità gravissima* , l'impegno di risorse per il FRNA, e l'impegno di risorse nonché definizione delle procedure per l'attivazione dei progetti relativi alla Vita Indipendente
14. che alle quote sociali sopra dettagliate, in base al Progetto Individuale, verranno aggiunti servizi e risorse professionali da parte delle Aziende sanitarie Locali tramite i Distretti Sanitari e gli altri servizi sanitari territoriali.
15. di rimandare, nel rispetto della data di decorrenza del 1° settembre 2014, a successivo provvedimento le disposizioni in merito alla costituzione del **budget integrato sociosanitario** e l'organizzazione del personale sanitario che dovrà far parte **équipe integrate sociosanitarie distrettuali** alle quali compete la presa in carico e la stesura del Piano Individuale di Assistenza.
16. di dare atto che i contributi assegnati con il presente provvedimento non sono assoggettabili a ritenuti fiscali ai sensi dell'art. 28 del D.P.R. 29/9/1973, n. 600
17. di dare atto che è stato assolto il debito informativo di cui all'art. 16 L.R.2/2006;
18. **di pubblicare** il presente provvedimento sul sito Web della regione Liguria;

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso giurisdizionale al T.A.R. entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso amministrativo straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla notifica, comunicazione o pubblicazione dello stesso.